

Descripción de pacientes que por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores. www.siicsalud.com/tit/casiic.php

Bacteriemia recurrente debida a *Campylobacter fetus* en un paciente sin inmunodepresión

Recurrent *Campylobacter fetus* bacteriemia in a patient without immunosuppression

Osvaldo Teglia

Médico, Sanatorio Centro, Rosario, Argentina

Noemí Borda

Médica, Sanatorio Centro, Rosario, Argentina

Alejandro García

Médico, Sanatorio Centro, Rosario, Argentina

Rodolfo Notario

Médico, Doctor, Sanatorio Centro, Rosario, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud	
	<p>Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)</p>
	<p>  Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores. </p> <p>www.siicsalud.com/dato/casiic.php/143341</p>

Introducción

El género *Campylobacter* es frecuente causa de infecciones en el ser humano. Las principales especies son *Campylobacter jejuni* y *Campylobacter fetus*. El primero causa enteritis, principalmente disenteriforme, en niños y adultos. El segundo es un oportunista que afecta principalmente a pacientes inmunosuprimidos, causando bacteriemia y otras infecciones. Los casos de bacteriemia debidos a *C. fetus* son poco frecuentes y tienen lugar principalmente en pacientes inmunosuprimidos.¹ Sin embargo, la bacteriemia también se ha observado en pacientes con enteritis por *C. jejuni*.² Neuzil y colaboradores describieron un caso de bacteriemia persistente por *C. fetus* en un paciente con hipogamaglobulinemia.³ Referimos aquí un caso de bacteriemia recurrente en un paciente sin inmunodeficiencia ni tratamiento inmunosupresor.

Caso clínico

Paciente de 83 años de edad que ingresa para estudio y tratamiento de síndrome febril prolongado de un mes y medio de evolución, con temperaturas de hasta 39.5°C acompañadas de escalofríos, sudoración nocturna, decaimiento general, pérdida de apetito. Antecedentes: Hipertensión arterial tratada con losartán 50 mg por día, diabetes mellitus tratada con glibenclamida 7.5 mg cada 8 horas, marcapasos bicameral (Biotronik) colocado en el año 2000 por enfermedad de nodo sinusal, recambio de fuente de marcapasos en 2009, fibrilación auricular paroxística en tratamiento con amiodarona 200 mg por día y clopidogrel 75 mg cada 48 horas, prostatectomía trece años antes, hemicolectomía izquierda con colostomía permanente en contexto de cáncer de colon ocho años antes, considerado curado.

En su internación el paciente se presentó febril, con ruidos cardíacos normofonéticos, sin soplos; normotenso: presión arterial 140/70 mm Hg; sin hallazgos significativos al examen físico, excepto por presentar lesiones vasculares, máculoeritematosas compatibles con procesos de embolización periférica/hemorragias de Janeway, en el segundo y el tercer dedo del miembro inferior izquierdo. Se tomaron muestras para estudios de laboratorio y sangre para hemocultivo automatizado (Bact/Alert Biomerieux

Inc.). La identificación se efectuó por métodos convencionales y la prueba de sensibilidad a los antimicrobianos se efectuó según las recomendaciones de *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI).⁴ Se realizaron las siguientes evaluaciones, glóbulos blancos: 9 700/mm³, hematocrito: 39%, velocidad de sedimentación globular (VSG): 120 mm en la primera hora, uremia: 31 mg/dl, creatinemia: 0.8 mg/dl, glucemia: 100 mg/dl. En la ecografía abdominal y pelviana se detecta un pólipo vesicular parietal posterior de 5 mm, sin litiasis; el resto, sin particularidades. En el ecocardiograma transtorácico (ETT) y transesofágico (ETE) se encontró insuficiencia mitral y tricuspídea leves; no se observaban imágenes de trombos ni de vegetaciones. Fondo de ojos: sin lesiones. Serología para VIH, virus hepatitis C, reacción de Huddleson, citomegalovirus, Epstein-Barr, todas negativas. Tomografía por emisión de positrones (PET) de cuerpo entero: sin hallazgos significativos. Hemocultivos: 1 de 3 positivo para *Campylobacter fetus* subesp *fetus*.

Se inicia tratamiento con ertapenem 1 g intravenoso/día, con evolución clínica favorable, defervescencia rápida en 48 horas, medicación que recibió durante 26 días. Antes de la suspensión de la medicación, se realizó ETE sin vegetaciones y los hemocultivos de control resultaron negativos. A la semana de la suspensión de ertapenem presenta fiebre y diarrea mucopurulenta. Se toman tres muestras de hemocultivo y se obtiene en las tres desarrollo de *Campylobacter fetus* subesp *fetus*. El estudio de reacción en cadena de la polimerasa para toxina de *Clostridium difficile* en heces resulta positiva. Recibe tratamiento con vancomicina oral, luego metronidazol oral, con mejoría clínica de diarrea, y el control posterior para toxina *Clostridium difficile* resultó negativo. El paciente es internado en un centro de cirugía cardiovascular (Instituto Cardiovascular de Rosario) ante la posibilidad de infección endovascular asociada con el cable del marcapasos.

Se efectúa nueva ETE que no revela imágenes compatibles con vegetaciones. Se discute el caso en un seminario interdisciplinario y se decide efectuar tratamiento médico sin remoción del marcapasos, debido a que el equipo de cirugía cardiovascular y hemodinamia fundamenta los riesgos del retiro de marcapasos en cirugía a corazón abierto si no fuera posible el retiro por guía hemodinámica. Inicia tratamiento con meropenem 1 g intravenoso cada 8 horas durante ocho semanas más azitromicina 500 mg por vía oral cada 24 horas el último mes. Continúa tratamiento con ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas más azitromicina 500 mg/día por 28 días más (en total, tres meses de tratamiento). Se obtiene rápida resolución del síndrome febril, VSG 35 mm en la primera hora. Hemocultivos de control: negativos. Control evolutivo favorable posterior, asintomático durante dos meses, al cabo de los cuales comienza con episodios aislados de fiebre de hasta 38°C y sudoración nocturna. Al examen físico se detecta hepatomegalia no dolorosa; el resto, sin particularidades. Laboratorio: glóbulos blancos: 13 400/μl, 82% de polimorfonucleares; VSG: 40 mm en la

primera hora, hepatograma normal, proteína C-reactiva: 48 mg/dl (valor normal hasta 6 mg/dl). Se vuelve a obtener en cuatro de seis muestras de hemocultivos desarrollo de *Campylobacter fetus* que resultó sensible a meropenem, imipenem, gentamicina, cefotaxima, amoxicilina-clavulánico, colistina, ampicilina, cefalotina, ampicacina, ciprofloxacina y piperacilina más tazobactam; resistente a trimetromprima-sulfametoxazol. ETE: sin imágenes de vegetación en válvulas cardíacas ni cable de marcapasos. Inicia tratamiento con ertapenem intravenoso 1 g/día más azitromicina 500 mg/día vía oral.

El paciente se hallaba afebril desde el inicio de la medicación. Se realiza PET con tomografía computarizada (PET-CT) de cuerpo entero, sin hallazgos significativos. Se plantea consulta interdisciplinaria de segunda opinión en el Hospital de la Universidad Austral para definir tratamiento antibiótico de bacteriemia recurrente por *Campylobacter fetus*, otros estudios diagnósticos a solicitar y eventual retiro del marcapasos. Se traslada a otro nosocomio. Se retira el marcapasos, cuyos cables se envían a microbiología, que informa cultivo negativo. Con el paciente estable se coloca otro marcapasos efectuándose tratamiento de 21 días con ceftriaxona 2 g intravenosos por día. El paciente evoluciona favorablemente con control clínico y hemocultivos negativos durante un año.

■ Discusión

La bacteriemia debida a *C. fetus* se ha observado principalmente en pacientes inmunosuprimidos.¹ Font y colaboradores encontraron que el 90% de una serie de 30 pacientes con bacteriemia por

Campylobacter tenían algún tipo de inmunodepresión.⁵ Nielsen y col., en Dinamarca, refieren que la bacteriemia por este género es rara y tiene lugar en 2.9/1 000 000 de personas/año, la mayoría es debida a *C. jejuni* (37 casos, y *C. fetus*, 3 casos).⁶ Al comparar pacientes con enteritis y enfermos con bacteriemia establecieron que estos últimos tienen más comorbilidades (enfermedad cardiovascular, neoplasias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lesión cerebrovascular o diabetes), inmunosupresión, alcoholismo, cirugía mayor gastrointestinal previa o infección por VIH. Prendki y col. relatan ocho casos de bacteriemia por este género en pacientes con infección de articulación protésica y hallaron que la mayoría son ancianos e inmunosuprimidos.⁷

Nuestro paciente no presentaba inmunodepresión ni tratamiento inmunosupresor pero era de edad avanzada. Nagy y Hla presentaron un caso de sepsis por *C. fetus* en un paciente inmunocompetente por complicación hematólogica y colitis ulcerosa.⁸ La diabetes es una enfermedad concomitante que ha sido observada en pacientes con bacteriemia.⁹ La edad avanzada ha sido mencionada por varios autores.^{6,7,9} De una serie de 46 casos analizada, ninguno recayó dentro de los 365 días,⁶ pero ha sido referido un caso con bacteriemia persistente.³ La bacteria suele ser sensible a meropenem, imipenem, aminoglucósidos, ampicilina, cefalotina, ampicacina, ciprofloxacina y cloranfenicol.¹⁰ Nuestro paciente era anciano, diabético y recayó con bacteriemia por la misma bacteria después de curar su primer episodio. No tenía enfermedad ni tratamiento inmunosupresor. La cura se obtuvo luego de la remoción del foco probable.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014
www.siic.salud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Lista de abreviaturas y siglas

CLSI, *Clinical and Laboratory Standards Institute*; VSG, velocidad de sedimentación globular; ETT, ecocardiograma transtorácico; ETE, ecocardiograma transesofágico; PET, tomografía por emisión de positrones; PET-CT, tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada.

Cómo citar este artículo

Teglia O, Borda N, García A, Notario R. Bacteriemia recurrente debida a *Campylobacter fetus* en un paciente sin inmunodepresión. *Salud i Ciencia* 20(7):761-2, Ago 2014.

How to cite this article

Teglia O, Borda N, García A, Notario R. Recurrent *Campylobacter fetus* bacteriemia in a patient without immunosuppression. *Salud i Ciencia* 20(7):761-2, Ago 2014.

Bibliografía

1. Monno R, Rendina M, Ceci G, Rizzo C, Luzzi I, Francavilla A, Rizzo G, Ierardi E. *Campylobacter fetus* bacteremia in an immunocompromised patient: case report and review of the literature. *New Microbiol* 27:281-5, 2004.
2. Borda N, Gambandé T, Notario R. Dos casos de enteritis con bacteriemia por *Campylobacter jejuni*. *Medicina* (Buenos Aires) 66:450-52, 2006.
3. Neuzil KM, Wang E, Haas DW, Blaser MJ. Persistence of *Campylobacter fetus* bacteremia associated with absence of opsonizing antibodies. *J Clin Microbiol* 32:1718-20, 1994.
4. Clinical and Laboratory Standards Institute. Methods for antimicrobial dilution and disk susceptibility testing

of infrequently isolated or fastidious bacteria. Approved guideline M45-A. Clinical and Laboratory Standards Institute, Wayne, 2006.

5. Font C, Cruceta A, Moreno A, Miró O, Coll Vinent B, Almela M, Mensa J. Estudio de 30 pacientes con bacteriemia debida a *Campylobacter* spp. *Med Clin (Barc)* 108:336-40, 1997.
6. Nielsen H, Hansen KK, Gradel KO, Kristensen B, Ejlertsen T, Ostergaard C, Schenheyder HC. Bacteremia as a result of *Campylobacter* species: a population-based study of epidemiology and clinical risk factors. *Clin Microbiol Infect* 16:57-61, 2010.
7. Prendki V, Marmor S, Zeller V, Lhotellier L, Mégraud F, Desplaces N. *Campylobacter* infection after prosthetic hoin surgery. *Scand J Infect Dis* 45:706-10, 2013.

8. Nagy MT, Hla SM. *Campylobacter fetus* sepsis in an immunocompetent patient with haematological complication. *BMJ Case Rep* pii: bcr2013008610. Doi: 10.1136/bcr-2013-008610, 2013.
9. Ledina D, Ivic I, Karanovic J, Karanovic N, Kuzmicic N, Ledina D, Puljiz Z. *Campylobacter fetus* infection presenting with bacteremia and cellulitis in a 72-year-old man with an implanted pacemaker: a case report. *J Med Case Rep* 6:414, 2012.
10. Fitzgerald C, Whichard J, Nachamkin I. Diagnosis and antimicrobial susceptibility of *Campylobacter* species. En Nachamkin I, Szlymski CM, Blaser MJ (ed.), *Campylobacter* 3rd ed. ASM Press, Washington, pp. 227-243, 2008.