



EMPIEMA BACTERIANO ESPONTÁNEO POR *CAMPYLOBACTER JEJUNI*

Sr. Director: El empiema bacteriano espontáneo (EBE) es una complicación infecciosa que se da en aproximadamente el 13% de los pacientes cirróticos con un hidrotórax hepático. Tal y como sucede en la peritonitis bacteriana espontánea (PBE), la mayoría de los episodios de EBE están causados por bacilos gramnegativos de origen entérico, fundamentalmente *Escherichia coli*^{1,2}. *Campylobacter jejuni* es una de las especies del género *Campylobacter* que se caracterizan por ser bacilos gramnegativos microaerófilos móviles que suelen causar episodios de enterocolitis, especialmente en niños³. En pacientes inmunodeprimidos puede causar enfermedad extraintestinal y se ha descrito como germen causal infrecuente de PBE en pacientes cirróticos⁴. Presentamos el primer caso descrito de EBE causado por *C. jejuni* en un paciente con una cirrosis hepática.

Varón de 61 años, con un hábito enólico de más de 120 g/día, que consultó por clínica de 3 días de evolución de fiebre con escalofríos, disnea y dolor pleurítico en el hemitórax derecho. El paciente había sido diagnosticado de una cirrosis hepática enólica un año antes por una descompensación ascítico-edematosa por lo que seguía tratamiento diurético. En el momento que consultó la exploración física mostró una temperatura de 39 °C, estigmas de hepatopatía crónica con ascitis moderada y semiología de derrame pleural derecho. En la analítica general destacaban: glucosa de 88 mg/dl, creatinina de 1,5 mg/dl, bilirrubina total de 2 mg/dl, aspartato aminotransferasa de 62 U/l, alanina aminotransferasa de 27 U/l, lactato deshidrogenasa (LDH) de 235 U/l, proteínas de 5,9 g/dl, albúmina de 2,1 g/dl (presencia de paraproteína IgG lambda en el proteinograma), 6.500 leucocitos/ml (60% de neutrófilos y 20% de bandas), hemoglobina de 8,5 g/dl, hematocrito de 0,26 l/l, velocidad corpuscular media de 102 fl. 62.000 plaquetas/ml y tiempo de protrombina del 23%. La radiografía de tórax evidenció la presencia de un importante derrame pleural derecho sin imagen de neumonía. Se practicó una toracocentesis diagnóstica que demostró la presencia de 9.850 leucocitos/ml (90% de neutrófilos), glucosa de 79 mg/dl, proteínas de 3,7 g/dl, LDH de 479 U/l, con un pH de 7,3. No se practicó paracentesis diagnóstica. En los hemocultivos y en el cultivo del líquido pleural creció *C. jejuni* sensible a ceftriaxona, imipenem, eritromicina y gentamicina y resistente a ampicilina, amoxicilina y ciprofloxacino. Con la orientación diagnóstica de EBE se inició tratamiento con 1 g/12 h de imipenem durante 10 días, con buena evolución clínica. Durante el ingreso por disnea en relación con el derrame pleural se practicó una toracocentesis evacuadora de 1.600 ml.

Los criterios diagnósticos de EBE fueron definidos por Xiol et al². Nuestro enfermo cumplía estos criterios excepto por el hecho que las características bioquímicas del líquido pleural correspondían a un exudado y no a un trasudado. Hay que tener en cuenta que, aunque la mayoría de los pacientes cirróticos con ascitis no complicadas, con quien comparte fisiopatología el hidrotórax hepático, tienen una concentración de proteínas en líquido ascítico baja, el 20% presenta una concentración de proteínas elevada⁵. En este sentido, Ackerman y Reynolds⁶ han demostrado que algunos enfermos con hidrotórax no complicados tienen características bioquímicas de exudado según los criterios de Light et al⁷. Estos datos, junto con el hecho que el derrame fuera derecho y que afectara a más de un 50% del volumen del hemitórax⁹, sugieren que el enfermo en efecto presentaba un EBE en el contexto de un hidrotórax hepático. En relación con el episodio de EBE del paciente cabe decir que presenta similitudes con las descripciones previas de PBE por *C. jejuni*: varones con una cirrosis hepática enólica avanzada y el carácter bacteriémico del episodio⁴. Es destacable la creciente resistencia de *C. jejuni* a las fluoroquinolonas⁸ que implica que el tratamiento con estos antibióticos, indicados como profilaxis tras todo episodio de PBE¹⁰, no evite nuevas infecciones por este germen.

A. SMITHSON-AMAT^a, R. PERELLÓ-CARBONELL^a, C. MIRET-MAS^a, E. RODRÍGUEZ-FLORES^b, M.T. BASTIDA-VILA^c Y M. NOLLA-SALAS^a

^aServicio de Urgencias. Hospital Espíritu Santo. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

^bServicio de Medicina Interna. Hospital Espíritu Santo. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

^cLaboratorio de Microbiología. Hospital Espíritu Santo. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Xiol X, Castellvi JM, Guardiola J, Sese E, Castellote J, Perelló A, et al. Spontaneous bacterial empyema in cirrhotic patients: a prospective study. *Hepatology*. 1996;23:719-23.
- Xiol X, Castellote J, Baliellas C, Ariza L, Giménez A, Guardiola J, et al. Spontaneous bacterial empyema in cirrhotic patients: analysis of eleven cases. *Hepatology*. 1990;11:365-70.
- Allos BM, Blaser MJ. *Campylobacter jejuni* and the expanding spectrum of related infections. *Clin Infect Dis*. 1995;20:1092-9.
- Calonge L, Len O, Bartolome R, Fernández de Sevilla T. Peritonitis bacteriana espontánea por *Campylobacter* spp. en pacientes con cirrosis hepática. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19:23-6.
- Sampliner RE, Iber FL. High protein ascites in patients with uncomplicated hepatic cirrhosis. *Am J Med Sci*. 1974;267:275-9.
- Ackerman Z, Reynolds T. Evaluation of pleural fluid in patients with cirrhosis. *J Clin Gastroenterol*. 1997;25:619-22.
- Light RW, MacGregor ML, Luchsinger PC, Ball WC. Pleural effusions: the diagnostic separation of transudates and exudates. *Ann Intern Medicine*. 1972;77:507-13.
- Alberts WM, Salem AJ, Solomon DA, Boyce G. Hepatic hydrothorax. Cause and management. *Arch Intern Med*. 1991;151:2383-8.
- Font C, Cruceta A, Moreno A, Miró O, Coll-Vinent B, Almela M, et al. Estudio de 30 pacientes con bacteriemia por *Campylobacter* spp. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:336-40.
- Ginés P, Rimola A, Planas R, Vargas V, Marco F, Almela M, et al. Norfloxacin prevents spontaneous bacterial peritonitis recurrence in cirrhosis: results of a double blind, placebo controlled trial. *Hepatology*. 1990;12:716-24.



CPRE EN PACIENTES CON 90 O MÁS AÑOS: AUMENTA LA EVIDENCIA DE SU SEGURIDAD

Sr. Director: He leído con gran interés el reciente artículo de Huguet et al¹ sobre las complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes mayores de 90 años. El estudio ayuda a incrementar la evidencia, que ya se tenía, de la eficacia y seguridad de esta intervención endoscópica en las edades más avanzadas de la vida. En la tabla I se resumen los estudios con mayor número de pacientes comunicados hasta el momento²⁻⁶. Como puede observarse, las tasas de éxito en el drenaje biliar son satisfactorias (276/295 pacientes: 93,5%), con unas complicaciones leves o moderadas del 5% y una mortalidad del 0,3%, que son muy aceptables.

En nuestro hospital hemos prestado especial atención, desde hace tiempo⁶⁻¹⁰, a la CPRE en pacientes con 90 o más años de edad, quizá sorprendidos, al inicio, por la eficacia que una técnica tan compleja tenía en este grupo de enfermos. Hemos comprobado que las tasas de complicaciones y de éxito para desobstruir el colédoco son similares, cuando se compara este grupo de pacientes con los de menor edad⁶. Hui et al⁵ habían obtenido los mismos resultados en casos de CPRE realizadas para drenar la vía biliar en colangitis agudas.

Coincidimos también con Huguet et al¹ en la dificultad para extraer completamente las coledocolitiasis, tras la esfinteromía endoscópica, en este grupo de pacientes. En nuestra experiencia, ha sido preciso insertar prótesis plásticas biliares en 7 de 17 pacientes con coledocolitiasis (41%) y en el estudio de Huguet et al¹, en 10 de 22 (45%). Las prótesis suelen ser un tratamiento razonable y eficaz en estos pacientes que garantizan el correcto drenaje biliar tras la esfinterotomía endoscópica. Sin embargo, es preciso seguir algunos controles clínicos y analíticos para, en el caso de que haya datos de colestasis o colangitis, recambiarlas¹¹.

TABLA I. Series de CPRE realizadas en pacientes con 90 o más años

Autor (referencia)	Sugiyama y Atomi ²	Mitchell et al ³	Rodríguez-González et al ⁴	Hui et al ⁵	Huguet et al ¹	García-Cano et al ^{6a}	Total de las series
Años que comprende el estudio	1977-1997	1987-2000	1993-2001	1998-2003	2001-2004	1997-2005	1977-2005
Número de pacientes	22	20	126	64	36	27	295
Tasas de éxito en el drenaje biliar	22 (100%)	19 (95%)	116 (88%)	63 (98,4%)	31 (86%)	25 (92%)	276 (93,5%)
Complicaciones leves o moderadas ^b	1 (5%)	3 (15%)	3 (2%)	3 (4,7%)	6 (16,6%)	1 (4%)	17 (5%)
Complicaciones graves o mortalidad	0	0	1 (0,7%)	0	0	0	1 (0,03%)
Zona geográfica del estudio	Tokio	Irlanda del Norte	Córdoba (España)	Hong-Kong	Valencia (España)	Cuenca (España)	

^aComprende la serie de la referencia 6 actualizada ahora.

^bLa tasa de complicaciones es por cada paciente, no por el número total de exploraciones.

Los resultados de Huguet et al, refuerzan, aún más, la idea de que las complicaciones de la CPRE no están relacionadas con la edad, que la eficacia de la técnica es, por lo menos, similar a la de los pacientes más jóvenes y que no se debe rechazar a ningún paciente que necesite de una CPRE sólo por su edad.

J. GARCÍA-CANO

Sección de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Huguet JM, Sempere J, Bort P, Canelles P, Rodríguez E, Durá AB, et al. Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes mayores de 90 años. *Gastroenterol Hepatol*. 2005;28:263-6.
- Sugiyama M, Atomi Y. Endoscopic sphincterotomy for bile duct stones in patients 90 years of age and older. *Gastrointest Endosc*. 2000;52:187-91.
- Mitchell RMS, O'Connor F, Dickey W. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is safe and effective in patients 90 years of age and older. *J Clin Gastroenterol*. 2003;36:72-4.
- Rodríguez-González FJ, Naranjo-Rodríguez A, Mata-Tapia I, Chicano-Gallardo M, Puente-Gutiérrez JJ, López-Vallejos P, et al. ERCP in patients 90 years of age and older. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:220-5.
- Hui CK, Liu CL, Lai KC, Chan SC, Hu WHC, Wong WM, et al. Outcome of emergency ERCP for acute cholangitis in patients 90 years of age and older. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:1153-8.
- García-Cano J, González Martín JA, Redondo Cerezo E, Gómez Ruiz CJ, Pérez Sola A. Biliary drainage by means of ERCP in patients 90 years of age and older: a community hospital experience. *Gut*. 2004; 53 Suppl VI:A132.
- García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Taberna Arana L, Díaz Ruiz J, Morillas Ariño MJ, Pérez Sola A. Terapéutica biliar endoscópica en pacientes con más de 90 años de edad. *An Med Interna*. 2002;19:409-11.
- García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Racionero Moreno M, Morillas Ariño MJ, Pérez García JI, Pérez Sola A. Tratamiento endoscópico de la coledocolitiasis en pacientes mayores de 90 años. *Rev Esp Enferm Dig*. 2002;94 Supl I:141.
- García-Cano J. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients 90 years of age and older: increasing experience on its effectiveness and safety. *J Clin Gastroenterol*. 2003;37:348-9.
- García-Cano Lizcano J, Taberna Arana L. Terapéutica biliar endoscópica en pacientes con 90 o más años de edad. *Salud Ciencia*. Revista de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica. 2004;12:8-10.
- García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Pérez Sola A, Morillas Ariño MJ. Tasa de extracción completa de coledocolitiasis al primer intento endoscópico. *Rev Esp Enferm Dig*. 2002;94:340-5.