



## 242/3132 - INFECCIÓN ATÍPICA POR BRONCHISEPTICA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

M. El Sayed Soheim<sup>a</sup>, I. Mantiñán Vivanco<sup>a</sup>, E. Lino Montenegro<sup>b</sup>, L. Alli Alonso<sup>c</sup>, G. Rosario Godoy<sup>d</sup> e I. Veli Cornelio<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 49 años, con AP de VIH en tratamiento antiviral, VHC, DM2, Bronquitis crónica, en estudio por dolor abdominal crónico. Consulta por clínica de disnea, aumento de su tos habitual con expectoración purulenta de más de un mes de evolución, con episodios de fiebre hasta 38,7 °C. Recibe varias tandas de antibióticos (macrólidos, quinolonas, cefalosporinas de 3<sup>a</sup> generación) sin mejoría y con cultivos de esputo inadecuados y negativos para Tb. Ante la persistencia del cuadro se solicita nuevos cultivos de esputo y se deriva para analítica y Rx urgente. Se ingresa para estudio y tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 35,8 °C. TA: 130/93. FC: 88. FR: 34. SatO<sub>2</sub>: 96% Con GFN2L. Regular estado general. Disneico en reposo. No adenopatías palpables. AC: rítmico sin soplos. AP: roncus y sibilantes dispersos por ambos hemitórax. Abd: distendido, doloroso a la palpación de forma generalizada, sin datos de peritonismo. EEII: sin edemas ni signos de TVP. En analítica destacaba: leucocitos 11,0 (segmentados 87,0%, linfocitos 6,0%, metamielocitos 1,0%, cayados 3,0%), PCR 10,3. Orina: Ag. Legionella y Streptococcus pneumoniae negativo. Rx tórax (que se amplía el estudio con un TC): condensación y/o atelectasia del LII que posiblemente corresponde a una sobreinfección de las bronquiectasias cilíndricas descritas. Cultivo esputo convencional: se aísla Bordetella bronchiseptica.

**Juicio clínico:** Infección respiratoria por Bordetella bronchiseptica en paciente inmunodeprimido.

**Diagnóstico diferencial:** Tuberculosis, fibrosis pulmonar, neo pulmonar.

**Comentario final:** Durante el ingreso, recibe tratamiento con amoxicilina-clavulánico con desaparición de la fiebre y mejoría de la clínica respiratoria. Bordetella bronchiseptica es un cocobacilo gramnegativo que causa infección respiratoria en animales domésticos y que puede producir infecciones en humanos en contacto con animales. La infección suele ocurrir en pacientes inmunodeprimidos. Los síntomas varían desde afectación respiratoria moderada (Bronquitis) hasta neumonía y sepsis. Bordetella bronchiseptica se puede aislar con un cultivo de esputo convencional.

Por tanto, En pacientes inmunocomprometidos y con clínica respiratoria prolongada, se debería añadir al diagnóstico diferencial este patógeno sobre todo si en los antecedentes ha estado en contacto con animales, dado que se diagnostican con facilidad con cultivos y evitaremos infecciones fatales.

### **Bibliografía**

1. Dworkin MS, Sullivan PS, Buskin SE, Harrington RD, Olliffe J, MacArthur RD, et al. Bordetella bronchiseptica infection in human immunodeficiency virus infected patients. Clin Infect Dis. 1999;28:1095-9.
2. García-de-la-Fuente C, Guzmán L, Cano ME, et al. Microbiological and clinical aspects of respiratory infections associated with Bordetella bronchiseptica. Diagn Microbiol Infect Dis. 2015;82:20.

**Palabras clave:** Bordetella. Neumonía. Inmunocomprometidos.