

Bacteriemia por *Lactobacillus casei* post-CPRE: a propósito de un caso

Sr. Editor: *Lactobacillus* son unas bacterias grampositivas facultativas, microaerófilas o anaerobias que, habitualmente, forman parte de la flora de la cavidad bucal, del tracto gastrointestinal, del tracto genitourinario y de la vagina¹. Su poder patógeno es escaso, a pesar de lo cual se han descrito casos puntuales de endocarditis, meningitis neonatal, corioamnionitis, infecciones pleuropulmonares en individuos inmunocompetentes, pero principalmente en inmunodeprimidos²⁻⁴.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento diagnóstico y terapéutico utilizado habitualmente en las enfermedades pancreáticas y del tracto biliar, y que no está exento de complicaciones infecciosas, asociadas a múltiples microorganismos^{5,6}.

En nuestra búsqueda bibliográfica (Medline 1994-2001), sobre bacteriemias por *Lactobacillus*, hemos encontrado 17 referencias y, sin embargo, no existen declarados casos de complicaciones sépticas por *Lactobacillus* tras la realización de una CPRE.

Por ello, presentamos el caso clínico de un paciente inmunocompetente que, tras haber sido sometido a una CPRE, desarrolló una bacteriemia por *Lactobacillus casei*, que constituye, en nuestro conocimiento, el primer caso descrito en la bibliografía.

Varón de 40 años, fumador y ex bebedor importante (100 g de etanol al día), con pancreatitis crónica calcificante grave, esofagitis grado II en tercio distal del esófago, como antecedentes personales. Ingresó por un cuadro de astenia, anorexia, asociado a disfagia, dispepsia y dolor en hipocondrio derecho, que comenzó a las 48 h de la realización de la CPRE, encontrándose afebril.

En la exploración física destacaba ictericia de piel y mucosas, malnutrición, edemas maleolares, hepatomegalia de 3-4 cm. El resto de la exploración por aparatos fue normal. En la analítica se observó una función renal normal, hemoglobina, 10,6 g/dl; VCM, 98 fl; 8.900 leucocitos con un 81% de polimorfonucleares; VSG, 109 mm; glucosa, 397 mg/dl; GOT 1.574 U/l; GPT, 660 U/l; GGT, 1.824 U/l; FA, 6.587 U/l; LDH, 4.525 U/l; BT, 5,7 mg/dl; Calcio, 7,6 mg/dl; proteínas, 5,6 g/dl; SO: glucosa, 18 g/l; urobilinógeno, 16 mg/dl; bilirrubina, 0,5 mg/dl. Gasometría: pH,

7,473; pO₂, 55 mm Hg; pCO₂, 40 mm Hg; HCO₃, 29,3 mmol/l; EB, 5,9 mmol/l. El resto fue normal. El cuadro clínico sugería una obstrucción biliar aguda de origen inflamatorio secundario a la pancreatitis crónica presente, compatible con una citólisis intensa y una colestasis muy marcada, así como por las pruebas de imagen que mostraban una dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática.

El paciente presentó fiebre al duodécimo día de su ingreso. Se realizó una nueva CPRE con esfinterotomía endoscópica y extracción de bilis para cultivo y, ante la sospecha de sepsis de origen biliar, se instauró tratamiento con imipenem intravenoso. En tres hemocultivos y en el cultivo de bilis se aisló *Lactobacillus casei* que se mostró resistente a vancomicina y teicoplanina y sensible a penicilina, amoxicilina ácido clavulánico, imipenem, gentamicina, eritromicina, clindamicina, rifampicina y quinolonas fluoradas.

A pesar del tratamiento con imipenem, la fiebre no cedió hasta 13 días después. Al alta el paciente se encontraba afebril, con transaminasas normales, manteniéndose ligeramente elevadas tanto la GGT como la fosfatasa alcalina.

Debido al escaso poder patógeno del género *Lactobacillus*, la identificación microbiológica a nivel de especie no se suele realizar, ya que presenta gran dificultad. En este caso recurrimos al Departamento de Higiene y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de León (Dr. Alonso Calleja), que utilizó la base de datos del API 50 CHL adaptada a muestras clínicas. Las cepas aisladas (una en sangre y otra en bilis) fueron coincidentes, presentando un perfil fermentador fuerte, sin utilizar L-arabinosa, melibiosa y rafinosa (esta carencia diferencia a *L. casei* de *L. plantarum*). *L. casei* subespecie *casei* pertenece al grupo II de lactobacilos (heterofermentadores facultativos). Anteriormente dicho grupo se denominaba *Streptobacterium*.

La asociación de *Lactobacillus* y bacteriemia es infrecuente a pesar de la ubicación de estos microorganismos en el tracto gastrointestinal y del consumo de leches fermentadas, evidenciando un bajo potencial patogénico⁷, y suele presentarse en aquellos pacientes con una grave enfermedad de base. La positividad de los hemocultivos confirma una verdadera infección, descartándose la contaminación. No obstante, la mortalidad asociada a esta bacteriemia es baja.

Como factores de riesgo de bacteriemia post-CPRE se ha encontrado la obstrucción biliar completa, los múltiples intentos de canulación, la malignidad del proceso obstructivo y la falta de drenaje satisfactorio realizado con endoscopia⁸. La bacteriemia más frecuente secundaria a la práctica de CPRE es la causada por *P. aeruginosa* (aislándose tanto en hemocultivos como en muestras biliares) relacionada con una deficiencia en la desinfección de los endoscopios⁹.

Queremos finalizar destacando el caso que se presenta por la excepcionalidad de *Lactobacillus* como causa de bacteriemia tras la realización de una CPRE.

Armando Alberte,

Rebeca de la Fuente,

Carlos Avellaneda y Pilar P. Pascual

Servicio de Microbiología. Hospital del Río Hortega. Valladolid. España.

Bibliografía

- Rodloff AC, Hillier SL, Moncla BJ. *Peptostreptococcus*, *Propionibacterium*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*, and other non-spore-forming anaerobic grampositive bacteria. En: Murray PR, Baron EJO, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH, editors. Manual of Clinical Microbiology. 7th ed. Washington: American Society for Microbiology, 1999; p. 672-89.
- Ruiz E, Alemán C, Alegre J, Planes A, Fernández de Sevilla T. Endocarditis por *Lactobacillus casei*. A propósito de un caso. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;16:154-5.
- Anthony SJ. Lactobacillemia: An emerging cause of infection in both the immunocompromised and the immunocompetent host. *J Natl Med Assoc* 2000;92:83-6.
- Schlegel L, Lemerle S, Geslin P. *Lactobacillus* species as opportunistic pathogens in immunocompromised patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1998;17:887-8.
- Mollison LC, Desmond PV, Stockman KA, Andrew JH, Watson K, Shaw G, et al. A prospective study of septic complications of endoscopic retrograde cholangio-pancreatography. *J Gastroenterol Hepatol* 1994;9:55-9.
- Rodríguez A, Maradona JA, Cartón JA, Hooker N, Alonso JL, Asensi V, et al. Bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa* como complicación tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1997;15: 540-3.
- Saxelin M, Chuang NH, Chassy B, Rautelin H, Makela PH, Salminen S, et al. *Lactobacilli* and bacteriemia in southern Finland 1989-1992. *Clin Infect Dis* 1996;22:564-6.
- Novello P, Hagege H, Ducreux M, Buffet C, Choury A, Fritsch J, et al. Septicemias after endoscopic cholangiopancreatography. Risk factors and antibiotic prophylaxis (published erratum appears in *Gastroenterol Clin Biol* 1994; 18: 1). *Gastroenterol Clin Biol* 1993;17:897-902.
- Struelens MJ, Rost F, Deplano A, Mass A, Schwan V, Serruys E, et al. *Pseudomonas aeruginosa* and *Enterobacteriaceae* bacteriemia after biliary endoscopy: An outbreak investigation using DNA macrorestriction analysis. *Am J Med* 1993;95:489-98.