

Peritonitis bacteriana espontánea por *Listeria monocytogenes*

Sr. Director: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación infecciosa grave que ocurre generalmente en pacientes con descompensación hidrópica por cirrosis hepáticas de diferentes etiologías (82% de los casos)¹. Los microorganismos que habitualmente ocasionan PBE son bacilos gramnegativos pertenecientes a la familia Enterobacteriaceae, y dentro de ésta es *Escherichia coli* el agente causal más frecuente². Sin embargo, la PBE puede estar producida de manera excepcional por *Listeria monocytogenes*, que es un bacilo grampositivo aerobio ubicuo en la naturaleza, que se presenta como patógeno para el ser humano en situaciones de inmunocompromiso y edades extremas de la vida. Las formas clínicas de presentación habitualmente son bacteriemias y meningitis, pero excepcionalmente puede producir abscesos cerebrales, endoftalmitis, artritis séptica, endocarditis, infecciones pleuropulmonares, abscesos hepáticos y peritonitis¹. Presentamos un caso de PBE por *L. monocytogenes*.

Se trata de una mujer de 60 años con antecedentes patológicos de diabetes mellitus insulinodependiente, litiasis biliar con colecistectomía, quiste hidatídico hepático intervenido quirúrgicamente, cirrosis hepática por el virus de la hepatitis C e hipertensión portal grado C según la clasificación de Child-Pugh.

Audió al servicio de urgencias del hospital con ascitis y fiebre de 48 h de evolución. En la exploración clínica se apreciaron signos de hepatopatía crónica y ascitis importante, aunque no a tensión. El líquido ascítico

obtenido mediante una paracentesis diagnóstica presentó 400 leucocitos/ml (70% polimorfonucleares) y 0,56 g/dl de proteínas totales. En la tinción de Gram directa del líquido ascítico (LA) no se observaron microorganismos. Con el diagnóstico probable de PBE se inició tratamiento antimicrobiano empírico con cefotaxima. A las 24 h del ingreso se informó desde microbiología la detección de crecimiento microbiano por el sistema automático para cultivos en medio líquido. En la tinción de Gram del caldo, previo centrifugado, se evidenciaron bacilos grampositivos de aspecto corineiforme. Ante la sospecha de *L. monocytogenes* se añadió ampicilina por vía intravenosa, a dosis de 1 g/6 h, al tratamiento antimicrobiano inicial. La paciente quedó afebril a las 48 h y se intentó una nueva paracentesis de control a los 10 días sin obtención de líquido. Los coprocultivos, urocultivos y hemocultivos realizados fueron negativos. A partir del cultivo del líquido ascítico se pudo identificar el serotipo 4b de *L. monocytogenes*.

El cuadro clínico de PBE se resolvió al completar los 10 días de tratamiento antimicrobiano específico.

Si bien la PBE está producida por *L. monocytogenes*, en muy raras ocasiones se trata de una complicación infecciosa grave, en pacientes generalmente inmunocomprometidos con enfermedades importantes de base, y que requiere un tratamiento antimicrobiano específico. Actualmente se recomienda el tratamiento con ampicilina en monoterapia o, mejor, asociada a gentamicina si lo permite la función renal del paciente. Debido a la poca experiencia acumulada en este tipo de enfermedades infecciosas, no está claramente definida ni la dosis ni la duración de la terapia antimicrobiana. Las cefalosporinas de tercera generación (especialmente cefotaxima) constituyen el tratamiento antimicrobiano empírico de las PBE recomendado en la actualidad³. Han demostrado ser eficaces en el 86% de los casos, pero resultan ineficaces para un 5-10% de PBE producidas por otros microorganismos más inusuales, como son anaerobios, estafilococos resistentes a la oxacilina y listerias. Por ello, la tinción de Gram del líquido ascítico debe hacerse siempre, a pesar de su baja rentabilidad, porque puede hacer sospechar otras etiologías más infrecuentes de PBE, como es el caso de *L. monocytogenes*, si se han observado bacilos o cocobacilos grampositivos de aspecto corineiforme.

Por otra parte, el estudio sistemático de todas las muestras de LA ha supuesto un importante avance en el diagnóstico precoz de PBE.

En la mitad de los casos publicados, y en el nuestro también, los hemocultivos realizados fueron negativos. Esto hace pensar en un dudoso origen hematogénico de la infección y en la posibilidad de que estos microorganismos sean capaces de acceder desde el tubo digestivo para producir PBE, como ocurre en el caso de las enterobacterias⁵.

Con éste, se añade un caso más a los ya publicados de PBE por *L. monocytogenes* (25 con el nuestro) y se incrementa el porcentaje de casuística española (del 66,6 al 68% de lo publicado hasta ahora), sin que exista una causa que justifique el predominio español^{4,7-9} en la bibliografía sobre este tipo de infecciones tan excepcionales⁶. Está por aclarar si esta situación es debida a una mayor incidencia de listeriosis en España está influida por factores climáticos, demográficos, dietéticos e higienicosanitarios.

report and review of the literature. Am J Gastroenterol 1998;93:1556-8.

7. Polanco A, Giner C, Cantón R, León A, García M, Baquero F, et al. Spontaneous bacterial peritonitis caused by *Listeria monocytogenes*: two cases report and review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1992;11:346-8.
8. Fernández-Sola A, Pigrau C, Almirante B, Gasser I. Spontaneous bacterial peritonitis due to *Listeria monocytogenes*. Med Clin (Barc) 1995;104:199.
9. Jorquerá F, Espinel J, Fernández MJ, Muñoz F, Herrera A, Vivas S, et al. Spontaneous bacterial peritonitis caused by *Listeria monocytogenes*. Gastroenterol Hepatol 1998; 21: 489-91.

Marta Casado^a, Marina Torres^a, Carmen Gálvez^b, Manuel Rodríguez-Maresca^c, Waldo Sánchez-Yebra^c y Julio Alberto Vázquez^d

^aServicio de Digestivo.

^bServicio de Medicina Interna.

^cServicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

^dServicio de Bacteriología. Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda. Madrid.

Bibliografía

1. Sivalingam JJ, Martin P, Fraimow HS, Yarze JC, Friedman LS. *Listeria monocytogenes* peritonitis: case report and literature review. Am J Gastroenterol 1992;87:1839-45.
2. Gómez J, Ribera E, Gasser I, Artanza M, Del Valle O, Pahissa A, et al. Randomized trial comparing ceftriaxone with cefonicid for treatment of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients. Antimicrob Agents Chemother 1993;37:1587-92.
3. Felisart J, Rimola A, Arroya V. Cefotaxime is more effective than is ampicillin-tobramycin in cirrhotics with severe infections. Hepatology 1985;5:457-62.
4. Vázquez J, Such J, Ena J, Argüello L, Ortiz de la Tabla V, Mingot M, et al. Spontaneous bacterial peritonitis due to *Listeria monocytogenes*. Rev Esp Enferm Dig 1995;87:407-11.
5. Pérez F, Bañares R, Piqueras B, De Diego A, Castellote I, Casado M, et al. Spontaneous bacterial peritonitis caused by *Listeria monocytogenes*. Rev Esp Enferm Dig 1995;87:889-92.
6. Jayaraj K, Di Bisceglie AM, Gibson S. Spontaneous bacterial peritonitis caused by infection with *Listeria monocytogenes*: a case