

Sepsis por *Leuconostoc* en un paciente malnutrido de 2 meses

Leuconostoc sepsis in a 2 month old malnourished patient

Sr. Editor:

El *Leuconostoc* es un coco grampositivo con patogenicidad infrecuente pero que sin embargo puede ser grave; por esto nos gustaría presentar el caso de una paciente etíope de 47 días de vida cuya madre adoptiva trajo a nuestro hospital tras su llegada desde su país de origen. Presentaba malnutrición grave y un cuadro de diarrea prolongada con signos de deshidratación moderada a grave.

Desde su nacimiento, la paciente había sufrido varios episodios de gastroenteritis y deshidratación en los que había recibido fluidoterapia y tratamiento antibiótico intravenoso. Tras su ingreso se inició rehidratación intravenosa, nutrición por vía oral y tratamiento antibiótico oral con metronidazol. Tras 48 h sin mejora en relación con la diarrea se decidió administrar nutrición enteral continua mediante una sonda nasogástrica y alimentación parenteral a través de una vía periférica. Desde el décimo día de ingreso, la niña experimentó ganancia ponderal continua hasta su alta.

El decimoquinto día de ingreso presentó fiebre de hasta 39 °C, irritabilidad y afectación del estado general a las que se asociaron, además, nuevas deposiciones diarreicas. El hemograma mostró leucocitosis con 19.000 neutrófilos por μl absolutos y se observó un aumento de la proteína C reactiva de 16,6 a 86,6 mg/l en 2 muestras de sangre obtenidas con 10 h de diferencia. Tras el diagnóstico clínico de sepsis de origen desconocido se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona tras la toma de hemocultivos. Después de 3 días, la fiebre desapareció y la paciente recuperó una buena condición clínica. En los hemocultivos recogidos durante el episodio séptico se aisló *Leuconostoc* spp. que mostró resistencia in vitro a vancomicina, penicilina y cefalosporinas, con sensibilidad a ampicilina y macrólidos.

Tras 21 días de ingreso, la paciente fue dada de alta y se incluyó entre sus diagnósticos el de sepsis causada por *Leuconostoc* spp.

La resistencia intrínseca a la vancomicina es el principal punto diferenciador entre el *Leuconostoc* y otros patógenos grampositivos¹. La penicilina sola o combinada con un aminoglucósido es el tratamiento de elección. Aunque no se ha demostrado la actividad in vitro de la clindamicina, el trimetoprim-sulfametoxazol o las cefalosporinas contra este germen, como en el caso de nuestra paciente, sí se han descrito en tratamientos efectivos².

A pesar de que es un patógeno infrecuente, el *Leuconostoc* debe considerarse como causa potencial de sepsis en pacientes con factores de riesgo como nutrición enteral continua, tratamiento previo con vancomicina, inmunodepresión o en pacientes con enfermedades graves³⁻⁶. La literatura médica refleja algunos casos de infecciones focales causadas por esta bacteria, como meningitis, neumonía, gastritis, osteomielitis e infecciones del tracto urinario⁷⁻¹⁰, aunque en general son escasas las referencias a este patógeno como causante de enfermedad en pacientes pediátricos.

Bibliografía

1. Facklam R, Elliott JA. Identification, classification, and clinical relevance of catalase-negative, gram-positive cocci, excluding the streptococci and enterococci. *Clin Microb Rev.* 1995;8:479-95.
2. Casanova-Román M, Ríos J, Sánchez-Porto A, Gomar JL, Casanova-Bellido M. *Leuconostoc* bacteremia in a healthy infant. *Minerva Pediatr.* 2003;55:83-6.
3. Florescu D, Hill L, Sudan D, Iwen PC. *Leuconostoc* bacteremia in pediatric patients with short bowel syndrome. *Pediatr Infect Dis J.* 2008;27:1013-9.
4. Templin KS, Crook T, Riley 3rd T, Whitener C, Aber RC. Spontaneous bacterial peritonitis and bacteremia due to *Leuconostoc* species in a patient with end-stage liver disease: A case report. *J Infect.* 2001;43:155-7.
5. Jato A, García-Zabarte MA, Jato M, Varela E, García-Riestra C, Regueiro B. Bacteriemia en una niña con rhabdomyosarcoma. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002;20:85-7.
6. Jofré L, Sakurada A, Ulloa MT, Hormázabal JC, Godoy V, Fernández J, et al. Infección por *Leuconostoc* en pacientes con síndrome de intestino corto, nutrición parenteral y alimentación enteral continua. *Rev Chil Infect.* 2006;23:340-5.
7. Zaoui A, Brousse C, Bletry O, Augouard LW, Boisauvert B. *Leuconostoc* osteomielitis. *Joint Bone Spine.* 2005;72:79-81.
8. Friedland IR, Snipelisky M, Khoosal M. Meningitis in a neonate caused by *Leuconostoc* sp. *J. Clin. Microbiol.* 1990;28:2125-6.
9. Eisenhut M, Hughes D, Ashworth M. Fatal emphysematous gastritis in a 2-year-old child with chronic renal failure. *Pediatr Dev Pathol.* 2004;7:414-6.
10. Taneja N, Rani P, Emmanuel R, Khudaier BY, Sharma SK, Tewari R, et al. Nosocomial urinary tract infection due to *Leuconostoc mesenteroides* at a tertiary care centre in north India. *Indian J Med Res.* 2005;122:178-9.

R. González Cortés*, J.A. Gómez Carrasco, M. Penín Antón, D. Ruano Domínguez y J.E. García de Frías

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafa_gonzalez_cortes@hotmail.com (R. González Cortés).