



<https://www.revclinesp.es>

I-230 - AISLAMIENTO DE BURKHOLDERIA Y CORRELACIÓN CLÍNICA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

I. Marrero Medina¹, K. Mohamed Ramírez¹, J. García Vallejo¹, P. Juárez Sanjuan², M. Campos-Herrero³, A. Gil Díaz¹, J. Arencibia Borrego¹ y A. Conde Martel¹

¹Medicina Interna; ²Unidad de Medicina Intensiva; ³Microbiología y Parasitología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas y las comorbilidades asociadas a las infecciones producidas por Burkholderia spp así como conocer la sensibilidad antibiótica en nuestro medio.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes en los que se habían aislado alguna especie del género Burkholderia en alguna de las muestras remitidas al laboratorio de Microbiología desde enero 2016 hasta mayo 2017 en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las variables recogidas fueron la edad, sexo, comorbilidad, estancia en UMI durante el ingreso, tratamiento antibiótico previo, foco de la infección, si fue considerado el hallazgo clínicamente significativo, así como si se instauró tratamiento antibiótico dirigido.

Resultados: Se aisló esta bacteria en 32 muestras que correspondían a 6 pacientes, ingresados en diferentes períodos de tiempo. Se registró un predominio en varones (66,7%) y la media de edad fue 66,7 años (44 y 79). El 50% presentaban algún proceso neoinformativo hematológico o fue diagnosticado en el año siguiente; los diagnósticos fueron un LNH difuso de células grandes, una GMSI/MM (pendiente de estudio) y una policitemia vera. Un paciente era diabético en terapia renal sustitutiva por dicho motivo y los dos pacientes restantes tenían antecedentes de EPOC pero sin bronquiectasias. Todos los aislamientos procedieron de pacientes hospitalizados, 5 de ellos en UMI y habían recibido tratamientos antibióticos previos; excepto el que no precisó ingreso en UMI. De los aislamientos obtenidos 14 correspondieron a muestras de vigilancia epidemiológica, 11 a hemocultivos, 5 a muestras respiratorias, 1 a punta de catéter y 1 a urocultivo. De los 6 casos descritos tres eran bacteriemias una de ellas por catéter en paciente con aislamiento previo en vía respiratoria y las otras sin foco; una ITU y los otros dos casos se consideraron colonización respiratoria en pacientes bajo presión antibiótica por infecciones respiratorias (ceftazidima y levofloxacino por K. pneumoniae carbapenemasa (KPC) positiva; levofloxacino por Citrobacter y piperacilina/tazobactam, levofloxacino y linezolid por P. aeruginosa y Staphylococcus aureus). El 100% de los aislamientos en hemocultivos, urocultivos y muestras respiratorias eran sensibles a meropenem y ceftazidima, recibiendo tratamiento una media de 13 días, con una supervivencia intrahospitalaria del 100%.

Discusión: El mayor volumen de casos recogidos de infecciones por Burkholderia spp principalmente bacteriemias, son producidos en brotes secundarios a contaminación de fluidos o soluciones antisépticas; siendo los casos esporádicos muy poco frecuentes aconteciendo estos en pacientes hospitalizados que han sido habitualmente sometido a presión antibiótica previa. Debido a la baja incidencia de infecciones por esta

bacteria cuando se aíslen en dos pacientes ingresados simultáneamente se debería investigar una fuente de contagio común. En nuestra serie al igual que en otras publicadas recomendamos tratamiento con meropenem o ceftazidima, aunque no asociados a aminoglucósidos debido a que presentábamos una resistencia del 100%. Destacar que a pesar que nuestro centro es de referencia en nuestra área sanitaria para analizar las muestras de los pacientes con fibrosis quística (FQ) no hubo ningún aislamiento en estos pacientes.

Conclusiones: Burkholderia spp es un BGN no fermentador con escasa incidencia en nuestro medio, que suele afectar a pacientes con ingresos prolongados en UMI, procesos neoformativos hematológicos, inmunodeprimidos y pacientes con FQ. La conjunción de más de un caso debería hacernos sospechar una fuente de contagio común. Su tratamiento empírico se fundamenta principalmente en el uso de meropenem o ceftazidima aunque este debe ser posteriormente modificado en función de los hallazgos del antibiograma.