

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* serotipo b en el adulto



Invasive *Haemophilus influenzae* serotype b disease in adults

Sr. Editor:

Haemophilus influenzae es un cocobacilo gram negativo descrito por primera vez por Pfeiffer en 1892¹. Puede ser capsulado, con 6 tipos antigénicamente diferentes (a-f), o no capsulado. *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) era el responsable del 90-95% de los casos de enfermedad invasiva en menores de 5 años, hasta la introducción de la vacuna conjugada^{2,3}, siendo excepcional en adultos.

Presentamos el caso de una mujer de 63 años, sin antecedentes de interés, ni contacto con niños, que acudió a urgencias por odinofagia, artromialgias y sensación distérmica de 48-72 h de evolución. En la exploración física destacaba: fiebre (38 °C), taquicardia (130 lpm) y taquipnea (20 rpm); exantema y petequias en paladar, hiperemia faríngea, adenopatías laterocervicales e hipofonosis en base pulmonar derecha. En las pruebas complementarias se objetivó: insuficiencia renal aguda (Cr 2,4 mg/dl), leucopenia (3.270 leucocitos), coagulopatía (TP 1.41), elevación de la PCR (48,8 mg/dl) y procalcitonina (19,6 ng/ml), insuficiencia respiratoria parcial aguda (pO₂ 49 mmHg, pCO₂ 31 mmHg) y derrame pleural derecho. Con el diagnóstico de sepsis grave se inició antibioterapia empírica con imipenem, previa recogida de hemocultivos (HC), y se procedió al ingreso. Ya en planta, se realizó exploración otorrinolaringológica que fue normal. En los HC se aisló Hib a las 15 h (resistente a ampicilina y sensible a cefotaxima, azitromicina y ciprofloxacino), ajustándose la antibioterapia a ceftriaxona. Se realizó toracocentesis diagnóstica, obteniendo líquido purulento, en el que posteriormente también se aisló Hib, procediéndose a la colocación de tubo de tórax. En la evolución, la paciente presentó artritis de tobillo derecho, realizándose artrocentesis en la que se detectó Hib mediante PCR en tiempo real. La paciente recibió antibioterapia intravenosa durante 2 semanas, continuando con ciprofloxacino oral hasta completar 4 semanas de tratamiento con resolución de la clínica y normalización de función renal y parámetros inflamatorios. Se realizó estudio de inmunidad destacando IgG de 469 mg/dl (751-1.560 mg/dl), estando los controles

posteriores en rango (878 y 848 mg/dl, respectivamente). Los anticuerpos específicos frente a Hib (1,23 mg/dl) se encontraban por encima del valor protector (> 1 mg/l), por lo que no fue necesario vacunar a la paciente, ni tampoco hubo ningún contacto con indicación para realizar quimioprofilaxis. Se trata, por tanto, de un caso de bacteriemia, empiema y artritis séptica por Hib en paciente adulta, sin factores de riesgo⁴.

Comunicamos este caso por la rareza de la presentación de enfermedad invasiva por Hib en un adulto, sin comorbilidad. El Hib puede colonizar el tracto respiratorio por largos periodos y alcanzar el torrente sanguíneo, lo que llevaría a una bacteriemia e infección metastásica, gracias a su cápsula polisacárida compuesta por polirribitol fosfato¹. Las tasas de portador asintomático varían según los estudios del 0-9%, siendo mucho más altas en niños². Las características epidemiológicas de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* han cambiado desde la introducción en 1989 de la vacuna conjugada frente a Hib en menores de 5 años. Numerosos estudios describen una disminución de la incidencia en este grupo de edad del 99% después de la introducción de la vacuna. En adultos, la situación epidemiológica es diferente. Un estudio sobre el cambio de la epidemiología de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* realizado en Illinois entre 1996-2004 muestra un aumento de la incidencia en adultos, especialmente en mayores de 65 años⁵. Este aumento de incidencia se debe a cepas no tipables en muchos estudios^{3,5-9}. Además, se ha observado que la mayoría de las infecciones por Hib ocurren en adultos con comorbilidades, lo que sugiere la necesidad de llevar a cabo estrategias para proteger a este grupo más vulnerable⁸. Entre los factores de riesgo para adquirir la enfermedad destacan: edad, déficit de complemento, hipogammaglobulinemia, anemia falciforme, VIH, EPOC, tabaquismo, alcoholismo, hacinamiento y baja inmunización⁴.

En nuestro centro, entre 2005-2015 hemos identificado 10 casos de enfermedad invasiva por Hib, cuyas características se exponen en la [tabla 1](#). Exceptuando un caso de epiglotitis en un niño y el caso aquí presentado, los demás fueron adultos (edad media 57 años, 100% varones) con al menos una de las comorbilidades citadas anteriormente.

Con todo esto, parece necesario profundizar en estudios sobre esta enfermedad en la población adulta, y tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial para un tratamiento antibiótico precoz, ya

Tabla 1

Casos de enfermedad invasiva por Hib en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, entre los años 2005-2015

Casos	Edad	Sexo	Factores de riesgo	Polimicrobiana	Síndrome clínico	Exitus
1	67	Varón	DM2	<i>Escherichia coli</i>	Colecistitis gangrenosa	Sí
2	45	Varón	VIH ADVP	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Neumonía	No
3	43	Varón	Tabaco Alcohol	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Neumonía	No
4	68	Varón	DM2 ERC	<i>Streptococcus mitis</i>	Bacteriemia primaria	No
5	39	Varón	Tabaco Alcohol DM1	No	Bacteriemia primaria	No
6	64	Varón	Desnutrición Tabaco Alcohol EPOC	No	Neumonía	No
7	68	Varón	LNH EPOC	No	Neumonía	No
8	61	Varón	Carcinoma microcítico pulmón	No	Neumonía	No
9	4	Varón	No	No	Epiglotitis	No
10	63	Mujer	No	No	ORL Empiema Artritis	No

ADVP: adicción a drogas por vía parenteral; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERC: enfermedad renal crónica; LNH: linfoma no Hodgkin; ORL: clínica área otorrinolaringológica; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

que, en este grupo, las tasas de mortalidad no son nada desdeñables (hasta el 20%)^{5–7}.

Bibliografía

1. Murphy TF. *Haemophilus* Species, including *H. influenzae* and *H. ducreyi* (Chancroid). En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. *Principles and Practices of Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015. p. 2579–83.
2. Pardo MJ, Sobrino L, García M, Velasco L, Soler P. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en España. Sistema de Información Microbiológica. Años 1993–2008. *Bol Epidemiol Semanal*. 2009;17:73–84.
3. Campos J, Hernando M, Román F, Pérez-Vázquez M, Aracil B, Oteo J, et al. Analysis of invasive *Haemophilus influenzae* infections after extensive vaccination against *H. influenzae* type b. *J Clin Microbiol*. 2004;42:524–9.
4. Yeh S. Microbiology, epidemiology and treatment of *Haemophilus influenzae*. UpToDate [base de datos en internet] [consultado 28 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
5. Dworkin MS, Park L, Borchardt SM. The changing epidemiology of invasive *Haemophilus influenzae* disease, especially in persons ≥ 65 years old. *Clin Infect Dis*. 2007;44:810–6.
6. Blain A, MacNeil J, Wang X, Bennet N, Farly MM, Harrison LH, Lexau C, et al. Invasive *Haemophilus influenzae* disease in adults ≥ 65 years, United States, 2011. *OFID*. 2014;1:ofu044.
7. Ladhani S, Slack MPE, Heath PT, von Gottberg A, Chandra M, Ramsay ME, et al. Invasive *Haemophilus influenzae* disease, Europe, 1996–2006. *Emerg Infect Dis*. 2010;16:455–63.
8. Collins S, Ramsay M, Campbell H, Slack MPE, Ladhani SN. Invasive *Haemophilus influenzae* type b disease in England and Wales: Who is at risk after 2 decades of routine childhood vaccination? *Clin Infect Dis*. 2013;57:1715–21.
9. MacNeil JR, Cohn AC, Farley M, Mair R, Baumbach J, Bennett N, et al. Current epidemiology and trends in invasive *Haemophilus influenzae* disease—United States, 1989–2008. *Clin Infect Dis*. 2011;53:1230–6.

Sara Fuente Cosío^{a,*}, Laura Castelo Corral^b,
María Rodríguez Mayo^c y Pedro Llinares Mondejar^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital San Agustín de Avilés, Avilés, Asturias, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

^c Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarafuentecosio@gmail.com (S. Fuente Cosío).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.09.001>

0213-005X/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.