

Conflicts of interest

None declared.

References

1. Azimuddin K, Raphaeli T. Acute ischemic gangrene of the rectum: report of 3 cases and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:1120–3.
 2. Zikos N, Aggeli P, Louka E, Pappas-gogos G. Rectal ischemia mimicked tumor mass. *Case Rep Gastrointest Med.* 2013;10–3.
 3. Nelson RL, Briley S, Schuler JJ, Abcarian H. Acute ischemic proctitis: report of six cases. *Dis Colon Rectum.* 1992;35:375–80.
 4. Brandt LJ, Feuerstadt P, Longstreth GF, Boley SJ. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI). *Am J Gastroenterol.* 2015;110:18–44.
 5. Yip V, Downey M, Teo N, Anderson J. Management of ischemic proctitis with severe rectal haemorrhage: a case report. *World J Gastroenterol.* 2006;12:3776–8.
 6. Reinius JF, Brandt LJ, Bosley SJ. Ischemic diseases of the bowel. *Gastroenterol Clin North Am.* 1990;19:43–319.
 7. Abhishek K, Kaushik S, Kazemi MM, El-DikAzimuddin S. An unusual case of hematochezia: acute ischemic proctosigmoiditis. *J Gen Intern.* 2008;23:1525–7.
 8. Sharif S, Hyser M. Ischemic proctitis: case series and literature review. *Am Surg.* 2013;72:1241–7.
 9. Maun D, Silverberg D, Steinhagen RM. Acute ischemic proctitis: report of four cases. *Dis Colon Rectum.* 2006;50:1–5.
- Marco Silva*, Armando Peixoto, Andreia Albuquerque, Susana Rodrigues, Rui Gaspar, Rui Morais, Guilherme Macedo
- Department of Gastroenterology – Centro Hospitalar São João, Faculty of Medicine of the University of Porto, Porto, Portugal*
- *Corresponding author.
E-mail address: marcostasilva87@gmail.com (M. Silva).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.10.006>
0210-5705
© 2015 Elsevier España, S.L.U. and AEHH y AEG. All rights reserved.

Colecistitis aguda por *Listeria monocytogenes* en paciente inmunocompetente



Listeria monocytogenes cholecystitis in an immunocompetent patient

Listeria monocytogenes (LM) es una bacteria Gram positiva, patógeno anaerobio facultativo implicado en infecciones graves de transmisión alimentaria, siendo responsable de la listeriosis¹. Afecta principalmente a pacientes de edad avanzada, mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas, siendo excepcional la infección en pacientes inmunocompetentes^{1,2}. Tres son las formas clínicas principales de presentación: la septicemia, la afectación del sistema nervioso central y las infecciones materno-neonatales¹⁻³. Aunque se conoce que LM puede colonizar el intestino y la bilis, las infecciones de la vía biliar y la colecistitis aguda son cuadros infrecuentes^{1,2,4}. Desde 1963 hasta la fecha actual, en la base de datos PubMed, solo se recogen 8 artículos sobre colecistitis aguda provocada por LM, utilizando en la búsqueda los términos «*Listeria*», «*listeriosis*», «*cholecystitis*», «*cholangitis*», «*liver*» y «*bile*», siendo casos aislados²⁻⁹.

Varón de 76 años, no institucionalizado, con antecedentes personales de hipertensión arterial, EPOC, accidente cerebrovascular y apendicectomizado, que ingresa en el hospital por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 3 días de evolución, acompañado de vómitos alimenticios. En la exploración, el paciente se encontraba apirético, estable hemodinámicamente, con un abdomen globuloso y doloroso en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. Análiticamente, únicamente mostraba leucocitosis (15.300/ μ l), con neutrofilia del 85,3%. La ecografía abdominal informó de una colecistitis aguda litásica. Se interviene quirúrgicamente de forma urgente, evidenciándose una colecistitis aguda en fase gangrenosa con líquido perivascular, rea-

lizándose colecistectomía laparoscópica y colocación de drenaje. Se instauró, en el postoperatorio, tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico intravenoso (1 g/8 h), por el estado avanzado del cuadro de colecistitis, la edad y la comorbilidad del paciente. En el postoperatorio, solo ocurrió un sangrado leve y autolimitado por el drenaje. El estudio microbiológico de la bilis mostró la presencia de LM con sensibilidad a amoxicilina. El paciente es dado de alta a los 7 días de la intervención, completando un total de 10 días de tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico. Tras el alta hospitalaria se realiza coprocutivo, no evidenciándose la presencia de LM. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de colecistitis aguda.

Es conocido que LM puede colonizar el intestino del humano, siendo portadores asintomáticos el 1-12% de los individuos sanos⁹. Pese a la actividad antimicrobiana de la bilis, LM ha evolucionado para poder sobrevivir en la bilis y en la región proximal del intestino delgado, de ahí que las infecciones de las vías biliares, incluida la colecistitis, no sería por tanto, sorprendente, si bien la patogénesis de la misma es desconocida^{8,10}.

La capacidad de LM para sobrevivir en la bilis va a tener varias consecuencias clínicas relevantes. En primer lugar, la colonización asintomática de la bilis por LM podría no ser patógeno *per se*, sino servir de reservorio, pudiendo pasar al intestino proximal y atravesar la barrera intestinal¹⁰. En segundo lugar, el hecho anterior podría también constituir un reservorio para la eliminación fecal a largo plazo, facilitando la difusión del germen, con las importantes implicaciones que se derivan en el ámbito de la salud pública, como ocurre con *Salmonella typhimurium*, hecho que se ha podido confirmar únicamente en estudios en ratones^{8,10}. Finalmente, la presencia de coletitis y/o coledocolitiasis y la obstrucción de la vía biliar, en un paciente con una colonización por LM previa, podría desencadenar un cuadro de colangitis o colecistitis aguda⁸⁻¹⁰, como ocurrió en el caso que describimos en este trabajo.

Tabla 1 Trabajos publicados en la literatura sobre colecistitis aguda por *Listeria monocytogenes*

Referencia bibliográfica	N.º de casos	Paciente	Sexo	Edad	Antecedentes personales	Tratamiento	Resultado
Este estudio	1	1	H	76	HTA, EPOC, apendicectomía	Cirugía Amoxicilina/clavulánico	Curación
Medoff y Kunz ³	1	1	M	60	Sin interés	Cirugía penicilina	Curación
Gordon y Singer ²	1	1	M	76	DM, HTA, IAM, histerectomía	Cirugía Ampicilina + gentamicina + metronidazol	Curación
Allerberger et al. ⁵	2	1	M	71	Esteatosis hepática	Cirugía amoxicilina	Curación
		2	H	57	Esteatosis hepática alcohólica	Cirugía no antibiótico	Curación
Glück et al. ⁶	1	1	M	60	Artritis reumatoide tratada con prednisolona e infliximab	Cirugía Ceftriaxona + gentamicina + metronidazol	Muerto (hemorragia cerebral y fallo multiorgánico)
Wagner y Allerberger ⁷	1	1	H	54	Sin interés	No indicado	No indicado
Descy et al. ⁴	1	1	M	82	HTA, histerectomía	Cirugía Amoxicilina/clavulánico	Curación
Bruminhent et al. ⁸	1	1	H	56	Cirrosis alcohólica, artritis reumatoide tratada con etanercept	Cirugía amoxicilina	Curación
		1	M	80	Insuficiencia adrenal crónica	Cirugía Amoxicilina + gentamicina	Curación
		2	H	49	DM, cirrosis alcohólica	Cirugía	Infección sitio quirúrgico (drenaje percutáneo)
Charlier et al. ⁹	10						Curación
							No indicado
		3	H	71	Cirrosis alcohólica, obesidad	Cirugía Amoxicilina/clavulánico + tobramicina	Curación
		4	M	85	Artritis reumatoide tratada con corticoides, metotrexate e infliximab	Cirugía amoxicilina	Curación
		5	H	36	Sin interés	Cirugía	Curación
		6	H	77	Prótesis aórtica por aneurisma	Cirugía	Curación
		7	M	82	DM, hipotiroidismo, artritis reumatoide sin tratamiento, demencia	Cirugía piperacilina-tazobactam	Curación
		8	M	78	Fibrilación auricular, cáncer de mama intervenido, leucemia linfocítica crónica	Cirugía	Curación
		9	M	68	HTA	Cirugía amoxicilina	ACVA cerebeloso por LM
		10	H	62	Insuficiencia renal avanzada, enfermedad poliquística hepatorenal	Cirugía ceftriaxona + metronidazol	Muerto

ACVA: accidente cerebrovascular agudo; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio.

LM es un germen que en los últimos años está teniendo más atención debido a su papel en toxiinfecciones de origen alimentario, manifestándose con un cuadro de gastroenteritis en la mayoría de las ocasiones, pudiendo provocar una afectación sistémica en pacientes con alteraciones de la inmunidad celular y, especialmente, en pacientes que reciben tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral, en los que LM puede provocar morbilidad^{6,8,9}. A diferencia de la mayoría de los pocos casos publicados en la literatura, nuestro caso presenta la característica de ser un paciente inmunocompetente, sin consumo de medicación inmunosupresora, aunque se trata de un paciente con edad avanzada y enfermedades crónicas asociadas (tabla 1).

Tras el tratamiento quirúrgico, no existe evidencia de la necesidad de un tratamiento antibiótico para los casos de colecistitis no complicada, producidas por los gérmenes habituales, aunque la mayoría de los pacientes que son hospitalizados con esta enfermedad suelen recibirlo⁸. En las infecciones del tracto biliar, las guías clínicas recomiendan agentes como cefazolina, ceftriaxona, cefepima, ciprofloxacino, levofloxacino y vancomicina, solos o combinados con metronidazol^{1,8}. En LM se ha encontrado resistencia a dichos agentes, con excepción a cefazolina y vancomicina⁸, aunque son la ampicilina y la penicilina los antibióticos de elección en la infección por LM, por su capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica y el riesgo de afectación del sistema nervioso central⁸. Se recomienda añadir aminoglucósidos en casos de infección grave⁸. El trimetoprim-sulfametoxazol se considera la mejor alternativa en casos de alergia a penicilinas⁸.

Como conclusión, podríamos afirmar que la infección del tracto biliar por LM debe ser considerada como una causa infrecuente de colecistitis, no así la colonización transitoria y asintomática de la bilis, debiéndose tener en cuenta por los clínicos. La colecistitis por LM debe ser tratada quirúrgicamente mediante colecistectomía, debiéndose plantear añadir un tratamiento antibiótico, principalmente ampicilina o amoxicilina, en aquellos casos que presenten un riesgo añadido de complicación sistémica, principalmente los pacientes inmunodeprimidos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Allerberger F, Wagner M. Listeriosis: A resurgent foodborne infection. *Clin Microbiol Infect.* 2010;16:16–23.
2. Gordon S, Singer C. *Listeria monocytogenes* cholecystitis. *J Infect Dis.* 1986;154:918–9.
3. Medoff G, Kunz LJ, Weinberg AN. Listeriosis in humans: An evaluation. *J Infect Dis.* 1971;123:247–50.
4. Descy J, de Mol P, Hayette MP, Huynen P, Meex C, Melin P. Acute cholecystitis with *Listeria monocytogenes*. *Acta Clin Belg.* 2012;67:295–7.
5. Allerberger F, Langer B, Hirsch O, Dierich MP, Seeliger HP. *Listeria monocytogenes* cholecystitis. *Z Gastroenterol.* 1989;27:145–7.
6. Glück T, Linde HJ, Schölmerich J, Müller-Ladner U, Fiehn C, Bohland P. Anti-tumor necrosis factor therapy and *Listeria monocytogenes* infection: Report of two cases. *Arthritis Rheum.* 2002;46:2255–7.
7. Wagner M, Allerberger F. Characterization of *Listeria monocytogenes* recovered from 41 cases of sporadic listeriosis in Austria by serotyping and pulsed field gel electrophoresis. *FEMS Immunol Med Microbiol.* 2003;35:227–34.
8. Bruminhent J, Lynch TK, Gefen J, Santoro J. *Listeria monocytogenes* cholecystitis: A possible new syndrome. *Am J Med Sci.* 2013;345:414–7.
9. Charlier C, Fevre C, Travier L, Cazenave B, Bracq-Dieye H, Podevin J, et al. *Listeria monocytogenes*-associated biliary tract infections: A study of 12 consecutive cases and review. *Medicine (Baltimore).* 2014;93:e105.
10. Lober B. *Listeria monocytogenes*. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases.* 17th ed. Philadelphia (PA): Churchill Livingstone; 2010. p. 2707.

Antonio Palomeque Jiménez*, José Rubio López,
José Antonio Jiménez Ríos
y Beatriz Pérez Cabrera

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apalomeque2002@hotmail.com
(A. Palomeque Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.11.007>

0210-5705

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.