Bacteriemia a *Enterobacter cloacae*, como presentación clínica de Estrongiloidiasis masiva

Caso clínico

SF. 58 años.

AP. LES, recibe PDN 20 mg/día en último año 1 año, no otros IS. Nefropatía lúpica diagnosticada en el 2016 (biopsia membranoproliferativa, EV). DM2 sin tratamiento.

EA. Consulta por fiebre, chucho solemne, el día del ingreso.
Últimas 24 horas febril de hasta 40 °C ax, que cede parcialmente con antipiréticos. Niega sudoración profusa nocturna, astenia, adelgazamiento de 4 kg en el último mes, anorexia.
No tos ni expectoración. No dolor torácicco, No disnea.
TU s/p.
TD: 4 días previos al ingreso con intolerancia digestiva alta, vómitos de lo ingerido. Deposiciones líquidas de 6 meses de evolución, que en la última semana se hacen mas frecuentes (10 deposiciones / día), en algunas oportunidades mucus, sin otros elementos anormales. No episodios de HD. No otra sintomatología.

Caso clínico

Ex físico al ingreso:

Buen estado general, febril (39°C Ax).
P y M: levemente hipocoloreadas. Hirsutismo, rush malar, alopecía. No otras lesiones.
BF: faltan piezas dentarias, sin focos sépticos.
CV: RR de 110 cpm, RBG, no soplos. No IY ni RHY.
PP: MAV +/+, no estertores crepitantes, subcrepitantes difusos. Eupneica. SatO2 VEA 97%.
Abd: distendido, blando, depresible, doloroso difusamente a la palpación superficial y profunda, no elementos de irritación peritoneal. Timpánico. RHA aumentados en frecuencia. MMII sp.
PNM: no rigidez de nuca. Estatica y marcha sin alteraciones motoras ni de coordiniación. Sensibilidad sin alteraciones. PC sp.

Caso clínico

Paraclínica al ingreso:

GB 1810/ mm3	
Neutrófilos 68%	
Eosinófilos 22%	
Linfocitos 10%	
Hb 14,2	
Hcto 41%	
PCR 32	
Azoemia 0.95	Na+ 131
Creatininemia 1,3	K+ 4,2

HC x2, UC (chorro medio).
Coprocultivo / Coproparasitológico seriado
RxTx sin alteraciones. Ecografía abdomen: hígado discretamente aumentado de tamaño homogéneo, escaso líquido libre en goteras parietocólicas, FSD. Resto sp.

Serologías: VIH no reactiva, VHB no reactiva, VHC no reactiva, VDRL no reactivo, HTLVI/II reactiva.

Se inicia Piperacilina tazobactam 4,5 g c/ 6 hs i.v.
A las 48 hs de iniciada antibioticoterapia paciente en apirexia, persiste con sintomatología digestiva.

HC x2: *Enterobacter cloacae.* Sensible: Cefepime, Piperaciclina tazobactam, Carbapenemicos, Ciprofloxacina, Amikacina.
Resistente: AMX, AMC, Cefalotina, cefotaxime, Ceftazidime, Ceftriaxona.

Planteos Clínicos:

Paciente inmunodeprimida, sin ingresos hospitalarios previos, cursando diarrea crónica, hipereosinofilia, bacteriemia a *Enterobacter cloacae.*

Estrongiloidiasis, hiperinfección?

Ascaridiasis? Toxocariasis?

Etiología tumoral? Neoplasia de colon?

Ex. orina: sin alteraciones. **UC 0 UFC**

Coprocultivo: sin desarrollo de enterobacterias patógenas
Coproparasitológico: *Blastocystis hominis*.
Método de Baermann: Abundantes Larvas de *Strongyloides stercoralis*

FCC: sin evidencia de lesiones

Se mantuvo antiobioticoterapia con Piperacilina – tazobactam por 21 días.
Se inició tratamiento con tiabendazol 25mg/kg en 2 dosis diarias por 2 días.
Se suspende transitoriamente el tratamiento con GCC.

Bacteriemia a Enterobacter cloacae como presentación de Hiperinfestación por *Strongiloides stercoralis/* Estrongiloidiasis masiva en paciente con infección por HTLVI/II.

CASE REPORT

Shiga toxin producing *E coli* bloodstream infection secondary to *Strongyloides* penetration through intestinal mucosa

Sancta St. Cyr,[1] Avish Nagpal,[2] Muhammad Rizwan Sohail[2]

[1]Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA
[2]Department of Infectious Diseases, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA

Correspondence to
Dr Muhammad Rizwan Sohail, sohail.muhammad@mayo.edu

SUMMARY
A 51-year-old woman with diabetes, who immigrated to the USA 22 years ago from Laos, was admitted to the hospital for evaluation of fever, abdominal pain, vomiting and diarrhoea. A workup for acute gastroenteritis revealed a positive stool PCR for Shiga toxin-producing *Escherichia coli*. Two sets of blood cultures drawn at admission were positive for *E coli*. A review of her previous medical records revealed the presence of eosinophilia, up to 20%, 14 years prior to

time. She was living with her husband and ha
pets. She had not travelled outside the country in
the past many months. She had been drinking city
water and had not eaten outside her
1 week prior to getting sick. The only
had eaten was a papaya (*Carica papaya*)
to the onset of her current illness. She
of anyone else who had similar sympto

51 año. SF. DM 2
Diarrea, náuseas y vómitos.
Evolución aguda
Bacteriemia E.coli
FCC: imagenes xantoma like.
Búsqueda en heces : S. stercoralis

International Journal of Infectious Diseases (2009) 13, e288–e291

ELSEVIER

INTERNATIONAL SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES

http://intl.elsevierhealth.com/journals/ijid

Case report

Enterococcal meningitis in association with *Strongyloides* hyperinfection syndrome

Kalpesh S Sukhwani[1,], Nitin Bansal[2], Mamta Soni[3], Anand Ramamurthy[4], Ram Gopalakrishnan[5]*

Abstract
Introduction Strongyloidiasis can cause hyperinfection or disseminated infection in an immunocompromised host, and is an important factor linked to enterococcal bacteremia and meningitis.
Case reports We report two cases highlighting the importance of suspecting *Strongyloides* hyperinfection syndrome in patients with enterococcal meningitis.
Conclusion Our cases highlight the importance of suspecting *Strongyloides* hyperinfection syndrome in cases of community acquired enterococcal bacteremia and meningitis.

Keywords *Strongyloides* hyperinfection syndrome, enterococcal meningitis, enterococcal bacteremia.

Introd
It is es
strongyloid
Strongyloides
that is en
subtropics
living and

India, Tamil Nadu
Institute of Infectious Diseases
2 casos: 1 TH alejado (FK,MMF,PDN)
EPOC con exacerbaciones frecuentes (PDN)

CASE REPORT

Strongyloides stercoralis hyperinfection presenting as acute respiratory failure and Gram-negative sepsis in a patient with astrocytoma

Mahmoud Shorman [a,*], Jaffar A. Al-Tawfiq [b]

[a] *Internal Medicine Department, King Fahad Specialist Hospital, Dammam, Saudi Arabia*
[b] *Internal Medicine Services Division, Dhahran Health Center, Saudi Aramco Medical Services Organization, Saudi Aramco, Dhahran, Saudi Arabia*

Received 6 M
Correspondi

Reporte de caso
29 años. SM
Astrocitoma, 2 sem dexametasona 24 mg/día
Sepsis, bacteriemia K.pneumoniae
Esputo: larvas S. stercoralis

Invasive Enteric Infections in Hospitalized Patients With Underlying Strongyloidiasis

Majdi N. Al-Hasan, MBBS,[1] Malkanthie McCormick, MBBS,[2] and Julie A. Ribes, MD, PhD[3]

Key Words: Strongyloidiasis; Enteric infections; Sepsis; Fungemia

DOI: 10.1309/PK0RDQWB764C3WQ2

From the [1]Division of Infectious Diseases, Mayo Clinic Foundation, Rochester, MN; [2]Department of Medicine, Division of Infectious Diseases, and [3]Department of Pathology and Laboratory Medicine, University of Kentucky, Lexington.

Retrospectivo, 1993-2003
N= 30 pacientes Estrongiloidiasis confirmada
13 presentación diseminada
GCC c/ o S/ otro IS FR diseminada (p=0,002)
13 pacientes Infección extraintestinal, por MO del tubo digestivo
(8/13 Estrongiloidiasis diseminada y 5/17 Estrongiloidiasis intestinal)

Table 3
Enteric Organisms Detected in Extraintestinal Sites in Patients With *Strongyloides stercoralis* Infection and Sites of Infection

Pathogen	No. of Patients	Sites of Infection
Enterococcus faecalis	6*	Sepsis, bacteremia, pneumonia
Escherichia coli	2	Meningitis
Enterobacter cloacae	1	Sepsis, spontaneous bacterial peritonitis
Gram-negative rod	1	Meningitis
Streptococcus mitis	1	Endocarditis
Candida parapsilosis	2*	Candidemia, peritonitis
Candida glabrata	1	Candidemia
No organisms identified (presumed sepsis)	3	Sepsis based on clinical manifestations

* One patient had infection with *C parapsilosis* and *E faecalis*.

Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2017.