

# Infezione atipica in decubito sacrale

*Durante la pratica tutoriale presso l'ambulatorio di Medicina Generale si presenta all'attenzione un caso di infezione batterica in un decubito sacrale. L'esito degli accertamenti ha messo in evidenza un ceppo di *Morganella morganii*, atipico rispetto alle comuni infezioni delle lesioni da compressione. Questa circostanza ha richiesto una riflessione comune e un approccio di cura differente dal consueto*

**Valentina Caricasole**  
Tirocinante Attività  
Medicina Generale, Milano

**Giovanni Antonio Filocamo**  
Tutor Medicina Generale, Milano

**Laura Silini**  
Infermiera

**Marco Elli**  
Responsabile Didattica  
Facoltà Medicina e Chirurgia  
Polo Universitario Luigi Sacco, Milano

## ► Descrizione del caso

Una paziente di 80 anni è affetta dal 2010 da marcato decadimento cognitivo successivo a un episodio di ischemia cerebrale nel 2013.

Dall'inizio del 2014 la paziente è allettata presso la sua abitazione. Questa condizione ha causato la formazione di un decubito sacrale che all'ispezione si presenta come un'area tondeggiante a bordi arrossati e fondo fibroso, complicata dalla presenza di una fistolizzazione nei piani sotto-fasciali (*figura 1*). Per la presenza di abbondante versamento muco purulento si inizia una terapia antibiotica sistemica di prima linea con amoxicillina/acido clavulanico. Dopo circa 10 giorni la quantità e la qualità del versamento non sono significativamente modificate, pertanto viene effettuato un tampone della secrezione del decubito e richiesto un antibiogramma (ABG).

## ► Referto antibiogramma e terapia

Il tampone rivela una positività per *Morganella morganii* (M.M.) e alla luce dei suggerimenti dell'antibiogramma si imposta la terapia antibiotica combinando cotrimossazolo + trimetoprim (1 cpr bid x 15 giorni) e ceftriaxone fiale im 1.5 gr (una fiala im al dì x 15 giorni). Poiché la toilette locale provoca notevole dolore alla paziente si consiglia la somministrazione di paracetamolo 1000 bustine in assorbimento orosolubile da assumere circa 40 minuti prima della toilette. Il vivo dolore segnalato dalla paziente e la persistenza della fistola con secre-

**Figura 1**

## Presentazione del decubito sacrale



zione muco purulenta fanno però sospettare un interessamento di segmenti sotto fasciali vicini. Si consiglia l'esecuzione di una RMN per documentare sede, profondità ed estensione della fistola. È stata inoltre attivata una serie di interventi infermieristici da svolgere al domicilio con la finalità di detergere la fistola mediante zaffatura e utilizzo di presidi avanzati con azione antibatterica per la gestione e prevenzione di ulteriori decubiti.

## ► Esito del trattamento

In sedicesima giornata di antibiotico-terapia combinata la paziente ha presentato una risoluzione della lesione cutanea con la persistenza di un tragitto fistoloso di circa 7 mm con cute circostante integra e senza segni di flogosi (*figura 2*).

La terapia antibiotica correttamente impostata in funzione dell'esito dell'antibiogramma ha quindi permesso una rapida risoluzione della sovrapposizione batterica del decubito e una veloce *restitutio ad integrum* con esito di tampone cutaneo negativo per *Morganella morganii*.

L'esito della RMN ha riportato l'assenza di una vera e propria raccolta saccata, piuttosto una imbibizione fluida del-

Figura 2

## Esito del trattamento



le pareti molli localizzate posteriormente al passaggio sacro-coccigeo con estensione alla regione glutea sinistra, ascrivibile verosimilmente ad una sindrome da allettamento e non a sovrapposizione flogistica; non è presente una infiltrazione dell'osso adiacente.

È stata impostata una serie di controlli periodici per ridurre la possibilità di una ricaduta. Successivamente viene effettuato un secondo tampone cutaneo in conseguenza alla riapertura della fistola che evidenzia sovrainfezione da *Staphylococcus aureus* e da *Pseudomonas aeruginosa*.

Su indicazione dell'antibiogramma si sottopone la paziente a un ciclo di terapia antibiotica con risoluzione completa del quadro clinico. Si ottiene quindi la chiusura della fistola con risoluzione del precedente quadro locale.

► **Discussione**

Il batterio *Morganella morganii* appartenente al ceppo *Proteus* della famiglia delle Enterobacteriaceae, ordine Enterobacteriales, è presente nell'intestino umano e per lo più nel colon<sup>1</sup>, è Gram negativo, anaerobio facoltativo, catalasi-positivo, indolo-positivo, caratterizzato da numerose resistenze alle consuete terapie antibiotiche sistemiche.<sup>2</sup> La presenza di M.M. è stata segnalata

come fattore di rischio di mortalità indipendente, correlato alla terapia antibiotica inadeguata.<sup>3</sup>

I risultati dell'antibiogramma e di ricerche su letterature scientifiche riportano che tale batterio presenta numerose resistenze (amoxicillina/acido clavulanico, gentamicina, amikacina, acido nalidixico, norfloxacina, ciprofloxacina, tobramicina, cefazolina, cefixima, cefpodoxima e ampicillina, oxacillina, cefalosporine di prima e seconda generazione, macrolidi, lincosamidi, fosfomicina ed altri).

Alcuni ceppi si sono dimostrati resistenti anche alle più recenti cefalosporine di terza generazione come cefprozil, cefuroxima, cefdinir. Questa resistenza è causata dal fatto che praticamente tutte le specie di M.M. sono capaci di produrre delle lattamasi inducibili di "tipo AmpC", rendendosi resistenti alle penicilline e cefalosporine ad ampio spettro.

Una segnalazione effettuata nel 2010 riferisce come la M.M. si possa presentare come complicanza infettiva nell'unità di terapia intensiva,<sup>4</sup> altre segnalazioni in campo dermatologico descrivono un quadro clinico caratterizzato da bolle emorragiche ed *ecthyma gangrenoso* di tipo eruttivo,<sup>5</sup> altre riguardano infezioni nosocomiali post-chirurgiche, infezione delle vie urinarie, peritoniti, infezioni a carico del sistema nervoso centrale, polmoniti, sepsi neonatali, piomiositi, fasciti necrotizzanti e artriti.<sup>6</sup>

► **Conclusioni**

La valutazione di questo caso ci ha permesso di svolgere una serie di considerazioni.

- Nelle lesioni da compressione, la terapia antibiotica sistemica deve essere utilizzata per ridurre la sovrapposizione batterica, frequente nelle lesioni sacrali. Se questa terapia non fornisce gli esiti attesi entro 8/10 giorni è utile effettuare un anti-

biogramma per impostare una terapia antibiotica più efficace.

- La *Morganella morganii* si può presentare come sovrainfezione nosocomiale a carico delle vie urinarie, ma non necessariamente è circoscritta a questo distretto.

- In caso di sovrapposizione da *Morganella morganii* è utile effettuare una terapia di eradicazione combinata sfruttando l'effetto di una cefalosporina di terza generazione alla quale va aggiunto un secondo antibiotico di completamento (in questo caso cotrimossazolo + trimetropin) secondo quanto suggerito dall'ABG.

- La sintomatologia dolorifica della paziente alle manovre di toilette chirurgica può essere controllata con la somministrazione di paracetamolo 1000 orosolubile circa 40 minuti prima della medicazione per ottenere un effetto analgesico a breve termine.

- Nel caso da noi osservato, complicato da fistolizzazione, l'uso della RMN ha permesso di studiare l'entità e le dimensioni della complicanza. Una possibile infiltrazione sacrale deve essere documentata per poter eventualmente impostare una terapia del dolore più adeguata, anche considerando le difficoltà di comunicazione della paziente.

- Queste lesioni devono essere monitorate per la possibilità di ricadute da sovrapposizione infettiva.

- La collaborazione fra più operatori ha permesso una più razionale approccio al problema clinico.

## Bibliografia

1. McDermott C, Mylotte JM. *Morganella morganii*: epidemiology of bacteremic disease. *Infect Control* 1984; 5:131-137.
2. Lee IK, Liu JW. Clinical characteristics and risk factors for mortality in *Morganella morganii* bacteremia. *J Microbiol Immunol Infect* 2006; 39: 328-334.
3. Bagel J, Grossman ME. Hemorrhagic bullae associated with *Morganella morganii* septicemia. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12: 575-576.
4. Nidhi Sica et al. *Morganella morganii* could be an important intensive care unit pathogen. *Indian J Crit Care Med* 2010; 14: 154-155.
5. Del Pozo J, García-Silva J, Almagro M, et al. *Ecthyma gangrenosum-like eruption associated with Morganella morganii* infection. *Br J Dermatol* 1998; 139:520-521.
6. Melver A, Nassrene YE. *Morganella morganii* septicemia and dermatopathy. [www.consultant360.com/content/morganella-morganii-septicemia-and-dermatopathy](http://www.consultant360.com/content/morganella-morganii-septicemia-and-dermatopathy)