

Bibliografía

1. Sarda L, Colin P, Boccarda F, Daou D, Lebtahi R, Faraggi M, et al. Myocarditis in patients with clinical presentation of myocardial infarction and normal coronary angiograms. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37:786-92.
2. Krauss B. Acute myocardial infarction in the pediatric emergency department. En: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM, editores. *Textbook of pediatric emergency medicine*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 165.
3. Imazio M, Cecchi E, Demichelis B, Chinaglia A, Lerna S, Demarie E, et al. Myocarditis versus viral or idiopathic acute pericarditis. *Heart*. 2008;94:498-501.
4. Gahide G, Gervasoni R, Roubille F. Predominant subepicardial enhancement on magnetic resonance imaging corresponding to a post-infarction acute pericarditis in an athletic young patient. *Eur Heart J*. 2008;29:2876. Epub 2008 Jun 17.
5. Doesch C, Seeger A, Doering J, Herdeg C, Burgstahler C, Claussen C, et al. Risk stratification by adenosine stress cardiac magnetic resonance in patients with coronary artery stenoses of intermediate angiographic severity. *J Am Coll Cardiol Img*. 2009;2:424-33.

A. Sánchez Andrés*, A. Moya Bonora, B. Insa Albert y J.I. Carrasco Moreno

Sección de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: tonisanchan@hotmail.com
(A. Sánchez Andrés).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.11.027>

Sepsis por *Ewingella americana* en lactante con nefropatía congénita



Sepsis by *Ewingella americana* in an infant with congenital nephropathy

Sr. Editor:

Ewingella americana es un raro bacilo gramnegativo de la familia Enterobacteriaceae, descrito por primera vez en 1983¹⁻³. Se desconoce su significado patogénico y su reservorio no está bien definido^{3,4}. Raramente afecta a humanos⁵, aunque se han descrito casos de conjuntivitis, peritonitis, bacteriemia y neumonía⁴, ninguno de ellos en niños. En nuestro conocimiento, este es el primer caso publicado de sepsis por *Ewingella americana* (*E. americana*) en un paciente pediátrico.

Se trata de un varón de 7 meses de edad, de origen marroquí y afectado de síndrome nefrótico congénito, que ingresa en nuestro centro por presentar fiebre elevada, distensión abdominal, oliguria y diarrea. Recibía tratamiento para su enfermedad de base y portaba un catéter venoso central de larga duración tipo Port-A-Cath en la vena cava superior, que se manipulaba semanalmente para la administración seroalbúmina. La exploración inicial mostró palidez cutánea, mucosas pastosas, sin aspecto séptico, ascitis y un soplo sistólico polifocal grado III/VI. La frecuencia cardíaca (FC) era de 132 latidos por minuto (lpm) y la presión arterial (PA) de 96/68 mmHg. En la analítica al ingreso, destacaba anemia normocítica normocrómica, leucocitosis con fórmula normal y trombocitosis (703.000 plaquetas/mm³). La función renal había empeorado (urea 150 mg/dl, creatinina 1,37 mg/dl) y los reactantes de fase aguda (RFA) se encontraban elevados (proteína C reactiva 10,32 mg/dl). Se inició tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima (150 mg/kg/día) previa extracción de cultivos. En el hemocultivo periférico se aisló *E. americana* (antibiograma en la tabla 1), siendo el de la vía venosa central, el coprocultivo y el urocultivo negativos. Tras una evolución favorable, se extrajo, al séptimo día de tratamiento, nuevo hemocultivo periférico de control y se

retiró la cefotaxima al décimo día, tras confirmarse de forma definitiva la negativización del cultivo de sangre periférica. A las 2 semanas de su ingreso reapareció la fiebre, junto con aspecto séptico (relleno capilar de 5 segundos, FC 173 lpm, PA 76/48), y dificultad respiratoria de inicio brusco que precisó ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), intubación y ventilación mecánica. La radiografía de tórax mostró una imagen de condensación bilateral. Los RFA volvieron a elevarse por lo que, tras la extracción de nuevos hemocultivos, se inició antibioterapia empírica con imipenem (60 mg/kg/día). En el hemocultivo periférico volvió a aislarse *E. americana*, con el mismo patrón de sensibilidades previo, siendo el resto de los cultivos, incluido el de catéter, negativos. Finalmente, a pesar de una terapia antimicrobiana y de soporte intensiva, el paciente falleció a las 72 h de su ingreso en la UCIP.

Al contrario que el resto de enterobacterias, *E. americana* tiene un bajo potencial patogénico y es excepcional la

Tabla 1 Sensibilidad *in vitro* de *Ewingella americana*

Fármacos	Sensibilidad <i>in vitro</i>
Ampicilina	I
Amoxicilina/clavulánico	S
Cefalotina	S
Cefuroxima axetilo	S
Cefoxitina	I
Cefotaxima	S
Ceftazidima	S
Cefepime	S
Imipenem	S
Etapenem	S
Gentamicina	S
Tobramicina	S
Amikacina	S
Furantoína	R
Fosfomicina	R
Ciprofloxacino	S
Trimetoprim/sulfametoxazol	S

I: intermedio; R: resistente; S: sensible.

infección en humanos⁵. Se ha aislado en esputo, conjuntiva, sangre, heridas y líquido peritoneal⁵⁻⁸. No obstante, el significado clínico de su aislamiento no está muy claro debido a los pocos casos reportados. Los pacientes más susceptibles son aquellos inmunodeprimidos, como el que reportamos, aunque también se han descrito casos en humanos sanos⁴.

En nuestro conocimiento, este es el primer caso de sepsis por *E. americana* publicado en España. La bacteriemia es la infección más común producida por este microorganismo⁷, aunque también se ha asociado con el síndrome de Waterhouse-Friederichsen⁹, infección de catéter¹⁰, peritonitis, conjuntivitis y neumonía⁷.

Existe escasa información sobre su hábitat natural, aunque se cree que las soluciones de citrato usadas para los estudios de coagulación pueden constituir uno de los reservorios³. A su vez, una inadecuada higiene de manos o el agua doméstica podrían estar implicados⁷. La fuente de infección en nuestro caso no está clara. Sin embargo, el uso de tubos de citrato podría ser una posibilidad. *E. americana* es un organismo que puede sobrevivir en agua y soluciones de citrato a unos 4 °C².

La susceptibilidad *in vitro* encontrada en nuestro paciente fue similar a la reportada en la bibliografía. No obstante, se han descrito recientemente cepas multiresistentes^{3,8}.

En conclusión, el presente trabajo es el primero reportado en la literatura española de sepsis casada por *E. americana* y el único en pediatría. A pesar de ser una causa rara de infección en humanos, debemos considerarla como un potencial patógeno emergente, responsable de cuadros graves en inmunodeprimidos que exige descartar reservorios tales como catéter venoso central o cardiaco, obligando a la realización de tratamientos más prolongados y, por tanto, es necesaria más información para definir sus posibles implicaciones ecológicas y patogénicas.

Bibliografía

1. Grimont PA, Farmer JJ, Grimont F, Asbury MA, Brenner DJ, Deval C. *Ewingella americana* gen. nov., sp. nov. A new enterobacteriaceae isolated from clinical specimens. *Ann Microbiol*. 1983;134:39-52.

2. Lartigue MF, Nordmann P, Edelstein MV, Cuzon G, Brisse S, Poirel L. Characterization of an extended-spectrum class A β -lactamase from a novel enterobacterial species taxonomically related to *Rahnella* spp./*Ewingella* spp. *J Antimicrob Chemother*. 2013. [consultado 21 Jun 2013]. Disponible en: <http://jac.oxfordjournals.org/content/early/2013/04/10/jac.dkt122.long>
3. Pound MW, Tart SB, Okoye O. Multidrug-resistant *Ewingella americana*: A case report and review of the literature. *Ann Pharmacother*. 2007;41:2066-70.
4. Hassan S, Amer S, Mittal C, Sharma R. *Ewingella americana*: An emerging true pathogen. *Case Rep Infect Dis*. 2012 [Internet]. [consultado 21 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/crim/id/2012/730720/>
5. Kati C, Bibashi E, Kokolina E, Sofianou D. Case of peritonitis caused by *Ewingella americana* in a patient undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Clin Microbiol*. 1999;37:3733-4.
6. Devreese K, Claeys G, Verschraegen G. Septicemia with *Ewingella americana*. *J Clin Microbiol*. 1992;30:2746-7.
7. Ryoo N-H, Ha J-S, Jeon D-S, Kim J-R, Kim H-C. A case of pneumonia caused by *Ewingella americana* in a patient with chronic renal failure. *J Korean Med Sci*. 2005;20:143-5.
8. Da Costa PS, Tostes MM, de Carvalho Valle LM. A case of keratoconjunctivitis due to *Ewingella americana* and a review of unusual organisms causing external eye infections. *Braz J Infect Dis*. 2000;4:262-7.
9. Tsokos M. Fatal waterhouse-friderichsen syndrome due to *Ewingella americana* infection. *Am J Forensic Med Pathol*. 2003;24:41-4.
10. Maertens J, Delforge M, Vandenberghe P, Boogaerts M, Verhaegen J. Catheter-related bacteremia due to *Ewingella americana*. *Clin Microbiol Infect*. 2001;7:103-4.

E. Cobos Carrascosa^{a,*}, A. Daza Torres^b,
A. Campos Aguilera^b y F. Giménez Sánchez^a

^a Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

^b Servicio de Nefrología Pediátrica, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: krass10@hotmail.com
(E. Cobos Carrascosa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.12.004>

Corea como comienzo de síndrome antifosfolípido

Chorea as a first sign of anti-phospholipid syndrome

Sr. Editor:

El síndrome antifosfolípido (SAF) se define como un síndrome de hipercoagulabilidad con trombosis venosa/arterial recurrente y títulos elevados de los anticuerpos antifosfolípidos. Puede presentarse de forma primaria (SAF primario) o junto a otras enfermedades, como el lupus eritematoso sistémico (SAF secundario)¹.

La patogenia es desconocida, aunque se cree que los fenómenos tromboticos son consecuencia de la unión de anticuerpos a los fosfolípidos de las membranas endoteliales y plaquetarias y al cofactor conocido como β_2 -glucoproteína-1 o apolipoproteína H.

Se presenta con más frecuencia en mujeres comprendidas entre los 20 y los 40 años, y es poco frecuente en la edad pediátrica. No existe diferencia en el sexo, aunque el SAF asociado a enfermedad autoinmune es más frecuente en niñas².

El diagnóstico se basa en parámetros clínicos y de laboratorio^{3,4}.

El tratamiento debe realizarse de forma individualizada.

Niña de 13 años con antecedentes de proteinuria persistente en tratamiento con enalapril 5 mg al día que ingresó