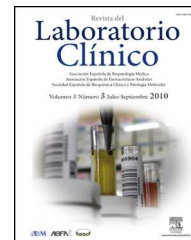




Revista del Laboratorio Clínico

www.elsevier.es/LabClin



CARTA AL DIRECTOR

Colecistitis por *Haemophilus influenzae*: a propósito de un caso



Cholecystitis caused by *Haemophilus influenzae*: Apropos of a case

Sr. Director:

La bacteria *Haemophilus influenzae* (*H. influenzae*) afecta principalmente al aparato respiratorio y al sistema nervioso central. Las infecciones vesiculares y del tracto digestivo producidas por dicho microorganismo son muy poco habituales. De ahí su importancia de obtener muestras microbiológicas adecuadas para su correcto diagnóstico y posterior tratamiento.

Presentamos el caso de un varón de 36 años de edad sin antecedentes de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor a nivel del epigastrio con más de 48 h de evolución, que no cede con analgésicos. No presenta fiebre, vómitos ni diarreas. A destacar una leve coluria. Se ha de señalar que durante los 3 últimos años ha referido similares episodios de carácter autolimitado.

Se realizan exploraciones físicas observando buena consciencia, escleras ictéricas y el abdomen blando, depresible con dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho.

Se solicitan analíticas y pruebas complementarias en la que destacan leucocitosis con desviación a la izquierda y bioquímica con concentraciones elevadas de bilirrubina total (7,6 mg/dl), bilirrubina directa (7,5 mg/dl), GOT (115 UI/l), GPT (153 UI/l) y PCR (96,5 mg/l). La radiografía de tórax y abdomen son normales. La ecografía de abdomen muestra una imagen acorde con una esteatosis hepática difusa y colecistitis litiasica.

El paciente es ingresado en el servicio de cirugía para cirugía urgente por colecistitis mediante laparoscopia. Durante la intervención se observa una colecistitis aguda con plastrón perivesicular que incluye epiplón mayor. Se toma muestra de contenido de la vesícula biliar por aspiración con jeringa para análisis microbiológico y se cultiva en agar sangre, agar chocolate, Schaedler, FEA, CNA y BBE y caldo de tioglicolato. Tras 48 h de incubación, se observa crecimiento de colonia pequeña y gris en agar chocolate,

que no crece en agar sangre, sospechándose la presencia de *Haemophilus*. En la tinción de Gram se observan cocobacilos Gram negativos. Se realiza un API *Haemophilus* y se confirma la identificación como *Haemophilus influenzae*. Se realiza antibiograma, concluyendo que es sensible a ampicilina, amoxicilina-clavulánico, azitromicina, cefuroxima, cefixima y levofloxacino.

Postoperatorio favorable. Tratamiento amoxicilina-clavulánico 875 mg durante 7 días y analgésicos si hay dolor.

H. influenzae es un cocobacilo Gram negativo de pequeño tamaño, anaerobio facultativo, oxidasa positiva y con requerimientos de hemina (factor x) y NAD (factor v).

Algunas cepas de *H. influenzae* poseen una cápsula polisacárida que constituye la causa principal de la virulencia. Las cepas capsuladas, relativamente resistentes al sistema inmunitario, pueden invadir los tejidos humanos. Estas cepas pertenecen a diversos tipos, que se designan con letras, de la «a» a la «f», según el antígeno capsular; las del tipo b son las responsables de más del 95% de las infecciones graves, entre las que se incluyen la epiglotitis y la meningitis^{1,2}. Las cepas que no tienen cápsulas son menos virulentas y carecen de capacidad invasiva; infectan únicamente las superficies de las mucosas.

Los seres humanos constituyen el único reservorio del *H. influenzae*. Forma parte de su microbiota respiratoria normal. Generalmente es un patógeno causante de afectaciones respiratorias como epiglotitis, sinusitis y neumonía. Entre las infecciones extra-respiratorias, se encuentran: meningitis, infecciones del tracto gastrointestinal, celulitis y endocarditis³. También hay descritos casos de colecistitis, pero son infrecuentes⁴.

Los microorganismos causantes de colecistitis son principalmente bacilos Gram negativos, entre los que destacan *Escherichia coli* y *Klebsilla* spp., así como gérmenes anaerobios y *Enterococcus* spp. Existen pocos casos cuyo patógeno sea el *H. influenzae*⁵.

Se ha llegado a la conclusión que determinados perfiles de pacientes presentan una predisposición a padecer colecistitis por *H. influenzae*: obesidad, enfermedad de Crohn⁵, diabetes mellitus, nefropatías, enfermedades pulmonares crónicas, embarazo, VIH y cáncer⁶.

Existen 3 hipótesis que permiten explicar la infección biliar por *H. influenzae*. La primera de ellas propone que el microorganismo forma parte de la microbiota intestinal^{4,5}.

La segunda sugiere la existencia de una bacteriemia y posterior establecimiento en la vesícula biliar. Finalmente, en la tercera hipótesis afirma que procedimientos diagnósticos invasivos, tales como la biopsia percutánea del hígado o la colangiografía, y cirugía biliar, pueden generar una vía de acceso del microorganismo a la vesícula biliar⁴.

Como conclusión queremos destacar que en la colecistitis aguda prácticamente pueden estar implicados multitud de gérmenes, de ahí la importancia de obtener muestras microbiológicas adecuadas: para ello no se deben recoger estas muestras con torundas habituales, sino que se deben recoger en viales especiales de cultivo para flora aerobia y anaerobia y, sobre todo, si es posible, obtener las muestras antes de iniciar el tratamiento antibiótico. Una buena recogida de muestra es fundamental para obtener unos resultados microbiológicos adecuados que nos ayuden en el posterior tratamiento antibiótico, y evitar posibles complicaciones posquirúrgicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Quede constancia de nuestra gratitud a nuestros compañeros del servicio de microbiología, cuyas sugerencias al borrador de este artículo contribuyeron a mejorarlo.

Bibliografía

1. Van Wessel K, Rodenburg GD, Veenhoven RH, Spanjaard L, van der Ende A, Sanders EA. Nontypeable *Haemophilus influenzae* invasive disease in the Netherlands: A retrospective surveillance study 2001-2008. *Clin Infect Dis*. 2011;53:e1-7.
2. Ladhani SN, Collins S, Vickers A, Litt DJ, Crawford C, Ramsay ME, et al. Invasive *Haemophilus influenzae* serotype e and f disease, England and Wales. *Emerg Infect Dis*. 2012;18:725-32.
3. Crowe HM, Levitz RE. Invasive *Haemophilus influenzae* disease in adults. *Arch Intern Med*. 1987;147:241-4.
4. Gómez-Garcés JL, Amor E, Cuberes R, Alós JI, Cogollos R, Perez A. Bacteriemia and biliary infection caused by *Haemophilus influenzae* type e in an adult. *Letters*. 1992;11:382-3.
5. Matsubayashi T, Tobayama S, Machida H. Acute cholecystitis caused by *Haemophilus influenzae* in a child. *J Infect Chemother*. 2009;15:325-7.
6. Oksuz S, Oztuk E, Sahin I, Ertor O, Kaya D. Biliary infection and bacteremia caused by beta-lactamase-positive, ampicillin-resistant *Haemophilus influenzae* in a diabetic patient. *Jpn J Infect Dis*. 2005;58:34-5.

Raquel de la Fuente-del-Río*, Valentín Moreno-Carbonell y Macarena Calvente de Rávena

Servicio de Análisis Clínicos, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raqueldelafuente2@hotmail.com (R. de la Fuente-del-Río).