

8. Hochberg NS, Hamer DH. Anisakidosis: Perils of the deep. *Clin Infect Dis*. 2010;51:806–12.
9. Petithory JC, Paugam B, Buyet-Rousset P, Paugam A. Anisakis simplex, a co-factor of gastric cancer? *Lancet*. 1990;20:1002.

Enrique Colás Ruiz<sup>a,\*</sup>, Manuel Alberto Lasala Gausa<sup>a</sup>, Elena García García<sup>b</sup>, Juan Manuel Fernández Font<sup>c</sup>, Jaime Martín Cavanna<sup>a</sup> y José María Fernández Cebrián<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ecolas@fhacorcon.es](mailto:ecolas@fhacorcon.es) (E. Colás Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.10.011>

0210-5705

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

## Gastroenteritis aguda y *Haemophilus parainfluenzae*: una asociación previsible pero no reportada



### Acute gastroenteritis and *Haemophilus parainfluenzae*: An unreported but predictable association

El término gastroenteritis aguda se aplica a los síndromes diarreicos o eméticos atribuibles a una infección de la porción proximal del intestino delgado o del colon. Se encuentra entre las enfermedades infecciosas más comunes, y comportan una elevada morbimortalidad, particularmente cuando inciden en personas en edades extremas de la vida, desnutridas o portadoras de enfermedades subyacentes<sup>1</sup>.

Los cocobacilos *Haemophilus* spp. forman parte de la flora bacteriana normal de las vías respiratorias altas, siendo *Haemophilus influenzae* la especie predominante. Por su parte, *Haemophilus parainfluenzae* (*H. parainfluenzae*) se ha relacionado con diversas infecciones de las vías respiratorias y conjuntivitis; con menor frecuencia, puede ser causa de endocarditis infecciosa y más raramente abscesos de tejidos blandos, bacteriemia, artritis séptica, infecciones del tracto genital, osteomielitis, infecciones de heridas, y de forma excepcional meningitis y abscesos cerebrales<sup>2,3</sup>. Durante los últimos años se han publicado casos de infecciones intraabdominales de la vía biliar, abscesos hepáticos o pancreáticos, peritonitis y apendicitis<sup>3-7</sup>.

En el presente artículo nos proponemos describir un caso de gastroenteritis bacteriémica por *H. parainfluenzae*.

Varón de 43 años, español de nacimiento, sin antecedentes patológicos de interés ni viajes recientes, que acudió a nuestro centro refiriendo un cuadro de 4 días de evolución consistente en dolor abdominal de tipo cólico, vómitos y diarrea sin productos patológicos, acompañado de fiebre alta y escalofríos.

En la exploración física presentaba una frecuencia cardíaca de 103 lpm, una tensión arterial de 98/63 mmHg y una temperatura de 38 °C, con ausencia de signos de deshidratación. En la exploración abdominal destacaba la presencia de dolor difuso, más intenso en epigastrio, sin signos de

peritonismo, y no se palpaban visceromegalias. Así mismo, presentaba un herpes labial. El resto de la exploración física era normal.

En la analítica sanguínea destacaba una cifra de leucocitos de 12.100  $\mu$ l con un porcentaje de neutrófilos del 82,5%, plaquetas de 95.000  $\mu$ l, hemoglobina de 12,1 mg/dl, proteína C reactiva de 163,5 mg/l con función renal, hepática, equilibrio hidroelectrolítico, amilasa y coagulación normales. Se descartó infección por el virus VIH. Se cursaron cultivos y se hospitalizó, administrándose tratamiento con ciprofloxacino. Durante el ingreso se practicó una TAC abdominal que informó de la presencia de hallazgos sugestivos de colitis inespecífica, infecciosa o inflamatoria, con afectación segmentaria del colon derecho. El resto de las estructuras abdominales eran normales. En el cuarto día de ingreso se aisló *H. parainfluenzae* en los 2 hemocultivos, sensible a la mayoría de los antibióticos, incluyendo quinolonas. El coprocultivo fue negativo, mostrando solo la presencia de flora mixta convencional.

La evolución clínica resultó favorable. En los controles clínicos ambulatorios posteriores, 2 meses más tarde, el paciente permanecía asintomático.

Consideramos que el paciente ha presentado un cuadro de gastroenteritis aguda causada por *H. parainfluenzae*. El cuadro clínico inicial, los hallazgos radiológicos y la ausencia de datos sugestivos de un diagnóstico alternativo junto al aislamiento del patógeno en sangre, permiten confirmar esta sospecha diagnóstica. No podemos excluir que el paciente padeciera una gastroenteritis por otro microorganismo, el cual facilitara el paso de *H. parainfluenzae* al torrente sanguíneo; sin embargo, teniendo en cuenta la clínica de bacteriemia y la ausencia de otro patógeno intestinal, esta hipótesis diagnóstica parece poco fundamentada. Debemos señalar que los medios de cultivo actuales no están diseñados para aislar *H. parainfluenzae* en las muestras de heces obtenidas para coprocultivo.

Durante los últimos años han ido adquiriendo gran importancia los estudios de la flora bacteriana del tubo digestivo por su potencial relación con enfermedades diversas del tipo de la colitis pseudomembranosa, la enfermedad inflamatoria intestinal, el síndrome del colon irritable, e incluso el estreñimiento crónico y la obesidad. En esta línea, microorganismos potencialmente patógenos, considerados antaño completamente ajenos a este territorio, han adquirido una

mayor relevancia, caso de *H. parainfluenzae*, aislado con asiduidad entre la flora microbacteriana del tubo digestivo<sup>8</sup>.

Así, Palmer GG aisló *H. parainfluenzae* en la mucosa intestinal e insinuó la posibilidad de que este actuara como patógeno en caso de disminución de la acidez gastrointestinal o ante alteraciones de la mucosa<sup>9</sup>. Posteriormente, Mégraud F. et al., postularon la posibilidad de que el tracto gastrointestinal funcionara como reservorio de *H. parainfluenzae*, y sugerían, además, una posible relación entre los casos de bacteriemias por este microorganismo, de origen aparentemente desconocido y procesos gastrointestinales intercurrentes<sup>10</sup>.

En definitiva, consideramos que nuestro paciente constituye un primer caso documentado de gastroenteritis aguda por *H. parainfluenzae*, hallazgo que no debería sorprender en función de las investigaciones recientes sobre el hábitat gastrointestinal.

## Financiación

La realización de nuestro manuscrito no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con el artículo.

## Bibliografía

- Steiner T, Guarrant R. Principios y síndromes de infección entérica. En: Mandell G, Bennet J, Dolin R, editores. Enfermedades infecciosas. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 1343-56.
- Murphy T. Género *Haemophilus* (incluidos *H. influenzae* y *chancroide*). En: Mandell G, Bennet J, Dolin R. Enfermedades infecciosas. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 2915-2923.
- Frankard J, Rodríguez-Villalobos H, Struelens MJ, Jacobs F. *Haemophilus parainfluenzae*: An undiagnosed pathogen of biliary tract infections. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2004;23: 46-8.
- Bottone EJ, Zhang DY. *Haemophilus parainfluenzae* biliary tract infection: Rationale for an ascending route of infection from the gastrointestinal tract. J Clin Microbiol. 1995;33: 3042-3.
- Friedl J, Stift A, Berlakovich GA, Taucher S, Gnant M, Seteiner R, et al. *Haemophilus parainfluenzae*. Liver abscess after successful liver transplantation. J Clin Microbiol. 1998;36:818-9.
- Martín-Berra M, Navarro-López V, Sirvent E, Montiel J. Infección de pseudoquiste pancreático por *Haemophilus parainfluenzae*. Rev Med Chile. 2011;139:215-7.
- Betriu C, Coronel F, Martín P, Picazo JJ. Peritonitis caused by *Haemophilus parainfluenzae* in a patient undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. J Clin Microbiol. 1999;39:3074-5.
- Aroniadis O, Brandt L. Fecal microbiota transplantation: Past, present and future. Curr Opin Gastroenterol. 2013;29: 79-84.
- Palmer GG. *Haemophili* in faeces. J Med Microbiol. 1981;14: 147-80.
- Mégraud F, Bébéar C, Dabernat H, Delmas C. *Haemophilus* species in the human gastrointestinal tract. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1988;7:437-8.

Marc Olivart<sup>a,\*</sup>, Estefanía Galera<sup>b</sup>  
y Miquel Falguera<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, ABS Pla d'Urgell, Mollerussa, Lleida, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [olivart68@gmail.com](mailto:olivart68@gmail.com) (M. Olivart).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.10.010>

0210-5705

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

## Nuestra experiencia en el tratamiento del PEComa hepático



## Our experience in the surgical treatment of liver PEComa

Los PEComas hepáticos son extremadamente raros y de complejo diagnóstico diferencial. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Presentamos nuestra experiencia (4 casos, en 6 años) y una revisión de la literatura.

### Caso 1

Mujer de 46 años, antecedente de hepatectomía derecha en 1995 por un hepatocarcinoma (HCC).

A los 10 años se encontró una lesión en el segmento II, la biopsia mostró células hepatocitarias no tumorales. Cuatro años más tarde, en la resonancia magnética (RM) se apreció un aumento del tamaño, comportamiento hipervascular y biopsia compatible con HCC.

En la ecografía intraoperatoria se identificó una lesión de 2,4 cm en el segmento II, se realizó una resección limitada.

El resultado definitivo fue de PEComa.

Se solicitaron las preparaciones histológicas de la resección previa y se confirmó que correspondían a un PEComa hepático (entidad no bien conocida en 1995).

### Caso 2

Mujer de 45 años con resección previa de un melanoma maligno en la extremidad inferior izquierda, Clark IV. A los 8 años, el TC de revisión halló una lesión sólida de 25 mm