

Vicente Aguadero Acera,  
Ana M<sup>a</sup> García Perea,  
Julián Sánchez Castañón,  
José Luis Sánchez Rivas,

# Bacteriemias fatales por *Campylobacter fetus* y *Campylobacter jejuni* en pacientes con hepatopatía alcohólica

Sección de Microbiología. Unidad de Análisis Clínicos. Hospital de Mérida (Badajoz).

Sr. Editor: La expresión más habitual de una infección causada por el género *Campylobacter* spp. es la de una gastroenteritis aguda, autolimitada, acompañada de fiebre, diarrea y dolor abdominal<sup>1</sup>. Sin embargo, *Campylobacter* spp. puede colonizar el tubo digestivo y causar complicaciones tales como bacteriemia, endocarditis, peritonitis y sepsis oportunistas, especialmente en pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades de base, donde la hepatopatía es la más frecuente, seguida de cerca por las neoplasias, terapia inmunosupresora e infección por VIH<sup>2,3</sup>.

Presentamos dos casos de bacteriemia por *Campylobacter* spp., en pacientes con hepatopatía alcohólica como enfermedad de base. En ambos casos los hemocultivos fueron extraídos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Primer caso: paciente varón de 64 años con historia de múltiples ingresos por alteraciones del estado de consciencia debido a insuficiencia hepática y atrofia cortical. En su último ingreso acude a Urgencias por fiebre, desorientación y abdominalgia. Como resultados analíticos destacables: Urea-103 mg/dl, Creatinina-2,6 mg/dl, LDH-699 UI/l, CPK-864 UI/l, GOT-57 UI/l, GPT-46 UI/l y TnT-0,242 ng/ml. La gasometría revela una acidosis respiratoria. En la radiografía se observa tórax enfisematoso e importante cardiomegalia sin signos de neumonía ni derrame pleural. Segundo caso: paciente varón de 54 años, diagnosticado previamente de Diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID), artrosis lumbar y hepatopatía alcohólica, que comenta dolor abdominal generalizado sin alteraciones de hábito intestinal y fiebre, y pérdida en los últimos meses de 20 Kg de peso. En las pruebas analíticas destaca una leucocitosis a expensas de neutrófilos, acompañada de trombocitosis. Además: Glucosa-263 mg/dl, Urea-185 mg/dl, Creatinina-1,2 mg/dl, LDH-204 UI/l y PCR-358 UI/l. La radiografía de tórax no muestra imágenes de condensación. En ambos casos, a pesar del tratamiento antibiótico empírico (levofloxacin + metronidazol), los pacientes evolucionan hacia un estado séptico siendo éxitus en las horas siguientes. En los dos casos, los hemocultivos recogidos en Urgencias son po-

sitivos a las 48-72h., aislándose un bacilo gram negativo, curvo, catalasa y oxidasa positivo, hipurato positivo (sólo la cepa del segundo caso), sensible a Eritromicina, que fue identificado como *Campylobacter* spp. Las cepas fueron remitidas al Centro Nacional de Microbiología para su identificación a nivel de especie y sensibilidad antibiótica. Así, la correspondiente al primer caso fue identificada como *Campylobacter fetus*, y la correspondiente al segundo como *Campylobacter jejuni*. El antibiograma es sensible a eritromicina, ciprofloxacino, amoxicilina-clavulánico, gentamicina y tetraciclina, para ambas cepas.

La bacteriemia por *Campylobacter* spp. es un hecho poco común, con una incidencia del 0.4-0.7%<sup>4</sup>. En contraste con *C. jejuni*, cuyas infecciones rara vez se han relacionado con bacteriemias y localización extraintestinal, la especie *C. fetus* es la que clásicamente reporta más aislados en sangre, relacionándose menos con infecciones entéricas<sup>5,6</sup>. Sin embargo, algunos estudios realizados en nuestro país, arrojan un resultado inverso, donde la incidencia de *C. jejuni* como responsable de bacteriemias es significativamente mayor con respecto a *C. fetus*<sup>7</sup>. Este hecho podría estar relacionado con la mayor incidencia reportada en España de infecciones entéricas debidas a *C. jejuni*, que con el 11-33% aparece como el agente causal más frecuente de gastroenteritis bacteriana después de *Salmonella* spp.<sup>8</sup>.

La mortalidad asociada a bacteriemia por *Campylobacter* spp. no es despreciable, alcanzando en España incidencias del 16% al 30%, y asociada fundamentalmente a *C. jejuni* por encima de *C. fetus*<sup>7,9</sup>. En estos estudios la mortalidad se asoció a la gravedad de la enfermedad de base o a un tratamiento antibiótico empírico inadecuado. En este sentido es destacable la progresiva resistencia a quinolonas mostrada por *Campylobacter* spp. con ratios que oscilan de 29% al 50% según los estudios. Por el contrario, las resistencias a tetraciclinas y macrólidos se muestran todavía como hecho excepcional<sup>8,9,10</sup>.

Proponemos considerar a *Campylobacter* spp. como un patógeno a recordar en los síndromes febriles de pacientes inmunodeprimidos o con alguna patología de base, aunque no tengan manifestaciones digestivas, siendo de vital importancia la extracción de hemocultivos al ingreso en este tipo de pacientes antes de instaurar tratamiento antibiótico.

Correspondencia:  
Vicente Aguadero Acera  
Sección de Microbiología. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital de Mérida (Badajoz).  
C/ Polígono Nueva Ciudad s/n.  
06800 Mérida (Badajoz)  
Tfno.: 607322670  
E-mail: viagac@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Monselise A, Blickstein D, Ostfeld I, Segal R, Weinberger M. A case of cellulitis complicating *Campylobacter jejuni* subspecies *jejuni* bacteremia and review of the literature. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004; 23: 718-21.
2. Maestre JR, Buezas V, Sánchez P, Montero A, Mellado F. Bacteriemia por *Campylobacter jejuni* en varón de 22 años con anemia hemolítica autoinmune. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 457-8.
3. Cesteros RI, Menasalvas AI, Guerrero C, López-Domínguez R, Miranda A, Segovia M. Bacteriemia por *Campylobacter jejuni*: a propósito de dos casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 189-90.
4. Remacha MA, Esteban A, González-Castañeda C, Fernández-Natal I, Echeita A. Bacteriemia por *Campylobacter fetus* en paciente inmunocompetente. *An Med Interna* 2003; 20: 439-40.
5. Pacanowski J, Lalande V, Lacombe K, Boudraa C, Lesprit P, Legrand P et al. *Campylobacter* bacteremia: clinical features and factors associated with fatal outcome. *Clinical Infect Dis* 2008; 47: 790-6.
6. Ichiyama S, Hirai S, Minami T, Nishiyama Y, Shimizu S, Shimokata K et al. *Campylobacter fetus* subspecies *fetus* cellulitis associated with bacteremia in debilitated hosts. *Clinical Infect Dis* 1998; 27: 252-5.
7. Font C, Cruceta A, Moreno A, Miró O, Coll-Vinent B, Almela M et al. A study of 30 patients with bacteremia due to *Campylobacter* spp. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 336-40.
8. Pigrau C, Bartolome R, Almirante B, Planes AM, Gavalda J. Bacteremia due to *Campylobacter* species: clinical findings and antimicrobial susceptibility patterns. *Clinical Infect Dis* 1997; 25: 1414-20.
9. Fernández-Cruz A, Muñoz P, Mohedano R, Valerio M, Marín M. *Campylobacter* bacteremia clinical characteristics, incidence, and outcome over 23 years. *Medicine* 2010; 89: 319-30.
10. Engberg J, Neimann J, Nielsen EM, Aarestrup FM, Fussing V. Quinolone-resistant *Campylobacter* infections in Denmark: risk factors and clinical consequences. *Emerging Infect Dis* 2004; 10: 1056-63.