

Shock séptico por *Chromobacterium violaceum* tras un viaje a las islas Azores. Un patógeno fatal e inusual



Septic shock due to *Chromobacterium violaceum* after a trip to Azores Islands. A fatal and unusual pathogen

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 28 años sin antecedentes médicos de interés que acude al servicio de urgencias por fiebre de 39 °C de una semana de evolución tras la vuelta de un viaje a las islas Azores. Desde el inicio del cuadro presenta lesión ulcerosa con halo eritematoso perilesional en la espalda que evoluciona a costra necrótica. A pesar de iniciar tratamiento con cefadroxilo y antitérmicos, persiste con fiebre elevada asociando dolor abdominal. A su llegada a urgencias destaca abdomen doloroso de forma generalizada además de hipotensión arterial. Se solicita analítica urgente, con fracaso renal agudo (creatinina 1,83 mg/dl), linfopenia (100), trombocitopenia (140.000), hipertransaminasemia con aspartato aminotransferasa (AST) 125 UI/l y alanino aminotransferasa (ALT) 93 UI/l, y elevación de proteína C reactiva (PCR) 385 mg/l, así como ecografía abdominal con hepatoesplenomegalia como únicos hallazgos. Iniciado rastreo microbiológico con serologías vírica y bacteriana, antígeno de *Plasmodium* y cultivos tanto del exudado de herida como de sangre; ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para vigilancia y continuación del estudio.

Evolución inicial desfavorable, con fiebre elevada, dolor abdominal y empeoramiento respiratorio progresivo que requirió iniciar oxigenoterapia nasal de alto flujo. En la radiografía de tórax al ingreso comienza a apreciarse infiltrado intersticial con consolidaciones basales. Iniciamos cobertura empírica con ceftriaxona, cloxacilina y doxiciclina, a la espera de resultados y de la evolución. A las pocas horas de ingreso, en situación de insuficiencia respiratoria franca, precisa intubación orotraqueal urgente con hipoxemia refractaria a maniobras de reclutamiento alveolar, así como inestabilidad hemodinámica progresiva en situación de shock vasopléjico refractario con norepinefrina, vasopresina y corticoides; acidosis metabólica con hiperlactacidemia y oliguria. En disfunción multiorgánica (*Sequential Organ Failure Assessment score* [SOFA 12]), se amplía la cobertura empírica con linezolid y meropenem, además de doxiciclina, iniciando técnicas continuas de depuración extrarrenal (hemodiafiltración) con anticoagulación regional con citrato. Posteriormente nos informan desde Microbiología de aislamiento en sangre de *Chromobacterium violaceum*, decidiendo asociar levofloxacino tras revisar la literatura, dado el perfil de resistencia de este microorganismo.

De forma paulatina la paciente va estabilizándose tanto desde el punto de vista respiratorio como del hemodinámico, permitiendo trasladarla para realizar estudio de extensión con tomografía axial computarizada (TAC), en el que se aprecian múltiples abscesos pulmonares (fig. 1), dos abscesos hepáticos e infarto esplénico (fig. 2)¹; cráneo sin hallazgos.

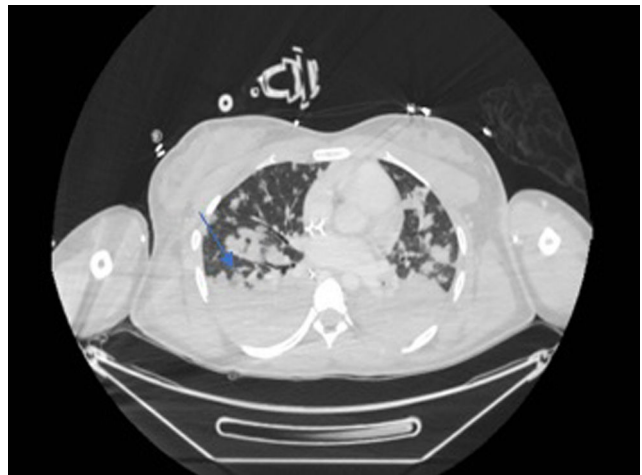


Figura 1 Émbolos sépticos coalescentes en todos los lóbulos pulmonares.

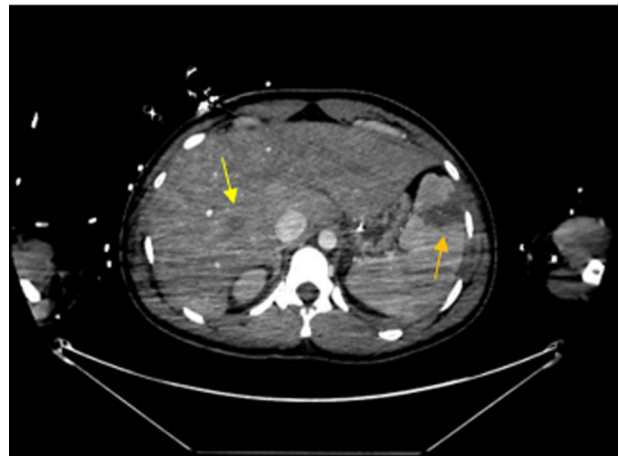


Figura 2 Pequeños abscesos en segmentos VIII y V-VI hepáticos. Área de infarto desde la periferia al hilio esplénico.

A las 24 horas de su llegada obtenemos antibiograma de *Chromobacterium violaceum*, sensible a carbapenemes y quinolonas. El mismo germen fue aislado en exudado de la herida, así como en aspirado traqueal. Los niveles plasmáticos de meropenem fueron monitorizados, encontrándose tanto el nivel valle como los niveles al 50% de su administración en rango terapéutico para una concentración mínima inhibitoria (CMI) de 0,12.

La evolución clínica en los días siguientes fue favorable, retirando aminas vasopresoras y extubándose con éxito; de hecho, sin aportes de oxigenoterapia y con fracaso renal en resolución a su alta de la UCI. Fue dada de alta a los 12 días a planta de hospitalización.

La infección en humanos por *Chromobacterium violaceum* es poco frecuente, pero con tasas de mortalidad descritas hasta del 65%. Se trata de un bacilo gramnegativo anaerobio atípico facultativo, un patógeno infrecuente, con menos de 300 casos reportados en la literatura. Clásicamente, ha sido considerado un microorganismo endémico de zonas tropicales y subtropicales; la infección por esta bacteria ocurre, por lo general, luego de la exposición de heridas al agua o a suelos contaminados².

Se presenta típicamente con infecciones de la piel o partes blandas que pueden asociar abscesos pulmonares, hepáticos, meningitis, osteomielitis, endocarditis y progresar rápidamente a disfunción multiorgánica, con alta letalidad^{3,4}.

El tratamiento antimicrobiano óptimo y la duración del mismo no están del todo establecidos, pero puede ser complicado, dado que este microorganismo se caracteriza por presentar resistencia a muchos de los antimicrobianos de uso rutinario, como penicilinas y cefalosporinas⁵. Es generalmente susceptible a fluoroquinolonas, cloranfenicol, tetraciclina, trimetoprim/sulfametoxazol, carbapenemes y aminoglucósidos.

En conclusión, en el manejo de la sepsis por *Chromobacterium violaceum*, la sospecha clínica, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y adecuado son aspectos clave para garantizar la supervivencia. Son infecciones inusuales que requieren un alto índice de sospecha, especialmente si el paciente presenta antecedentes de actividades al aire libre, como contacto con aguas estancadas, ríos, lagunas o heridas y/o lesiones que pudieran ser la puerta de entrada⁶.

Bibliografía

1. Mohammed JM, Sajana TM, Raj R, Rachana BA, Paul G, Pillai PR. 'The Violet Killer' — Successful treatment of an infant with *Chromobacterium violaceum* sepsis. *J Trop Pediatr*. 2021;67:fmab076.
2. Chowdhury M, Lee N, Wey EQ. *Chromobacterium violaceum* causing disseminated soft tissue and pulmonary abscesses in a traveller returning from the Azores. *Access Microbiol*. 2021;3:000251.
3. Yang CH, Li YH. *Chromobacterium violaceum* infection: A clinical review of an important but neglected infection. *J Chin Med Assoc*. 2011;74:435–41.
4. Attonito J, Tomasello G, Barrett B, Wauters R, Adams A, Gilbert L. *Chromobacterium violaceum* in a U.S. Marine: A case report. *Mil Med*. 2024;189:e928–31.
5. Saboo AR, Vijaykumar R, Save SU, Bavdekar SB. A rare nonfatal presentation of disseminated *Chromobacterium violaceum* sepsis. *J Microbiol Immunol Infect*. 2015;48:574–7.
6. Anjaneyan G, Bhaskaran P, Vijay S, Shashindran N, Jayakumar C. *Chromobacterium violaceum* sepsis with extensive vesiculobullous eruptions. *Int J Dermatol*. 2022;61:106–8.

Beatriz Morillo Muela, Alejandro José Martín Damián, Adela Fernández Galilea* y Álvaro López López

Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adelafer.90@hotmail.com (A. Fernández Galilea).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.09.006>

0210-5691/ © 2024 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Sedación inhalada en la unidad de cuidados intensivos. Un largo camino aún por recorrer



Inhaled sedation in the Intensive Care Unit. Still a long road ahead

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo especial sobre sedación inhalada del Grupo de Trabajo de Sedación, Analgesia y Delirium (GTSAD) de la SEMICYUC¹.

Es indudable que el manejo clínico del uso de la sedación en el enfermo crítico durante tiempo prolongado en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es una cuestión no bien resuelta.

Sin embargo, la incorporación de un medicamento o técnica nueva debe estar sustentada en estudios de seguridad, ensayos clínicos (EC) y estudios de eficiencia económica que permitan afirmar que pueden ser una alternativa a la práctica clínica habitual. Por este motivo, queremos transmitir nuestra cautela a la recomendación publicada por los auto-

res sobre la sedación inhalada como posible tratamiento de primera elección en sedaciones prolongadas debido a la escasa evidencia publicada hasta el momento.

Los metaanálisis citados coinciden en que la calidad de los estudios incluidos es subóptima y con riesgo de sesgo de publicación. Son estudios pequeños con periodos de sedación cortos y desenlaces clínicos limitados. La variable principal habitual es el tiempo de despertar que se acorta en unos minutos comparado con sedación intravenosa con propofol, sin repercutir significativamente en el tiempo de ventilación mecánica. Por lo tanto, esta técnica no parece superior a propofol para sedaciones cortas.

En cuanto al coste/beneficio, las guías NICE reportaron que solo la sedación inhalada con Sedaconda[®] ACD-S ahorra costes en comparación con el propofol intravenoso cuando la duración de la estancia en la UCI era inferior a 1,5 días². Además, la disponibilidad y el coste de la terapia inhalada en muchos países del mundo sigue siendo un desafío que los fabricantes deben abordar.

Las indicaciones clínicas para el uso de la sedación inhalada reportadas por los autores resultan controvertidas debido a que la calidad de la evidencia es baja. Hasta la fecha, los EC han demostrado una buena calidad de sedación con desenlaces clínicos limitados como un despertar más rápido, menor inflamación y menor uso de opioides, especialmente en enfermos con estatus asmático, estatus epiléptico o sedación difícil³. Actualmente

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.04.007>