

Bacteriemia por *Campylobacter jejuni* en un paciente con linfoma no Hodgkin y neumonía

La infección por *Campylobacter jejuni* habitualmente causa un cuadro clínico de diarrea, fiebre y dolor abdominal¹. De acuerdo a estudios en Gran Bretaña, la bacteriemia ocurriría en menos del 1% de los casos².

Comunicamos un caso de bacteriemia por *C. jejuni* sin síntomas gastrointestinales en un paciente con linfoma no Hodgkin y neumonía grave de la comunidad.

Un varón de 84 años con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico, úlcera duodenal atribuida a la ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroides (AINE) y múltiples úlceras gástricas, ingresó al hospital por fiebre y tos húmeda no productiva. En el examen físico se constataron presión arterial 105/60, frecuencia cardíaca 100/min., temperatura axilar 38.1 °C., rales crepitantes bibasales; matidez basal izquierda, anasarca. Los gases arteriales evidenciaron hipoxemia severa. La Rx. de tórax mostró un infiltrado alveolar en campo pulmonar inferior izquierdo, y en la tomografía computada de tórax con cortes abdominales se evidenció un infiltrado pulmonar con broncograma aéreo en la base pulmonar izquierda, derrame pleural bilateral, esplenomegalia, engrosamiento de las paredes gástricas y adenomegalias axilares. Laboratorio: hematocrito 25%, hemoglobina 8 g/dl, glóbulos blancos 23 100 mm³, Neutrófilos con granulaciones gruesas, VSG 35/1^a hora, Glucemia 112 mg/dl, Urea 109 mg/dl, Creatinina 1.3 mg/dl, Ionograma 140/4.0 meq/l, Albúmina 2.1 mg/dl.

El líquido del derrame pleural correspondió a un exudado paraneumónico no complicado. Se interpretó el cuadro como neumonía grave de la comunidad y se inició tratamiento antibiótico con ceftazidima, amikacina y claritromicina. La muestra de esputo enviada al laboratorio de bacteriología resultó no apta para el cultivo (< 25 leucocitos y > 25 células epiteliales escamosas por campo de bajo aumento). En las dos muestras de hemocultivos (Bact-Alert, Organon Teknica), se observaron al 2° día de cultivo, en la coloración de Gram, bacilos gram negativos curvos y helicoidales, motivo por el cual además de los subcultivos en medios convencionales se realizó un cultivo en agar base columbia con 5% de sangre en atmósfera microaerofílica (7-10% O₂, 12-14% CO₂), dada la sospecha de una campilobacteria por la morfología microscópica. A las 48 hs de evolución no se obtuvo desarrollo en los medios de agar sangre en atmósfera con 5% CO₂. Los medios sembrados en

microaerofilia mostraron a las 48 hs desarrollo de colonias enteras, convexas, brillantes, no hemolíticas de 1 a 2 mm de diámetro. Se realizaron pruebas de oxidasa, catalasa, utilización de nitrato e hidrólisis de hipurato de sodio, resultando positivas, mientras que la hidrólisis de urea fue negativa, con lo que se identificó al microorganismo como *Campylobacter jejuni*, subespecie *jejuni*. Se determinó la concentración inhibitoria mínima (CIM) de antibacterianos utilizando tiras de E-test (A-Biodisk, Suecia). Para ello se empleó agar Mueller-Hinton con 5% de sangre ovina y se incubó en atmósfera microaerofílica durante 48 hs. Los valores de CIM fueron: imipenem, ciprofloxacina y gentamicina 0.063 µg/ml, amoxicilina y cefepima 0.125 µg/ml, ceftriaxona 0.25 µg/ml, claritromicina 0.5 µg/ml, ceftazidima 4.0 µg/ml, amikacina 8.0 µg/ml y metronidazol 12.0 µg/ml.

Se realizó fibroendoscopia digestiva alta con toma de biopsia para evaluar el engrosamiento de la pared gástrica, visto en tomografía computada de abdomen. En el examen de anatomía patológica se observó infiltración por linfoma difuso mixto (centrocítico-centro-blástico) y en la biopsia de la médula ósea, infiltración linfomatosa.

El paciente evolucionó tórpidamente y falleció con insuficiencia respiratoria el día 14 de su internación. En ningún momento presentó diarrea, dolor abdominal u otro síntoma gastrointestinal.

En la neumonía de la comunidad el aislamiento de un germen en los hemocultivos establece el diagnóstico etiológico³. No obstante, el tipo de germen recuperado, la mala calidad del esputo, que no pudo ser evaluado, y el no haber realizado un procedimiento invasivo plantea dudas en la etiología de la neumonía en el caso presentado. Cabe la posibilidad que *C. jejuni* aislado en nuestro paciente se haya encontrado previamente en el tubo digestivo sin causar síntomas gastrointestinales y que haya pasado a la corriente sanguínea a través de una lesión epitelial en la zona de la infiltración linfomatosa generando una infección pulmonar por vía hematogena. Un estudio evaluó las características clínicas de la bacteriemia por *C. jejuni*⁴. En 9 pacientes HIV positivos, ésta se acompañó frecuentemente de diarrea y bronconeumonía en el contexto de una enfermedad grave con hallazgo *postmortem* de *C. jejuni* en el tejido pulmonar de uno de los enfermos. En cambio, de los 12 pacientes HIV negativos, de los cuales 2 eran inmunocomprometidos, ninguno desarrolló infección pulmonar parenquimatosa y el cuadro clínico fue fiebre y enteritis autolimitada. En otro estudio, el 52% de los pacientes con bacteriemia

por *Campylobacter* tenían factores predisponentes para la manifestación extraintestinal (ej. inmunosupresión)⁵. Ningún paciente presentaba linfoma como enfermedad de base, en todos se observaban síntomas gastrointestinales, con excepción de un neonato y un lactante. El paciente que comunicamos se diferencia de los datos referidos en la bibliografía por la *ausencia de manifestaciones gastrointestinales* y por el síndrome linfoproliferativo como enfermedad de base.

Se desconoce la frecuencia de bacteriemias asintomáticas por *C. jejuni*, porque habitualmente no se realizan hemocultivos en pacientes sin síntomas. Se ha referido un caso de bacteriemia por *C. jejuni* en un paciente con linfoma no Hodgkin en ausencia de signos y síntomas de infección⁶. Este enfermo estaba en plan de trasplante autólogo de médula ósea, por lo cual se había realizado cultivo de la médula ósea y luego hemocultivos, en donde, como hallazgo, desarrolló *C. jejuni*. Este caso demostraría que ocasionalmente puede haber bacteriemia sin síntomas.

En el paciente que analizamos y en concordancia con otras referencias⁴, los antibióticos más efectivos para *C. jejuni* fueron imipenem, ciprofloxacina y gentamicina, y los menos activos ceftacídima, amikacina y metronidazol.

La bacteriemia sin diarrea en un paciente con linfoma no Hodgkin parece una presentación clínica muy infrecuente de infección por *C. jejuni*.

Marcelo J. Melero¹, Siegmund K. Freitag¹, Beatriz E. Perazzi², Carlos A. Vay², Angela Famiglietti²

¹a Cátedra de Medicina, Facultad de Medicina,

²Laboratorio de Bacteriología, Facultad de Farmacia y

Bioquímica, ^{1,2}Hospital de Clínicas José de San

Martín, Universidad de Buenos Aires

e-mail: melero@ciudad.com.ar

1. Allos BM, Blaser MJ. *Campylobacter jejuni* and the expanding spectrum of related infections. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 1092-101.
2. Skirrow MB, Jones DM, Sutcliffe E, Benjamin J. *Campylobacter* bacteremia in England and Wales, 1981-1991. *Epidemiol Infect* 1993; 110: 567-73.
3. Barlett JB, Breiman RF, Mandell LA, File TM Jr. Community-acquired pneumonia in adults: Guidelines for management. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 811-38.
4. Tee W, Mijch A. *Campylobacter jejuni* bacteremia in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and non-HIV-infected patients: comparison of clinical features and review. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 91-6.
5. Blaser MJ, Pérez Pérez G, Smith PF, et al. Extraintestinal *Campylobacter jejuni* and *Campylobacter coli* infections: host factors and strain characteristics. *J Infect Dis* 1986; 153: 552-9.
6. Schuster M, Blaser MJ, Nachamkin I. Serendipitous detection of persistent *Campylobacter jejuni* subspecies *jejuni* bacteremia in a patient undergoing bone marrow transplantation. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 1270.