

Trombosis venosa profunda asociada a bacteriemia por *Campylobacter fetus*

Membrillo de Novales FJ.¹, Priego de Montiano P.², Lucena Calvet P.³, Perea Perea C.⁴

Sanid. mil. 2011; 67 (3): 304-305; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente que ingresa por un cuadro de desorientación, fiebre y deposiciones diarreicas. La exploración y pruebas complementarias mostraron una trombosis venosa profunda en la pierna izquierda, junto con hemocultivos positivos a *C. fetus*. Está descrita la asociación de *C. fetus* a fenómenos tromboembólicos, pero no hemos encontrado en nuestra revisión bibliográfica casos en la literatura donde se confirme dicha asociación con el aislamiento del microorganismo en hemocultivos, salvo una trombosis séptica de vena ovárica.

PALABRAS CLAVE: trombosis venosa profunda, *Campylobacter fetus*, bacteriemia, tromboembolismo pulmonar

Deep vein thrombosis related to *Campylobacter fetus* bacteriemia

SUMMARY

We present a patient who was admitted with symptoms of disorientation, fever, and diarrheal stools. Examination and laboratory tests showed a deep vein thrombosis in the left leg, and isolation of *C. fetus* in blood cultures taken during a fever peak. The association of *C. fetus* with thromboembolic events has been reported, but we haven't found any cases in our bibliographic search describing this association confirmed by the isolation of the organism in blood cultures, except for a ovarian vein thrombosis.

KEYWORDS: Deep vein thrombosis, *Campylobacter fetus*, bacteriemia, pulmonary thromboembolism.

INTRODUCCIÓN

Campylobacter fetus es un bacilo gramnegativo móvil, con forma de coma, no esporulado, microaerófilo. La campilobacteriosis es una zoonosis de distribución mundial, encontrándose como comensal en el tracto gastrointestinal de muchos animales de ganado y domésticos. *C. fetus* es la especie de su género que con mayor frecuencia presenta manifestaciones extraintestinales¹.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos el caso de una paciente de 76 años, diabética, con gonartrosis bilateral y diagnosticada hace tres meses de polimialgia reumática en tratamiento con 5mg de prednisona oral al día. Ingresó en nuestro Centro para estudio de un cuadro de fiebre y desorientación que aparece tras una semana en tratamiento con levofloxacino por sintomatología catarral. No refirió sintomatología respiratoria ni digestiva, aunque en Urgencias presentó una deposición diarreica.

A la exploración se objetivó calor en pierna izquierda, siendo ambas piernas dolorosas a la palpación. No se objetivaron

edemas. La exploración abdominal y cardiorrespiratoria fueron normales. En la analítica destacaban una neutrofilia del 82%, con 9.800 leucocitos/mm³, VSG de 86 y PCR de 4,28. El estudio de coagulación objetivó unos dímeros D de 5043 (con valores normales de referencia del laboratorio de hasta 230).

Las radiografías de tórax no mostraban signos de interés. En el ECG se observa un bloqueo de rama izquierda. El ecodoppler de miembros inferiores reveló una trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo. La gammagrafía de ventilación-perfusión mostró un defecto parcial en lóbulo superior derecho y uno más pequeño en lóbulo superior izquierdo, donde la cisura interlobar era muy patente. No obstante el angio-TC torácico no objetivó signos de TEP. En el ecocardiograma se observa hipertensión pulmonar con PSP de 55mmHg.

La paciente fue tratada empíricamente con amoxicilina-clavulánico intravenoso, cediendo la fiebre en 72 horas. Ante los hallazgos de las pruebas de imagen se inicia tratamiento con HBPM y posteriormente anticoagulación oral con warfarina. Se informó del aislamiento de *C. fetus* en las dos muestras de hemocultivo tomadas al inicio del cuadro, manteniéndose la antibioterapia empírica que se mostró efectiva. La evolución de la paciente fue favorable, siendo dada de alta en el día 13 asintomática, prescribiendo amoxicilina-clavulánico oral hasta completar cuatro semanas de tratamiento.

DISCUSIÓN

La mayor parte de las bacteriemias informadas por especies del género *Campylobacter* se deben a *C. fetus*². Una explicación es que por lo general *C. jejuni*, principal implicado en campilobacteriosis diarreica, es sensible a la actividad bactericida del

¹ Cap. Médico.

² Tcol Médico.

³ Lda. Medicina.

⁴ Col. Médico.

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Servicio de Medicina Interna. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Francisco Javier Membrillo de Novales. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército, s/n. Madrid. España. javimembrillo@gmail.com

Recibido: 29 de diciembre de 2010

Aceptado: 14 de marzo de 2011

suero humano normal³, aunque a veces se producen bacteriemias con clínica similar a *C. fetus* en inmunocomprometidos⁴.

Las bacteriemias por *C. fetus* informadas suelen aparecer en pacientes inmunocomprometidos^{5,6}. Pacanowsky J *et al*, del grupo de estudio CAMPYL, recogen la mayor serie de campilobacteriosis sistémicas recientes, recopilando 183 bacteriemias en 23 hospitales de París, Francia durante 5 años⁷. La mayor parte de los pacientes afectados estaban inmunocomprometidos. Noventa y cuatro casos (53%) correspondieron a *C. fetus*. Se describieron como factores independientes predictores de mortalidad por bacteriemia por *C. fetus* el cáncer (OR 5'1, IC 95% 1'2-20'8) y la infección asintomática (OR 6'7, IC 95% 1'5-29'4).

Aunque no alcanzaron suficiente significación estadística, probablemente por el escaso número de casos, se observó una tendencia superior de mortalidad a 30 días en los pacientes con tratamiento previo por otros procesos con quinolonas (OR 3'7 con una p de 0'05) y cefalosporinas de tercera generación (OR 3'5 con una p de 0'09). Esto apoya la sospecha de un aumento de campilobacteriosis por *C. fetus* en la actualidad debido a la presión selectiva del elevado consumo de antibióticos en nuestro medio. Recientemente se comienzan a detectar casos de bacteriemia por *C. fetus* con resistencia a carbapenemes⁸.

Las infecciones por *C. fetus* parecen tener predilección por asentar en sitio vascular. La tromboflebitis se puede asociar con bacteriemia por *C. fetus*, pero no está aclarado si el trombo es el acontecimiento primario o una manifestación secundaria de la infección³.

Realizamos una búsqueda bibliográfica en la base de datos Medline, para localizar todos las comunicaciones con las palabras clave «*Campylobacter fetus*» y «trombosis», limitándola temporalmente a los últimos 20 años. Se encontraron 5 artículos comunicando tromboflebitis asociada a *C. fetus*⁹⁻¹³, siendo solamente accesibles por completo en español o inglés 3 de los mismos^{9,12,13}. Se describen en total 8 casos de tromboflebitis asociada a hemocultivos positivos a *C. fetus*, y un caso de trombosis de vena ovárica con hemocultivos positivos a *C. fetus*¹⁴. Cabe destacar la serie de 4 casos de Carbone KM *et al* y la serie de 1000 hemocultivos positivos a *Campylobacter spp.* de Pönkä *et al.*¹³, de los cuales solamente 4 correspondían a *C. fetus*, uno de los cuales se manifestó con tromboflebitis.

En nuestra paciente, consideramos que el estadio de déficit inmunitario causado por la diabetes y la corticoterapia, favoreció

la infección por *C. fetus*. El tratamiento con levofloxacino pudo ser otro factor favorecedor del proceso, eliminando comensales que compiten por el nicho ecológico de *C. fetus*, con una alta tasa de resistencia a quinolonas en nuestro medio¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

- Blaser MJ. *Campylobacter jejuni* y especies relacionadas. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. Enfermedades infecciosas: Principios y Práctica. 5ª ed. Madrid: 2000 Edit. Médica Panamericana; p.2761-2769.
- Remacha MA, Esteban A, González-Castañeda C, Fernández-Natal I, Echeita A. Bacteriemia por *Campylobacter fetus* en paciente inmunocompetente. An Med Interna (Madrid) 2003;20(8): 439-440.
- López-Brea M, Alarcón T, Boixeda D. Infecciones por *Campylobacter* y *Helicobacter*. En: Ausina V, Moreno S, editores. Tratado SEIMC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 1ª ed. Madrid: 2006 Edit. Médica Panamericana; p. 393-394.
- Maestre JR, Buezas V, Sanchez P, Montero A, Mellado F. Bacteriemia por *Campylobacter jejuni* en varón de 22 años con anemia hemolítica autoinmune. Enferm Infecc Microbiol Clin.2001;19(9):457-458.
- Bolaños M, Alfonso O, Alonso JM, Martín AM. Diarrea en un paciente alcohólico. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;20(5):219-20.
- Onuigbo M, Qu X. Right atrial mobile thrombus and pulmonary thromboembolism complicating hemorrhagic *Campylobacter jejuni* colitis. South Med J 2002;95(9):1107-1110.
- Pacanowsky J, Lalonde V, Lacombe K, Boudraa C, Lesprit P, Legrand P, Trystam D, Kassir N *et al.* *Campylobacter* bacteraemia: clinical features and factors associated with fatal outcome. Clin Infect Dis 2008 Sep 15;47(6): 790-6.
- Mosca A, Del Gaudio T, Miragliotta G. Imipenem-resistant *Campylobacter fetus* bloodstream infection. J Chemother. 2010 Apr;22(2):142.
- Ozaki M, Murase T, Park JW, Aoki M, Kawato M. *Campylobacter fetus* bacteraemia and thrombophlebitis in a patient with Waldenström's macroglobulinemia. Kansenshogaku Zasshi. 1999 Jan;73(1):86-9.
- el Kouri D, De Faucal P, Raffi F, Planchon B. Septic *Campylobacter fetus* thrombophlebitis: a new case. Rev Med Interne. 1993 Jan;14(1):41-2.
- Carbone KM, Heinrich MC, Quinn TC. Thrombophlebitis and cellulitis due to *Campylobacter fetus* ssp. *fetus*. Report of four cases and a review of the literature. Medicine (Baltimore). 1985 Jul;64(4):244-50.
- Gateau P, Baldellon C, Megraud F, Saby JC. *Campylobacter fetus* ssp *fetus* thrombophlebitis. Presse Med. 1984 Jan 21;13(2):102-3.
- Pönkä A, Tilvis R, Helle J, Kosunen TU. Infection with *Campylobacter fetus*. Scand J Infect Dis. 1984;16(1):127-8.
- Teh HS, Chiang SH, Tan AG, Sng LH, Oh HM. A case of right loin pain: septic ovarian vein thrombosis due to *Campylobacter fetus* bacteraemia. Ann Acad Med Singapore. 2004 May;33(3):385-8.
- Font C, Cruceta A, Moreno A, Miro O, Coll-Vinent B, Almela M, Mensa J. Estudio de 30 pacientes con bacteriemia por *Campylobacter spp.* Med Clin (Barc). 1997 Mar 8;108(9):336-340.