

Diarrea en un paciente alcohólico

Margarita Bolaños Rivero^a, Olga Alfonso Rodríguez^a, José Miguel Alonso Rivero^b y Antonio Manuel Martín Sánchez^a

Servicios de ^aMicrobiología y ^bDigestivo. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España.

Caso clínico

Se trataba de un paciente varón de 59 años, que ingresó con un cuadro de ictericia progresiva, diarrea sanguinolenta, febrícula y deterioro del estado general de 7 días de evolución. En la exploración física destacaba ictericia cutaneomucosa, estigmas cutáneos de hepatopatía crónica, arañas vasculares en el territorio de la vena cava superior con circulación colateral y hepatomegalia de tres traveses de dedo. En sus antecedentes personales refería hemorragia digestiva alta por varices esofágicas 4 años atrás como consecuencia de su cirrosis hepática alcohólica.

Los datos más característicos de la analítica son: leucocitos 3.360/ μ l (68% neutrófilos, 19% linfocitos, 7% monocitos y 2% eosinófilos); hemoglobina 15 g/dl; hematocrito, 46,5%; volumen corpuscular medio, 105,7 fl; plaquetas, 33.000/ μ l; índice de Quick, 27%; tiempo de protrombina, 21,6 seg (n = 10-12); tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA), 6,3 s (control 30,3 s); ratio del tiempo de protrombina 2,6 (n = 0,8-1,2); bilirrubina total, 21,9 mg/dl; bilirrubina directa, 17,3 mg/dl; transaminasas glutamicopirúvica (GPT) 122 U/l; glutamicoxalacética (GOT), 292 U/l; gammaglutamiltranspeptidasa (GGT), 329 U/l; fosfatasa alcalina, 251 U/l; velocidad de sedimentación globular (VSG) 37 mm (primera hora). El resto de los parámetros bioquímicos eran normales o negativos.

Al quinto día del ingreso, el paciente continuaba con diarrea sanguinolenta y febrícula. Se extrajeron hemocultivos y se solicitó serologías para los virus de la hepatitis B, C y de la inmunodeficiencia humana (VIH), que fueron negativas. No se solicitaron coprocultivos.

A las 48 h de incubación, son positivos 2 de los 3 frascos aerobios de los hemocultivos (Bact-Alert®, Organón Técnica). Se realizó tinción de Gram y no se observaron microorganismos. Tras la realización del subcultivo en los medios habituales e incubados a 35 °C en una atmósfera de CO₂ durante 24 h, se apreciaba un tenue crecimiento en las placas de agar-sangre y agar-chocolate, del cual se realizó una tinción de Gram, y se observaron los microorganismos de la figura 1. Debido al escaso crecimiento, se dejaron reincubando las placas y se realizó siembra de los frascos de hemocultivos en agar chocolate y agar-campylobacter y se incubaron en jarras con cierre hermético en microaerofilia (Campy Gen®, Oxoid, Basingstoke, Hampshire, Gran Bretaña) a 25, 37 y 42 °C.

A las 48 h crecieron los microorganismos de la figura 2, tanto en las placas incubadas a 35 °C como a 42 °C, que son bacilos gramnegativos, curvados, móviles, oxidasa y catalasa positivos, reducían los nitratos pero no los nitritos, hidrolizaba el hipurato y no la urea. La identificación se realiza por el panel Api Campy® (bioMérieux).

Evolución

El paciente estaba sin tratamiento antibiótico cuando se extrajeron los hemocultivos y a las 72 horas el paciente estaba asintomático.

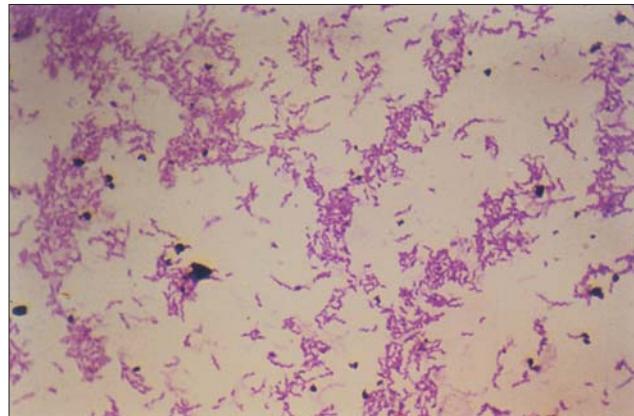


Figura 1. Tinción de Gram. Se observan bacilos gramnegativos con morfología en espiral.

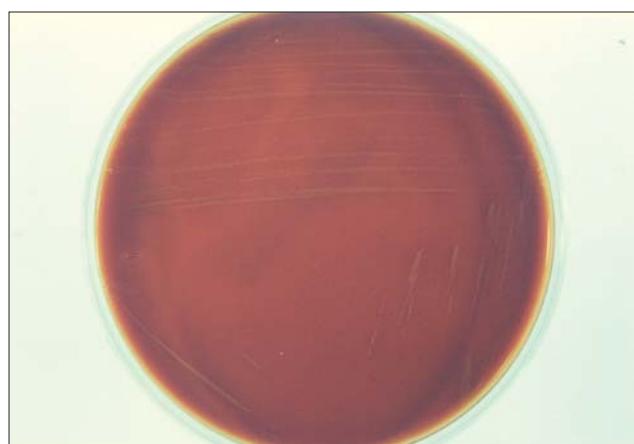


Figura 2. Morfología de las colonias tras 48 horas de incubación en microaerofilia.

Correspondencia: Dr. A.M. Martín Sánchez.
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Pl. Dr. Pasteur, s/n. 35016 Las Palmas de Gran Canaria.
Correo electrónico: mmartin@cicei.ulpgc.es

Manuscrito recibido el 6-05-2001; aceptado el 4-07-2001.

Diagnóstico

Bacteriemia por *Campylobacter jejuni*.

Comentario

La campilobacteriosis es una zoonosis universalmente extendida que afecta preferentemente a aves y cerdos. La principal vía de infección humana es la ingestión de animales contaminados, preferentemente pollos o alimentos puestos en contacto con estos animales o utensilios utilizados para cortar los animales¹.

Las infecciones humanas causadas por *Campylobacter jejuni* pueden ser intestinales o extraintestinales. *C. jejuni* es el segundo agente etiológico de los procesos diarreicos bacterianos. Se han observado tres patrones de infección extraintestinal. En el primero puede haber una bacteriemia transitoria con enteritis aguda por *Campylobacter* en un huésped normal y la bacteriemia puede descubrirse varios días después de obtenidos los hemocultivos, momento en el cual el paciente suele haberse recuperado, tal como ocurrió en este caso. La evolución es benigna y, por lo general, no está indicado tratamiento específico para el hemocultivo positivo. En el segundo puede haber una bacteriemia sostenida o un foco profundo de infección en un huésped previamente normal; habitualmente estos pacientes tienen también una gastroenteritis aguda. En el tercero puede haber una bacteriemia sostenida o una infección profunda en un huésped comprometido. Muchos de estos pacientes no presentan enteritis aguda².

Las enfermedades subyacentes que se han asociado con mayor riesgo de presentar formas bacterémicas incluyen neoplasias, hepatopatía crónica, infección por VIH, nefropatías y aterosclerosis generalizada, así como pertenecer a edades extremas de la vida³. En 2 estudios realizados en nuestro país de bacteriemias por *Campylobacter* spp., la cirrosis hepática fue la enfermedad de base más frecuente (34 y 50% de los pacientes)^{3,4}. La

mortalidad global asociada a bacteriemia por *Campylobacter* spp. no es insignificante, oscilando entre el 11 y el 33%^{1,3,5}, aunque en muchos casos está más relacionada con las enfermedades de base de los pacientes que con la virulencia del microorganismo. Por ello, la mortalidad es mayor en ancianos y pacientes inmunodeprimidos.

El tratamiento de elección de bacteriemias por *C. jejuni* es la administración de macrólidos¹. Sin embargo, en los pacientes infectados por el VIH se ha observado una menor respuesta al tratamiento, con abundantes recidivas tanto de los procesos diarreicos como bacterémicos. Por ello, en los pacientes más comprometidos está indicado el tratamiento con gentamicina, imipenem, cefotaxima o cloranfenicol, pero es recomendable realizar el estudio de la sensibilidad antibiótica a todas las cepas aisladas en muestras estériles. Nuestro aislado era sensible a eritromicina, gentamicina, cloranfenicol e imipenem, y resistente a ciprofloxacino, ofloxacino, tetraciclina y ampicilina. En España, la aparición de cepas de *C. jejuni* resistentes a quinolonas es un hecho documentado, con cifras que alcanzan el 75%⁶, por lo que estos antibióticos no deben usarse como tratamiento empírico, al menos en nuestro país. Este fenómeno limita la utilidad de las quinolonas para el tratamiento empírico de las enfermedades diarreicas agudas.

Se desea destacar la morfología de estos microorganismos con forma de espirilo, diferente a la forma de coma o en alas de gaviota habituales.

Bibliografía

1. Reina J. Infecciones por *Campylobacter jejuni*. Rev Clin Esp 1996;196:1-3.
2. Blaser MJ. *Campylobacter* y especies relacionadas. En: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, eds. Principles and practice of infectious disease, 4^a ed. Nueva York: Churchill Livingstone, 1995;2181-90.
3. Font C, Cruceta A, Moreno A, Miró O, Coll-Vinent B, Almela M, et al. Estudio de 30 pacientes con bacteriemia por *Campylobacter* spp. Med Clin (Barc) 1997;108:336-40.
4. Pigrau C, Bartolomé R, Almirante B, Planes AM, Gavalda J, Pahissa A. Bacteremia due to *Campylobacter* species: clinical findings and antimicrobial susceptibility patterns. Clin Infect Dis 1997;25:1414-20.
5. Tee W, Mijch A. *Campylobacter jejuni* bacteremia in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and non-HIV-infected patients: Comparison of clinical features and review. Clin Infect Dis 1998;16:91-6.
6. Saenz Y, Zarazaga M, Lantero M, Gastañares MJ, Baquero F, Torres C. Antibiotic resistance in *Campylobacter* strains isolated from animals, foods and humans in Spain in 1997-1998. Antimicrobial Agents Chemother 2000; 44:267-71.