

INFECCION POR SERRATIA MARCESCENS: CASO CLINICO

Sofía Liliana Patiño, N. M. Laura Rodríguez, Telma Ramona Raquel Alarcon, Dra. Miriam Paola Abitbol

Lugar: Servicio de Nefrología y Hemodiálisis. Sanatorio Polivalente CARDIOCENTRO S.R.L.

RESUMEN

Considerando que la *Serratia marcescens*, es un bacilo oportunista con una presentación atípica, se debe tener presente como posible agente etiológico en las sobre infecciones de patologías crónicas como la tuberculosis, donde el mal estado general y el debilitamiento del sistema inmunológico, facilitarían su presencia.

SUMMARY

Considering that the *Serratia marcescens*, is a bacillus opportunist with an atypical presentation, it has to be consider as a possibly agent etyology in the infections of chronic pathology, as the tuberculosis where the decreasing state and the weakeness of the immunologic system, they would facilitate their presence.

INTRODUCCION

La *Serratia marcescens*. Es un bacilo gram negativo, anaerobio facultativo, oxidasa negativo; perteneciente a la familia enterobacteriaceae, que crece abundantemente en agar chocolate, agar sangre, agar McConkey, produce colonias que pueden ser pigmentadas, ya que genera un pigmento rojo llamado Prodigiosina.(1)

Se presenta como un agente nosocomial y es la transmisión de persona a persona la mas importante forma de diseminación, por lo que las campañas de asepsia de manos, control de la potabilización del agua, y asepsia de instrumentos hospitalarios son de gran importancia. (1,2)

Pueden encontrarse colonizando la flora intestinal, tracto respiratorio, tracto urinario, aparato cardiovascular, en ambientes y reservorios pobres en nutrientes como el agua potable, cañerías e insumos hospitalarios como jabones, antisépticos, etc.(2)

Su adquisición es mayoritariamente hospitalaria, especialmente en unidad de terapia intensiva.(3), siendo las secreciones respiratorias, heridas y orina los sitios mas frecuentes de colonización.(4) clínicamente las bacteriemias por *Serratia marcescens* se presentan con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad de base como: diabetes, neoplasias, insuficiencia renal crónica (2, 5). En cuanto al tratamiento quimioterapico, las cefalosporina de tercera generación, los aminoglucósidos y las quinolonas serian los antibióticos de elección en el tratamiento de la infección por *Serratia*.(6 - 8)

Presentación del caso clínico:

Paciente que hace un año atrás fue diagnosticada de tuberculosis que recibio tratamiento durante 9 meses en forma discontinua. Luego de 30 dias sin recibir tratamiento comienza con episodios febriles vespertinos intermitente, durante un mes de evolución.

Actualmente consulta por tos y expectoración hemoptoica.

Paciente lucida, con fiebre intermitente a predominio vespertino, taquicardica, hipotensa, disnea, fascie descompuesta e hipotrofia de las diferentes masas musculares.

A la inspección del aparato respiratorio se observan escápulas levemente aladas con hipotrofia de las diferentes masas musculares, la expansión torácica está disminuida en vértices y bases, se ausculta estertores finos, auscultación de la voz: pectoriloquia, además compromiso cardiovascular con ingurgitación yugular, con R1R2 hipofonéticos.

La radiografía evidencia: múltiples cavitaciones, algunas calcificadas, intenso infiltrado retículo nodulillar en ambos campos pulmonares, compatible con: tuberculosis pulmonar bilateral y fibrosis intersticial.

Baciloscopia: negativa

Urocultivo: negativo.

Cultivo para bacilo ácido alcohol resistente: negativo.

Cultivo de esputo: *Serratia marcescens* como única flora.

Antibiograma: resistente a cefalosporina de 1° generación.

Fosfomicina

Sensible a

Ofloxacina.

Acido nalidixico.

Cefixima.

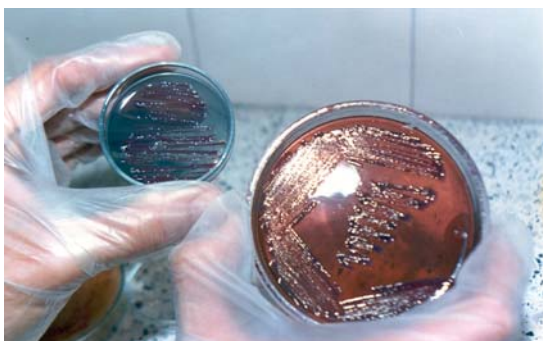
Cefuroxima.

Ciprofloxacina

Cotrimoxazol.

Aztreonam.

En la fotografía N° 1 se aprecia el crecimiento como única flora en agar chocolate de *Serratia marcescens* identificada bioquímicamente, por la morfología de las colonias y su pigmentación.



Fotografía N° 1. colonia se *Serratia marcescens* en medio de cultivo agar chocolate

DISCUSION

El caso presentado se trata de una paciente con signos y síntomas crónicos característicos de tuberculosis.

Consulta actualmente por fiebre intermitente a predominio vespertino y tos con expectoración hemoptoica.

Interpretamos que actualmente la fiebre, puede deberse a infección por *Serratia marcescens* con episodio de bacteriemia y la expectoración hemoptoica a la presencia de esta bacteria en el material muco purulento expectorado llamado prodigiosina.

El caso no se presento como una infección intrahospitalaria, ni causando brotes epidémicos, como denotan las bibliografías, ya que es un caso aislado, y de hallazgo casual; pero si se presento en un paciente inmunocomprometido.

El tratamiento realizado en base al cultivo y antibiograma fue con ciprofloxacina 1.500 mgr/ día. Este plan terapéutico coincide con el tratamiento sugerido por la bibliografía consultada. Luego del tratamiento la paciente evoluciona favorablemente.

CONCLUSION

Considerando que la *Serratia marcescens*, es un bacilo oportunista con una presentación atípica, se debe tener en presente como posible agente etiológico en las sobre infecciones de patologías crónicas como la tuberculosis, donde el mal estado general y el debilitamiento del sistema inmunológico, facilitarían su presencia. El tratamiento quimioterápico utilizado fue la ciprofloxacina 1500 mg/día luego del mismo evoluciona favorablemente según parámetros clínicos y de laboratorio.

BIBLIOGRAFIA:

1. Berthelot P, Grattard F, Amerger C, et al: Investigation of a nosocomial outbreak due to *Serratia marcescens* in a maternity hospital. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 1999;20:233.
2. Fleisher F, Zimmerman-Baer U, Zbinden R, et al: Three Consecutive Outbreaks of *Serratia marcescens* in a Neonatal Intensive Care Unit. *Clin. Infect. Dis.* 34: 767, 2002
3. Demetriou CA, Cunha BA. *Serratia marcescens* bacteremia after carotid endarterectomy and coronary artery bypass grafting. *Heart Lung* 1999; 28 (4): 293.
4. Haddy RI, Mann BL, Nadkarni DD, Cruz RF, Elshoff DJ, Buendia FC, Domers TA, Oberheu AM. Nosocomial *Serratia marcescens* infections associated with extrinsic contamination of a liquid nonmedicated soap. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21 (3): 196-9
5. Yu WL, Lin CW, Wang DY. *Serratia marcescens* bacteremia: clinical features and antimicrobial susceptibilities of the isolates. *J Microbiol Immunol Infect* 1998; 31(3):171-9
6. Schaberg D, Culver D & Gaynes R. Major trends in the microbial etiology of nosocomial infection. *Am J Med.* (suppl.3B): 72S, 1991.
7. Wendt C, Herwaldt L. Epidemics: Identification and management . En *Prevention and Control of Nosocomial Infections* . Wenzel R. Ed. Third edition .1997. Williams & Wilkins pp 190-2
8. Fauci- Braunwald- Isselbacher-Wilson- Martin- Kasper- Hauser- Longo. Harrison. principios de medicina interna. 14° edición vol I Mc graw-hill-interamericana. España, SAV 1998.1073-1074.