

**Bacteriemia a *Campylobacter fetus fetus* y adenocarcinoma de colon**

Hemos leído con interés la comunicación sobre bacteriemia a *Campylobacter jejuni* en un paciente con linfoma no Hodgkin y neumonía, publicado en *Medicina*<sup>1</sup>. Hemos observado un caso de bacteriemia a *Campylobacter fetus* subespecie *fetus* en una paciente con adenocarcinoma de colon, cuya comunicación nos pareció que colabora a la discusión del tema.

Nuestra paciente de 85 años, ingresó por proctorragia en octubre de 1998. Tenía antecedentes de un infarto agudo de miocardio, que requirió cirugía de revascularización miocárdica en agosto 1998. Evolucionó con fiebre a los 14 días de la cirugía, aislándose 2 de 2 hemocultivos a *Campylobacter fetus* subespecie *fetus* (CFF). Un ecocardiograma transesofágico no mostró vegetaciones y se trató con ampicilina y gentamicina por 21 días.

En octubre 1998 se le diagnosticó trombosis venosa profunda (TVP) suprapatelar en miembro inferior derecho por lo que inició tratamiento anticoagulante con heparina y acenocumarol. A los 10 días de tratamiento presentó proctorragia con un tiempo de Quick del 7%. El examen físico fue normal y su hematocrito de 26%. Se suspendió anticoagulación y se transfundieron 2 unidades de glóbulos rojos. Se realizó videocolonoscopia que informó estenosis sigmoidea por tumor polipoideo sangrante cuya biopsia demostró adenocarcinoma poco diferenciado. Se ofreció tratamiento quirúrgico al cual se negó, siendo dada de alta con ranitidina, hierro y nadroparine.

El aislamiento de CFF es raro en pacientes normoinmunes<sup>2, 4</sup>. En el 90% de los casos publicados, se asocian a alcoholismo, cáncer, diabetes o cirrosis<sup>3</sup>.

La frecuencia de aislamiento del género *Campylobacter* en sangre es menor al 0.5% del total de hemocultivos positivos<sup>2</sup>; esto podría deberse a: 1) la baja frecuencia en que se toman hemocultivos en pacientes con diarrea y 2) que es un germen de difícil aislamiento en medios de cultivo comunes<sup>6</sup>.

Entre las distintas subespecies de *Campylobacter*, hay dos que se relacionan con infección en humanos: *Campylobacter jejuni* (CJ) y CFF. Existen diferencias entre ambos. El CJ es causa de enteritis y diarrea que puede presentarse en individuos sanos y habitualmente es autolimitada. Se ubica en el primer lugar de las causas de diarrea infecciosa en pacientes derivados de

hogares geriátricos<sup>6</sup>. Puede presentarse también como síndrome pseudoapendicular.

El CFF es la subespecie más frecuentemente aislada en hemocultivos y suele provocar afección extraintestinal y, en menor grado, intestinal.

Esto podría deberse a una proteína de superficie (S-layer) que posee esta subespecie en relación al *C. jejuni* y que le brinda la posibilidad de encapsularse y no inactivarse ante la unión con la fracción C3 del complemento<sup>2</sup>.

El CFF parece tener un cierto tropismo por el endotelio vascular, habiéndose descrito endocarditis, pericarditis, tromboflebitis supurada y aneurismas arteriales (sobre todo aórticos) infectados por este germen<sup>5</sup>.

Las bacteriemias estarían favorecidas por un déficit de la función macrofágica en el hígado, impidiendo un clearance de los microorganismos que llegaron desde la circulación portal<sup>4</sup>. Creemos que en nuestra paciente, la ruptura de la barrera local en el sitio de su enfermedad neoplásica fue la causa de la bacteriemia así como también del sangrado que orientó al diagnóstico. Hemos encontrado un caso en la literatura de un paciente con hemocultivos positivos para CFF y un tumor de probable origen colónico<sup>4</sup>.

A pesar de no poder descartarse una vía de entrada quirúrgica, no hemos hallado en MEDLINE casos de bacteriemia a CFF como causa de fiebre en el postoperatorio de cirugía cardíaca.

Como conclusión de la presentación del Dr. Melero y nuestro caso, creemos que el aislamiento de *Campylobacter* en hemocultivos debe conducir a la búsqueda de enfermedad subyacente. Si bien las neoplasias que más frecuentemente se asocian a bacteriemias por CFF son las oncohematológicas, nuestro caso permite sugerir la investigación de la patología colorrectal.

Marcelo Zylberman<sup>1</sup>, Gastón Demonty<sup>1</sup>, Ana Menchaca<sup>1</sup>, Laura Ferro<sup>1</sup>, Marta B. Tokumoto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Clínica Médica, Clínica Bazterrica;

<sup>2</sup> Laboratorio Central, Sección Microbiología,

Fundación Favaloro

Juncal 3002, 1425 Buenos Aires. e-mail:

cbazterrica@abacnet.com.ar

*Abradecemos al Dr. Carlos Roldán por la confirmación de la tipificación de la cepa de Campylobacter*

1. Melero M, Freitag S, Perazzi B, Vay C, Famiglietti A. Bacteriemia por *Campylobacter jejuni* en un paciente con linfoma no Hodgkin y neumonía. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 407-8.
2. Neuzil KM, Wang E, Haas DW, Blaser MJ. Persistence of *Campylobacter fetus* bacteremia associated with absence of opsonizing antibodies. *J Clin Microbiol* 1994; 32: 1718-20.
3. Font C, Cruceta A, Moreno A, Miro O, Coll-Vincent B, Almela M. Estudio de 30 pacientes con bacteriemia por *Campylobacter* spp. *Med Clin Barc* 1997; 108: 336-40.
4. Beebe JL, Koneman EW. Recovery of uncommon bacteria from blood: Association with neoplastic disease. *Microbiol Rev* 1995; 8: 336-56.
5. Farrugia DC, Eykyn SJ, Smyt EG. *Campylobacter fetus* endocarditis: two case reports and review. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 443-6.
6. Owen R, Lew J. Gastrointestinal infections in the elderly. chapter 23. *In: Surawicz-Open: Gastrointestinal and hepatic infections*. Philadelphia: Saunders 1995; pp 551-64.