



Campylobacter fetus fetus: una infección de inmunodeprimidos desconocida en hemodiálisis

A. Carreño, A. Oliet, D. Pérez y A. I. Vigil

Servicio de Nefrología. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Sr. Director:

A diferencia de otras especies más comunes de *Campylobacter* que causan enteritis y ocasionalmente bacteriemia transitoria sin trascendencia clínica en la población sana¹, *Campylobacter fetus fetus* es una causa conocida, aunque infrecuente, de sepsis de origen intestinal que afecta a inmunodeprimidos y pacientes con enfermedades crónicas debilitantes: ancianos, afectos de enfermedades neoplásicas preferentemente hematológicas, diabéticos, cirróticos e infectados por el VIH². Por el contrario, los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en diálisis no parecen estar especialmente predisuestos. De hecho existen muy pocos casos documentados, todos en forma de peritonitis, aislada o bien complicada con septicemia, asociados a diálisis peritoneal^{3,4}.

Este patógeno muestra un especial tropismo por el tejido endovascular lo que justifica que ésta sea la forma de infección localizada más frecuentemente descrita^{5,6}, aunque se han publicado casos aislados de infección en otras localizaciones⁷⁻⁹.

Para su tratamiento, los macrólidos, aminoglucósidos, algunos beta-lactámicos y las fluorquinolonas son efectivos, aunque en el caso de éstas últimas se han documentado resistencias a largo plazo¹⁰. La respuesta suele ser favorable y el pronóstico depende de la enfermedad de base.

Describamos un caso en una paciente en hemodiálisis.

Mujer de 68 años con IRC secundaria a nefropatía diabética que acude a diálisis con malestar general sin fiebre ni focalidad infecciosa aparente. Durante la sesión presenta un cuadro de sensación distérmica con temperatura termometrada

de 39º C, escalofríos y náuseas. Cinco días antes había sido valorada por epigastralgia, náuseas y diarrea autolimitada. En la exploración física estaba afebril, destacando únicamente dolor a la palpación en región epigástrica, sin signos de peritonismo, con tránsito intestinal conservado. La analítica reveló leve leucocitosis con neutrofilia, y amilasa sérica normal. La ecografía mostró colelitiasis. Dada de alta con dieta astringente y antiácidos, permaneció asintomática hasta el día del ingreso, en el que, tras la toma de hemocultivos, se trató la sospecha de bacteriemia con vancomicina y gentamicina según protocolo habitual, persistiendo con fiebre elevada las primeras 48 horas, permaneciendo afebril desde entonces. Con el aislamiento del *Campylobacter* en hemocultivos y el resultado del antibiograma se suspendió la Vancomicina. Tres días después se añadió ciprofloxacino manteniéndose el tratamiento con gentamicina iv a dosis de 1 mg/kg posthemodiálisis durante cuatro semanas por el riesgo de desarrollo de resistencias, el carácter invasivo y la considerable mortalidad de esta infección. La evolución fue favorable tras las primeras 48 horas, sin evidencia de infección endovascular.

En diálisis peritoneal se han descrito algunos casos de peritonitis por *Campylobacter fetus* aislada o complicada con infección sistémica. En hemodiálisis, sólo hemos encontrado el caso de un varón de 55 años desarrollado tras una enteritis en el que se aisló el agente infeccioso en sangre y heces¹¹. El nuestro sería el segundo caso descrito en una paciente con DM como enfermedad de base.

En resumen, la bacteriemia por *Campylobacter fetus fetus* es extraordinariamente rara en hemodiálisis, y responde muy bien a la gentamicina, antibiótico que se utiliza convencionalmente de entrada como tratamiento empírico en el síndrome febril de estos pacientes. Dado el incremento progresivo del porcentaje de diabéticos en nuestras unidades, probablemente en el futuro será una infección más frecuentemente descrita.

Correspondencia: Dr. A. Carreño
Servicio de Nefrología
Hospital Severo Ochoa
Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Skirrow MB, Jones DM, Sutcliffe I y cols.: *Campylobacter bacteremia* in England and Wales, 1981-1998. *Epidemiol Infect* 110: 567, 1993.
2. Font C, Cruceta A, Moreno A y cols.: A study of 30 patents with bacteremia due to *campylobacter* spp. *Med Clin (Barc)* 108 (9): 336-340, 1997.
3. Kubota M y cols.: *Campylobacter fetus* spp fetus peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nephron* 65 (3): 487-488, 1993.
4. Wens R y cols.: *Campylobacter fetus* peritonitis followed by septicaemia in a patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Infect* 10 (3): 249-251, 1985.
5. Montero A, Corbella X, López A y cols.: *Campylobacter fetus*-associated aneurysms: report of a case involving the popliteal artery and review of the literature. *Clin Infect Dis* 24 (5): 1019-1021, 1997.
6. Farrugia DC, Effin SI, Smyth EG: *Campylobacter fetus* endocarditis: two case reports and review. *Clin Infect Dis* 18 (3): 443-446, 1994.
7. Takatsu M, Ichiyama S, Nada T y cols.: *Campylobacter fetus* spp fetuscholecystitis in a patient with advanced hepatocellular carcinoma. *Scand J Infect Dis* 29 (2): 197-198, 1997.
8. Dronda F, García-Arata L, Navas E y cols.: Meningitis in adults due to *Campylobacter fetus* spp fetus. *Clin Infect Dis* 27 (4): 906-907, 1998.
9. Yamashita K, Aoki Y, Hiroshima K. Pyogenic vertebral osteomyelitis caused by *Campylobacter fetus* spp fetus. A case report. *Spine* 15; 24 (6): 582-584, 1999.
10. Meier PA, Dooley DR, Jorgensen JR y cols.: Development of quinolone resistant *Campylobacter fetus* bacteremia in human immunodeficiency virus-infected patents. *J Infect Dis* 177 (4): 951-954, 1998.
11. Sticht -Groh V, Pabst C, Schmidt-Rofte H y cols.: Septicaemia caused by enteritis due to *Campylobacter fetus* spp fetus. *Dtsch Med Wochenschr* 112 (14): 548-550, 1987.