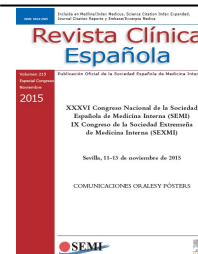




# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## I-122 - INFECCIÓN URINARIA POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS OXA-48. EXPERIENCIA DE 4 CASOS

T. Carrasquer Pirla<sup>1</sup>, M. Solano Luque<sup>2</sup>, J. Martínez Martínez<sup>3</sup>, A. Oliver Caldes<sup>4</sup>, S. Clemos Matamoros<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. <sup>4</sup>Servicio de Hematología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Las enterobacterias presentan con frecuencia resistencia a múltiples antibióticos. Recientemente han aparecido enterobacterias productoras de enzimas que confieren resistencia a todos los  $\beta$ -lactámicos (incluido carbapenems). Estas enzimas, carbapenemasas, pertenecen en su mayoría a tres clases, según la clasificación de Ambler: Clase A: KPCs; Clase B principalmente tipos VIM, IMP y NDM, y Clase D: principalmente OXA 48. El objetivo de este análisis es describir 4 casos clínicos de infección urinaria por *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) productora de OXA 48.

**Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de características clínicas y microbiológicas de 4 pacientes con infección urinaria por Kpn productora de OXA 48 ingresados en el Hospital Clínic de Barcelona desde enero a junio de 2015.

**Resultados:** Durante el período de estudio 16 pacientes presentaron infección por Kpn productora de OXA 48, en 4 (31%) el foco fue urinario. Caso 1: varón, 59 años, antecedentes de DM 2, HTA, insuficiencia renal crónica, que ingresa por bajo nivel de conciencia, en contexto de la enfermedad Machiavava-Bignami B, requiriendo inicialmente ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Durante su estancia desarrolla febrícula, aislándose en el urocultivo (UC) Kpn productora de BLEE y OXA 48, sensible a amikacina y meropenem (concentración mínima inhibitoria: CMI 1,5 mg/L), recibe tratamiento con meropenem 1 g/8h durante 8 días, con resolución del cuadro clínico. Caso 2: varón, 62 años con antecedente de neoplasia de vejiga (cistectomía radical y neovejiga hace 3 meses), portador de sonda vesical y catéter doble J bilateral, ingresa por fiebre y síndrome miccional. En el UC crece Kpn productora de BLEE y OXA 48 que confiere resistencia a todos los  $\beta$ -lactámicos (sensible a fosfomicina y amikacina, CMI para meropenem 0,75 mg/L), se trata con amikacina, fosfomicina y meropenem con buena evolución. Caso 3: varón, 72 años con antecedente de DM2, LLC-B (actualmente libre de enfermedad), ingresa en UCI por shock séptico secundario a neumonía izquierda por *P. aeruginosa*, recibió tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam (P/T) y ciprofloxacino, con mejoría y estabilización hemodinámica. Posteriormente presenta nuevo episodio febril, con UC positivo para Kpn productora de BLEE y OXA 48 (sensible a amikacina y meropenem, CMI 2 mg/L). Recibe 3 dosis de amikacina con UC control negativo y mejoría clínica. Caso 4: varón, 65 años con antecedente de HTA, HBP y sarcoma mesenquimal pélvico metastásico acompañado de fistulización a recto y abscesificación. En el ingreso presenta fiebre, dolor abdominal y aumento de marcadores inflamatorios, se inicia tratamiento empírico con P/T. En el UC crece Kpn productora de BLEA y OXA 48 (sensible a tigeciclina, gentamicina y colistina, intermedio a meropenem: CMI 4 mg/L). Se trató con imipenem y gentamicina durante 10 días con mejoría del proceso infeccioso, pero se constata progresión de

la enfermedad oncológica y el paciente fallece 2 semanas después.

*Discusión:* La incidencia de Kpn OXA 48 ha aumentado en los últimos años. En nuestro análisis, el foco urinario supone el 31% de los casos. El tratamiento de las infecciones graves o bacteriémicas por enterobacterias productoras de carbapenemasas debe ser individualizado en función de la gravedad y de la CMI de meropenem. Se recomienda combinación de al menos 2 fármacos: un carbapenem (si CMI  $\geq$  8 mg/L) y al menos otro antibiótico activo in vitro (colistina, aminoglucósidos, fosfomicina o tigeciclina). No obstante, como se constató en el 50% de los casos de la presente serie, en las infecciones urinarias, un régimen más simple basado en monoterapia con un aminoglucósido o un carbapénemico (si el organismo es sensible in vitro) puede ser suficiente.