

Caso 75**Bacteriemia por *Listeria monocytogenes* y dolor lumbar**

ALBERTO TOUCEDA BRAVO, RUBÉN GARCÍA CARAVALLÓ,
PABLO MANUEL VARELA GARCÍA,
JOSÉ MANUEL FANDIÑO ORGEIRA
Hospital Comarcal da Barbanza. Salmón sn. (Oleiros), Santa
Uxía de Ribeira (A Coruña).

HISTORIA CLÍNICA– ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 64 años de edad con antecedentes personales de: consumo crónico importante de alcohol, hipertensión arterial, diabetes tipo II, fibrilación auricular permanente anticoagulada, insuficiencia mitral moderada, seguimiento y estudio en consultas de digestivo por hepatopatía crónica de probable origen etílico, con hipertensión portal e hiperesplenismo. Recibe tratamiento crónico con: metformina, acenocumarol, digoxina, valsartan/hidroclorotiazida, bisoprolol, doxazosina.

Paciente con los antecedentes descritos acude a Urgencias por clínica de dolor lumbar derecho desde 48 horas antes, continuo y que empeora con los movimientos, relacionando el dolor con sobreesfuerzo los días previos, y que no mejora pese a tratamiento con AINEs. Refiere desde el inicio del cuadro fiebre alta y episodios de tiritona aislados. No cuenta clínica miccional asociada, tampoco cefalea, molestias abdominales, respiratorias, articulares ni otra clínica por aparatos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente consciente, orientado en las tres esferas, con buen aspecto general, profundido hidratado y con coloración normales. La auscultación cardiopulmonar es normal. En el abdomen se palpa hepatomegalia de dos traveses, doloroso exclusivamente a la puño-percusión derecha y sin evidentes signos de ascitis. Las extremidades inferiores presentan edema leve con fovea en piernas. Neurológicamente no se evidencian signos meníngeos ni focalidad aguda.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS

Analítica de sangre: 5.500 Leucocitos (66,9%N; 20,6%L) 58.000 plaquetas, Hb 12,5, Hcto. 35,4, VCM 89,7, TP 20%, Cr 1,4; Glucosa 160; Na 136; K 4,8, Bilirrubina total 2,4, bilirrubina directa 1,0, GOT 60; GPT 43; GGT 124, Amilasa 60; Lipasa 266.

Rx torax y abdomen: sin evidencia de patología aguda.

Orina: Bilirrubina ++, Cuerpos cetónicos +, Proteínas +, Urobilinógeno positivo, Nitritos positivo. Sedimento: abundantes cristales de ácido úrico, 3-5 leucocitos/campo, 1-3 hematíes/campo.

Ecografía abdominal: datos de hepatopatía conocidos, sin otros hallazgos.

Se recogen hemocultivos y urocultivo en Urgencias

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Infección urinaria complicada.

EVOLUCIÓN

Con el diagnóstico previo se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona en Urgencias, sin embargo, dada la persistencia de fiebre así como de nuevos episodios bacteriémicos, se decide su ingreso en el servicio de Medicina Interna para completar el estudio de otros posibles focos. Durante éste se realiza ecocardiograma transtorácico y TC tóraco-abdomino-pélvico, descartando endocarditis y/o posibles abscesos viscerales. Sin embargo, y pese a cambiar el antibiótico a imipenem, el paciente continúa con intenso dolor lumbar y fiebre.

Al tercer día del ingreso se nos informa desde el servicio de Microbiología del crecimiento de bacilos Gram positivos en los hemocultivos recogidos inicialmente, compatibles con *Listeria*, por lo que ante la necesidad de descartar mediante RMN complicaciones locales a nivel músculo-esquelético lumbar (absceso intrarraquídeo, paravertebral...) se traslada el paciente al Hospital de Referencia, cambiándose la pauta antibiótica a ampicilina y gentamicina.

La evolución del paciente fue posteriormente favorable en cuanto a la resolución de la fiebre y mejoría del estado general, sin embargo el dolor lumbar persistió, no siendo la RMN lumbar conclu-

yente, por lo que se decidió realizar una gammagrafía con galio. En esta prueba se evidencia captación de trazador a nivel lumbar (probablemente hacia L4) informándose como proceso infeccioso localizado a dicho nivel. Ante esto se realiza tratamiento antibiótico prolongado durante 6 semanas, las primeras cuatro con ampicilina endovenosa y las dos últimas con cotrimoxazol oral, con resolución posterior completa del proceso infeccioso.

DIAGNÓSTICO FINAL

Bacteriemia por *Listeria monocytogenes* con enfermedad osteoarticular lumbar secundaria.

DISCUSIÓN

Las infecciones por listeria en nuestro medio presentan una incidencia muy baja. Estudios realizados en Gran Bretaña estiman entre los años 2001 y 2009 una media de 3,6 casos por millón de habitantes (datos similares a otros países europeos como Francia y Dinamarca y extrapolables a nuestro país)¹. *Listeria monocytogenes* es un bacilo Gram positivo, anaerobio facultativo, de crecimiento intracelular, cuyo principal hábitat es el suelo y la materia vegetal en descomposición siendo los alimentos contaminados la vía más frecuente de transmisión (leche pasteurizada, quesos blandos, paté, productos porcinos precocinados, etc.). Entre un 1 y un 5% de la población son portadores fecales. El período de incubación tras el consumo del producto contaminado es variable oscilando desde 1-3 días si la afectación es banal hasta cerca de 70 días en cuadros de infección sistémica².

La infección en personas sanas es muy rara y se manifiesta con un cuadro diarreico autolimitado con síntomas gripales. Sin embargo, existen ciertos grupos de riesgo más susceptibles y con manifestaciones clínicas más graves: habitualmente cuadros de bacteriemia o meningoencefalitis con una mortalidad elevada (20-30%). Pertenecen a este grupo los neonatos, mujeres embarazadas, pacientes ancianos e inmunodeprimidos, especialmente si se afecta la inmunidad celular, como aquellos a tratamiento con corticoides, sida, neoplasia hematológica o trasplante de órgano, alcoholismo o cirrosis^{1,3}.

Como hemos descrito previamente el espectro clínico de afectación por *Listeria* abarcará desde procesos banales en pacientes sanos a infecciones más graves, siendo las afecciones del sistema ner-

vioso central (meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales e incluso epidurales) y la bacteriemia sin foco evidente las más frecuentes. Otras más raras serían la artritis, infección de material protésico, endocarditis e infecciones focales, tales como abscesos esplénicos o hepáticos, colecistitis, endoftalmítis, siendo los casos de osteomielitis excepcionales y poco descritos en la literatura⁴.

El tratamiento de la listeriosis en sus diferentes localizaciones consiste en la administración de penicilina o ampicilina intravenosa a altas dosis (2 g de ampicilina endovenosa cada 4 horas), asociado generalmente en inmunodeprimidos a un aminoglucósido como la gentamicina, que realiza una acción sinérgica. En el caso de que el paciente sea alérgico a penicilina y B-lactámicos la alternativa sería el cotrimoxazol. La duración del tratamiento será variable en función del tipo de infección, así en nuestro caso se realizó durante 6 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Piers Mook S. et al. Concurrent Conditions and Human Listeriosis, England, 1999–2009. *Emerging Infectious Diseases*. 2011;17(1):38-43.
2. Suarez MM et al. Bacteriemia por *Listeria monocytogenes*: análisis de 110 casos. *Med Clín (Barc)*. 2007;129(6):218-21.
3. Palacián M.P. et al. Infecciones por *Listeria monocytogenes*. *Rev Esp Quimioter*. 2011;24(2): 112-14.
4. Khan K. M. et al. Epidural abscess and vertebral osteomyelitis caused by *L. monocytogenes*. *Scand J Infect Dis*. 2001;33:716–17.

COMENTARIO EDITORIAL

Se trata de un paciente de 64 a que acude a Urgencias por dolor lumbar y fiebre de 48 h de evolución. Tras la anamnesis, exploración física y varias exploraciones complementarias se orienta el caso como una infección de orina complicada, se pauta ceftriaxona y se ingresa al paciente.

La evolución del paciente no es satisfactoria, y ante la persistencia de bacteriemia, se realiza ECO C y un TAC tóraco-abdominal. Posteriormente, ante la presencia de hemocultivos positivos para *L. monocytogenes*, se cambia de tratamiento antibiótico, y se realiza una RM lumbar.

Curiosamente, el diagnóstico final viene dado por una gammagrafía con Galio, con la evidencia de captación a nivel de L4.

Se trata de un caso poco frecuente, pero que es ilustrativo.

En este caso las cosas se hacen bien: se inicia con el tratamiento adecuado, pero ante la falta de respuesta, se cambia a un antibiótico de amplio espectro, en un plazo de tiempo que parece adecuado. Además se realizan las exploraciones complementarias iniciales, que parecen más indicadas.

Se echa en falta que los autores no nos comentan el estado hemodinámico del paciente, ni las constantes vitales. Tampoco queda claro como ha sido la hidratación del paciente.

Posteriormente, con la confirmación diagnóstica a través de un hemocultivo, el caso queda cerrado.

Vale la pena insistir en lo cuidados que están los “tempos” en este caso. Esta es una parte vital de nuestra práctica clínica. Las decisiones terapéuticas, y las diversas exploraciones complementarias, tienen su máxima rentabilidad si se realizan en el momento oportuno: sin precipitaciones, ni demoras.

Un último aspecto a tener en cuenta son las especiales circunstancias del paciente del caso: se trata de un paciente diabético, consumidor de alcohol, y con una hepatopatía crónica, con hipertensión portal y esplenomegalia. Sin ser formalmente un paciente inmunodeprimido, estas características hacen de nuestro paciente un individuo que debe ser tratado como tal.

L. monocytogenes es una bacteria que se desarrolla en el interior celular y es causante de la Listeriosis. Es uno de los patógenos causante de infecciones alimentarias más virulentos, con una tasa de mortalidad entre un 20 a 30%, más alta que casi todas las restantes toxicoinfecciones alimentarias. *L. monocytogenes* es un bacilo Gram positivo, recibe su nombre del cirujano inglés Joseph Lister. *L. monocytogenes* tiene una propiedad específica: puede multiplicarse en productos refrigerados (4-10°).

JM Guardiola.
Hospital de Sant Pau. Barcelona