



P-391 - ABSCESO IDIOPÁTICO DE PARED ABDOMINAL POR *EIKENELLA CORRODENS*

González Alcolea, Natalia; Arteaga Asensio, Pablo; Vicario Bravo, Marina; Rubio Pérez, Inés; Mata Juberías, Alberto

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de absceso en pared abdominal causado por infección por *Eikenella corrodens*.

Caso clínico: Mujer de 76 años con antecedente de apendicectomía abierta previa (antigua), que acude por dolor abdominal de 4 días de evolución. Asocia vómitos y fiebre sin cambios en el tránsito. A nivel de flanco derecho se palpa masa, sin celulitis ni alteraciones cutáneas. La analítica muestra leucocitosis ($18,50 \times 10^3/\mu\text{L}$), 82,9% neutrófilos y elevación de reactantes (PCR 194,3 mg/L), por lo que se solicita TC abdominal, en el que se aprecia una colección de $7,1 \times 5,6 \times 5$ cm con múltiples áreas quístico-necróticas y septos. La colección impresiona de ser de localización extraperitoneal y se extiende a través de la musculatura anterior de la pared abdominal con afectación de la misma. No se puede descartar patología subyacente (tumoral, infarto omental...) La paciente niega traumatismo previo, mordeduras, problemas odontológicos, insulino terapia o tratamiento con heparina. Sí refiere contacto con animales. Con el juicio clínico de absceso de pared abdominal sin etiología conocida se decide ingreso para manejo conservador con drenaje percutáneo y antibioterapia (inicialmente empírica con piperacilina-tazobactam). En el cultivo del drenaje se aísla *Eikenella corrodens* y *Streptococcus anginosus*, ajustando tratamiento según antibiograma con Amoxicilina-clavulánico. Dada la atipicidad del cuadro (colección en pared abdominal sin lesiones previas subyacentes) y aislamientos (flora entérica), se decide solicitar TC con contraste oral, en el que no se objetiva comunicación de la lesión con asas intestinales, apreciándose una práctica resolución de la colección. Se realiza ecocardiograma que descarta la endocarditis como causa inicial del cuadro. Se retira el drenaje y se plantea alta hospitalaria para continuar estudio de forma ambulatoria; solicitando gastrocolonoscopia que no muestra alteraciones, y RM en la que se descarta la presencia de lesiones subyacentes a nivel de la pared. En el seguimiento al año la paciente está asintomática.

Discusión: Las colecciones en pared abdominal pueden ser secundarias a una complicación a nivel intraabdominal, o bien tener origen a nivel cutáneo. Los gérmenes implicados en dichos abscesos están en relación con la etiología. El aislamiento de *Eikenella corrodens* es excepcional. Se trata de un cocobacilo gramnegativo anaerobio facultativo. Forma parte de la flora saprofita de la mucosa orofaríngea, aparato respiratorio superior y mucosas de aparato digestivo y genital. Su aislamiento suele producirse en un contexto de infección polimicrobiana (fundamentalmente con estreptococos

del grupo C) tras traumatismos y mordeduras; más raramente por endocarditis o por lesiones del tracto genital o digestivo. Todos estos factores deberían descartarse en caso de absceso por *Eikenella* de origen no conocido. A pesar de ser anaerobio facultativo, se caracteriza por ser resistente a metronidazol y clindamicina, así como a cefalosporinas de primera y segunda generación y macrólidos. El tratamiento de elección es la penicilina, aunque debido a que algunas cepas son productoras de betalactamasa, la amoxicilina-clavulánico es la terapia más empleada. Como alternativa se pueden emplear la doxiciclina o las quinolonas.