

## Infección urinaria por *Chryseobacterium indologenes*

Nefrología 2013;33(4):620

doi:10.3265/Nefrologia.pre2013.Apr.11942

### Sr. Director:

*Chryseobacterium* es un grupo de bacilos aerobios gramnegativos, no fermentadores, inmóviles, catalasa, oxidasa e indol positivos. *C. meningosepticum* es el más patogénico, mientras que *C. indologenes* es el más frecuente, aislado generalmente en pacientes inmunocomprometidos<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 86 años diabética tipo 2, dependiente de insulina, de más de 20 años de evolución, con nefropatía diabética y retinopatía, hipertensión arterial también de larga evolución y obesidad. Enfermedad renal crónica estadio 4, con proteinuria no nefrótica. Infección urinaria por *E. coli* en abril de 2010. Ingresa por cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, asociada a agudización de la insuficiencia renal, edemas acrales y probable infección respiratoria. Se inicia manejo diurético y de líquidos. Se realiza urocultivo y se encuentra crecimiento de > 100 000 UFC/ml de *Escherichia coli* productor de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA) y de *Chryseobacterium indologenes*. La paciente estaba siendo tratada empíricamente con levofloxacino (con dosis ajustadas a función renal), y no presentó fiebre ni inestabilidad hemodinámica, con buena evolución clínica y retorno a sus cifras basales de creatinina.

*Chryseobacterium indologenes* se encuentra en el suelo, las plantas, los alimentos, el agua dulce, salada y potable (resiste la cloración), pero a pesar de su amplia distribución en la naturaleza no hace parte de la microflora normal del humano. En hospitales, se aísla en los sistemas de agua y las superficies de equipos e insumos médicos húmedos (respiradores, tubos, humidificadores y

otros)<sup>2</sup>. Es poco patógeno, aunque forma biopelícula y produce una proteasa que puede ser importante en su virulencia<sup>3,4</sup>. *In vitro*, su colonia es circular, lisa, mucosa, con 1-2 mm de diámetro. El estudio de susceptibilidad no está estandarizado, por lo que se deben realizar antibiogramas por dilución, produce una metalo  $\beta$ -lactamasa que proporciona resistencia a carbapenémicos. Los antimicrobianos más efectivos son levofloxacina, trimetoprim/sulfametoxazol y piperacilina/tazobactam (> 90 % de susceptibilidad). Ciprofloxacina, cefepime y ceftazidima muestran una actividad cercana al 85 %, aminoglucósidos, otros  $\beta$ -lactámicos, cloranfenicol, linezolid y glicopéptidos no suelen ser efectivos<sup>1,3</sup>.

Aunque es un germen raro, debe ser tenido en cuenta como causa poco frecuente de bacteriemia, sobre todo en pacientes con dispositivos médicos invasivos, pacientes inmunocomprometidos (entre ellos los diabéticos) y pacientes con tratamiento antibiótico de amplio espectro previo<sup>4,5</sup>. Al ser productor de betalactamasa y presentar múltiples resistencias a antibióticos muy potentes, la antibioterapia empírica puede no cubrir este bacilo. Se necesitan más estudios epidemiológicos para dilucidar el mecanismo de transmisión y desarrollar medidas preventivas eficaces<sup>1,2</sup>.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Chou DW, Wu SL, Lee CT, Tai FT, Yu WL. Clinical characteristics, antimicrobial susceptibilities, and outcomes of patients with *Chryseobacterium indologenes* bacteremia in an intensive care unit. *Jpn J Infect Dis* 2011;64:520-524.
2. Lin YT, Jeng YY, Lin ML, Yu KW, Wang FD, Liu CY. Clinical and microbiological characteristics of *Chryseobacterium indologenes* bacteremia. *J Microbiol Immunol Infect* 2010;43(6):498-505.
3. Sakurada ZA. *Chryseobacterium indologenes*. *Rev Chilena Infectol* 2008;25(6):446.

4. Olivera A, Alarcón T, Caballero C, Cantón R. Diagnóstico microbiológico de la colonización-infección broncopulmonar en el paciente con fibrosis quística. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2009;27(2):89-104.
5. Bhuyar G, Jain S, Shah H, Mehta VK. Urinary tract infection by *Chryseobacterium indologenes*. *Indian J Med Microbiol* 2012;30(3):370-2.

**M. Isabel Acosta-Ochoa,**  
**Antonio Rodrigo-Parra,**  
**Flor Rodríguez-Martín,**  
**Antonio Molina-Miguel**

Servicio de Nefrología. Hospital Río Hortega. Valladolid.

**Correspondencia:** M. Isabel Acosta Ochoa  
Servicio de Nefrología.  
Hospital Río Hortega, Valladolid.  
macostao@saludcastillayleon.es  
susty21@hotmail.com

## Insuficiencia renal crónica secundaria a amiloidosis sistémica asociada a tumor del estroma gastrointestinal

Nefrología 2013;33(4):620-2

doi:10.3265/Nefrologia.pre2013.Apr.11964

### Sr. Director:

El depósito de proteína SAA (amiloides sérico A) es el responsable de la amiloidosis sistémica, que en ocasiones se asocia a algunas neoplasias<sup>1</sup>. La asociación entre amiloidosis y tumor del estroma gastrointestinal (GIST)<sup>2</sup> es extremadamente rara y solamente se han descrito dos casos<sup>3,4</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 64 años sin antecedentes de interés, que