

● REPORTE DE CASO

Bacteriemia por *Listeria monocytogenes* en paciente adulto con cuadro compatible con cirrosis hepática

Bacteremia by *Listeria monocytogenes* in an adult patient with a clinical profile compatible with hepatic cirrhosis

Autores: Gladys Velázquez Aguayo¹, Ana Cuevas Gorostiaga¹, Myrian Rivas Kiese¹, Manuel Arbo Seitz², Sebastián Velázquez Abente³

Artículo recibido: 7 diciembre 2015

Artículo aceptado: 10 febrero 2016

Resumen

Paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, conocida etilista de 150 g/día de alcohol de larga data, acude por cuadro de 3 días aproximadamente de dolor abdominal difuso al que se agrega anorexia, náuseas y hematemesis en varias oportunidades. Refiere además crecimiento abdominal progresivo de 1 mes de evolución. Ingresa al servicio séptica, se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 g/día cubriendo foco abdominal (PBE) previa toma de hemocultivo y cultivo de líquido ascítico. A pesar de soporte hemodinámico (inotrópicos) suministrado a la paciente fallece en su segundo día de internación. En los hemocultivos realizados se observaron colonias de bacilos Gram positivos, beta hemolíticas en agar sangre y determinó la presencia de *L. monocytogenes*. siendo sensible a la penicilina con una CIM de 1 ug/ml.

Palabras claves: *Listeria monocytogenes*, bacteriemia, cirrosis hepática, sepsis

Abstract

This was a female patient of 35 years old, long-term known alcoholic consuming 150 g/day of alcohol. She attends the service because of a clinical profile of approximately three days of evolution with diffuse abdominal pain plus anorexia, nausea and hematemesis in many occasions. She also refers progressive abdominal enlargement of one month of evolution. She is admitted to the service with sepsis. Antibiotics treatment with ceftriaxone 2 g/day is started, covering abdominal focus (SBP) and previous hemoculture collection and ascitic fluid culture. Although hemodynamic support (inotropes) is provided, the patient dies on the second day of hospitalization. In the hemocultures, colonies of Gram positive bacilli were observed, beta hemolytic bacteria in blood agar and presence of *L. monocytogenes* was determined, being sensitive to penicillin with a MIC of 1 ug/ml.

Keywords: *Listeria monocytogenes*, bacteremia, hepatic cirrhosis, sepsis

¹ Bioquímica. Departamento de Microbiología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA

² Infectólogo Clínico. Segunda Cátedra de Clínica Médica. Hospital de Clínicas FCM-UNA.

³ Residente. Segunda Cátedra de Clínica Médica. Hospital de Clínicas. FCM-UNA

Autor correspondiente:

Dra. Gladys Velázquez Aguayo

Teléfono: +595.981 228865

Correo electrónico: g-velazquez@hotmail.com

Introducción

Listeria monocytogenes es un pequeño cocobacilo gram positivo anaerobio facultativo, catalasa positivo y oxidasa negativo muy extendido en el medio ambiente¹. La contaminación alimentaria, en epidemias o en casos esporádicos, en poblaciones inmunosuprimidas, constituyen los dos factores fundamentales para la presentación de la enfermedad.

La amplia distribución de *L. monocytogenes* se debe a la capacidad de sobrevivir durante períodos de tiempo prolongados en diferentes medios. Por consiguiente, los alimentos se pueden contaminar en cualquier eslabón de la cadena productiva y en el almacenamiento en frío².

Las formas de presentación clínica más clásicas eran las que afectaban al Sistema Nervioso Central, sin embargo actualmente la bacteriemia se presenta como característica importante en pacientes inmunosuprimidos^{3,4}.

A pesar de su ubicuidad la incidencia anual de listeriosis es de 0,7 por 100.000, aunque la tasa anual de infección es 3 veces más alta en mayores de 70 años y 17 veces más alta en embarazadas⁵. A diferencia de otras infecciones transmitidas por alimentos tiene una alta tasa de mortalidad de alrededor del 23% y es uno de los motivos que concita su interés⁶.

Por lo dicho anteriormente y, destacando que los casos de listeriosis son raros, destacamos la importancia del presente trabajo.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, conocida etilista de 150 g/día de alcohol de larga data, acude por cuadro de 3 días aproximadamente de dolor abdominal difuso al que se agrega anorexia, náuseas y hematemesis en varias oportunidades. Refiere además crecimiento abdominal progresivo de 1 mes de evolución.

Examen físico al ingreso muestra presión arterial 103/53 mm Hg, pulso: 120/min, respiración 20/min, temperatura axilar 36,2° C. Está somnolienta, no ubicada en tiempo y espacio, sin signos meníngeos. El abdomen está distendido, se observa circulación colateral, poco depresible, doloroso a la palpación de manera difusa, impresiona ascitis, sin defensa ni dolor a la descompresión brusca, ruidos hidroaéreos presentes. Al tacto rectal se detecta ampolla vacía, paquetes hemorroidales evertidos. El sistema cardiovascular presenta una frecuencia 120 latidos por minuto, ruidos cardiacos normales, no soplos ni galope. El examen pulmonar era normal. Se ve palidez de piel y mucosas (+++).

Laboratorio informa: Hb 3,4 g/dL; Hto 11,2%; glóbulos blancos 23.750 mm³; N 85%; L 10%; glicemia 114 mg/dL; urea 36 mg/dL; creatinina 0,53 mg/dL; sodio 125 mEq/L; potasio 3,9 mEq/L; cloro 96 mEq/L; amilaseemia 92 UI/L; bilirrubina total 1,26 mg/dL; bilirrubina directa 0,85 mg/dL e indirecta 0,41 mg/dL; GOT 18 UI/L; GPT 58 UI/L; fosfatasa alcalina 130 UI/L; proteínas totales 4,3 g/dL; albúmina 1,8 g/dL; gradiente albúmina sero-ascítica 1,4 g/dL; tiempo protrombina 41%. Líquido ascítico: aspecto turbio, leucocitos 823 mm³, polimorfonucleares 70%, mononucleares 30%, albúmina menor a 0,4 g/dL.

Se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 g/día cubriendo foco abdominal previa toma de hemocultivos y cultivo de líquido ascítico. A pesar de transfusiones de dos volúmenes de glóbulos rojos concentrados persisten los bajos niveles de hemoglobina. Desde el punto de vista hemodinámico se

encontraba inestable con tendencia a la hipotensión por lo que requirió la administración de noradrenalina 1 mg/h al inicio, con dosis en ascenso sin mejoría de presión arterial. A pesar de soporte hemodinámico suministrado a la paciente, fallece en su segundo día de internación.

En los hemocultivos realizados se observaron colonias de bacilos Gram positivos, beta hemolíticas en agar sangre y determinó la presencia de *L. monocytogenes*, mediante el equipo automatizados VITEK 2 COMPACT (*Biomérieux*, Francia). El antibiograma informó sensibilidad a la penicilina con una CIM 1 ug/mL. La interpretación de los puntos de corte se realizó según los criterios establecidos por CLSI. La muestra fue enviada al Laboratorio Central del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social confirmándose el hallazgo.

Discusión

Los aislamientos de *L. monocytogenes* en muestras clínicas son infrecuentes. Así *Rello et al* la encuentran sólo 0,74% (16 de 2161 episodios de bacteriemia). El período de incubación en personas adultas es de 3 a 70 días. Los síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarreas pueden preceder a formas más serias de listeriosis⁷.

Son especialmente susceptibles los pacientes ancianos, aquellos enfermos con trastornos de la inmunidad celular, como son los trasplantados, aquellos con infección por VIH/SIDA, terapia inmunosupresora, los portadores de neoplasias, alcoholismo crónico y cirrosis, como refiere el presente caso.

La infección por *L. monocytogenes* en cirróticos es fundamentalmente por trastornos en los mecanismos del sistema inmune como son la disfunción del sistema retículoendotelial, disminución del complemento y de la actividad macrofágica. Incluso puede existir peritonitis bacteriana espontánea, aunque es raro⁸.

En un estudio realizado en Chile que buscó caracterizar las infecciones por *L. monocytogenes*. Así, desde el año 1991 a diciembre del 2012 se encontró un total de 25 casos. El 70% de ellos se concentró entre los años 2003 y 2012 notándose una tendencia significativa al incremento de casos durante el período. Los pacientes tuvieron un leve predominio del género femenino (60,9 %). La edad promedio fue 68,4 años (rango 44 a 90 años). Las bacteriemias (43,5 %) y las infecciones del sistema nervioso central (39,1%) fueron las dos formas más frecuentes y se distribuyeron casi equitativamente en esta serie. La presencia de bacteriemia demostró una asociación significativa con un desenlace fatal (OR 8,25; IC95% 1,2-59 p < 0,05). Otras variables no demostraron tal asociación⁹.

En inmunodeprimidos se manifiesta como bacteriemia o meningoencefalitis, con una mortalidad elevada en torno al 20-30%¹⁰. Actualmente se considera que los antibióticos de primera elección son la penicilina o la ampicilina (betalactámicos), solas o asociadas a aminoglucósidos como gentamicina².

Aunque la mayoría de los casos de listeriosis se dan de forma esporádica, como el que presentamos, en los últimos años han despertado un mayor interés debido a las epidemias ocurridas en distintos países asociados al consumo de determinados alimentos. De ahí la importancia de la correcta identificación y notificación de los casos con vistas a prevenir la aparición de brotes epidémicos.

Referencias bibliográficas

1. Bille J, Rocourt J, Swaminathan B. *Listeria* and *Erysipelothrix*. In *Murray P. Manual of Clinical Microbiology*. 8th Ed. Washington DC: ASM Press; 2003: 461-2.
2. Torres K, Sierra S, Poutou R, Carrascal A, Mercado M. Patogénesis de *Listeria monocytogenes*, microorganismo zoonótico emergente. *Revista MVZ-Córdoba* 2005; 10(1): 511-543.
3. Aguado García JM, Fernández Guerrero ML, Gómez Garcés JL, Soriano García F, Alés Reinlein JM. Infecciones por *Listeria monocytogenes* en el adulto. Experiencia en la última década 1971-1981. *Rev Clin Esp*. 1983 Oct 31;171(2):93-8.
4. Remacha MA, Herrera JA, Esteban A, Roiz V, Quiroga L, Parra I. Bacteriemia por *Listeria monocytogenes*. *Rev Diagn Biol [revista en la Internet]*. 2002 Sep [citado 2016 Ene 09]; 51(3): 111-112. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732002000300004&lng=es.
5. Cherubin CE, Appleman MD, Heseltine PN, Khayr W, Stratton CW. Epidemiological spectrum and current treatment of listeriosis. *Rev Infect Dis*. 1991 Nov-Dec;13(6):1108-14.
6. Schwartz B, Hexter D, Broome CV, Hightower AW, Hirschhorn RB, Porter JD, Hayes PS, Bibb WF, Lorber B, Faris DG. Investigation of an outbreak of listeriosis: new hypotheses for the etiology of epidemic *Listeria monocytogenes* infections. *J Infect Dis*. 1989 Apr;159(4):680-5.
7. Graham JC, Lanser S, Bignardi G, Pedler S, Hollyoak V. Hospital-acquired listeriosis. *J Hosp Infect*. 2002 Jun;51(2):136-9.
8. Chanqueo C L, Gutiérrez R C, Armas M R, Urriola J G, Bustos M M, Tapia P C, Vásquez T P. Bacteriemia primaria por *Listeria monocytogenes* en paciente con cirrosis hepática. *Rev Med Chil*. 2008 Feb;136(2):225-9.
9. Sedano R, Fica A, Guiñez D, Braun S, Porte L, Dabanch J, Weitzel T, Soto A. Infecciones por *Listeria monocytogenes*, una experiencia de dos décadas. *Rev Chilena Infectol*. 2013 Aug;30(4):417-25.
10. García-Alvarez M, Chaves F, Sanz F, Otero JR. Epidemiología molecular en las infecciones por *Listeria monocytogenes* en un área de Madrid durante un período de 3 años (2001-2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006 Feb;24(2):86-9.