

nil-beta-naftilamida (PYR) negativo y *E. rhusiopathiae* lo es positivo⁸. En nuestro caso, como en otros de la literatura^{1,3}, fue la sospecha clínica y epidemiológica la que ayudó al laboratorio de microbiología a acercarse al diagnóstico. La identificación suele realizarse mediante el panel API Coryne y con la producción característica de sulfídrico en el TSI (agar trip-tasa-soja)¹. La morfología de las colonias de *E. rhusiopathiae* pueden ser de dos tipos: unas pequeñas, convexas y de borde bien definidos generalmente asociadas con bacteriemia, y otras grandes, lisas y de bordes serrados asociadas con infecciones crónicas como artritis o endocarditis⁸. *E. rhusiopathiae* es intrínsecamente resistente a vancomicina y aminoglucósidos¹, por tanto el tratamiento recomendado es con penicilina G sódica, 12 a 20 x 10⁶ U, durante 4-6 semanas². Se han utilizado esquemas de tratamiento secuencial, inicialmente antibiótico parenteral durante 2 semanas seguido de administración oral² con buena evolución. Otros autores lo han tratado con ciprofloxacina con buena respuesta⁹. En la revisión de Gorby y Peacock² el 36% de los pacientes necesitaron sustitución valvular. En nuestro caso, con el tratamiento antibiótico y a pesar de la insuficiencia aórtica grave, la evolución fue favorable, si bien el grado de insuficiencia aórtica persiste tras el tratamiento. La endocarditis por *E. rhusiopathiae* es una infección infrecuente que debe sospecharse ante cualquier paciente con bacteriemia de un microorganismo cocobacilar grampositivo, α -hemolítico resistente a vancomicina y con antecedente de alguna de las profesiones de riesgo antes citadas.

Ana Maestre, José M. Ramos,
Matilde Elía^a y Félix Gutiérrez

Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Servicio de Medicina Interna

^aMicrobiología. Hospital General
Universitario de Elche. Alicante.

Bibliografía

1. Reboti AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: an occupational pathogen. Clin Microbiol Rev 1989; 2: 354-359.
2. Gorby GL, Peacock JE. *Erysipelothrix rhusiopathiae* endocarditis: microbiologic, epidemiologic, and clinical features of an occupational disease. Rev Infect Dis 1988; 10: 317-325.
3. Azofra J, Torres R, Gómez Garcés JL, Górgolas M, Fernández Guerrero ML, Jiménez Casado M. Endocarditis por *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Estudio de 2 casos y revisión de la literatura. Enferm Infecc Microbiol Clin 1991; 9: 102-105.
4. Giménez M, Fernández P, Padilla E, Matas L, Ausina V. Endocarditis and acute renal failure due to *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1996; 15: 347-348.
5. Carrillo JL, Coto A, Torrecilla R, Fernández-Miranda C. Endocarditis por *Erysipelothrix rhusiopathiae*. An Med Interna 2000; 17: 200-201.
6. Boldron A, Bakhache E, Azar R. Endocardite aortique secondaire à une septicémie à *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Pres Med 1996; 25: 1.304.
7. Roblot P, Breux JP, Coisne D, Grignon B, Menu P, Gachignard L, et al. Endocardite à *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Un germe rare difficile à isoler. Press Med 1992; 21: 580-581.
8. Dunbar SA, Clarridge III JE. Potential error in recognition of *Erysipelothrix rhusiopathiae*. J Clin Microbiol 2000; 38: 1.302-1.304.
9. MacGowan AP, Reeves DS, Wright C, Glover SC. Tricuspid valve infective endocarditis and pulmonary sepsis due to *Erysipelothrix rhusiopathiae* successfully treated with high doses of ciprofloxacin but complicated by gynaecomastia. J. Infect 1991; 22: 100-101.

Bacteriemia por *Campylobacter jejuni* en varón de 22 años con anemia hemolítica autoinmune

Sr. Director. *Campylobacter jejuni* es un bacilo gramnegativo, microaerófilo, de morfología espirilar, hallado en el tubo digestivo de animales, en particular de aves. Junto con *Salmonella enteritidis*, es la bacteria que causa mayor número de cuadros de gastroenteritis y diarreas en nuestro medio^{1,2}.

Campylobacter spp. puede colonizar el tubo digestivo y causar bacteriemia, endocarditis, peritonitis, y sepsis oportunista, especialmente en pacientes inmunodeprimidos^{1,3-5}.

Presentamos un nuevo caso de bacteriemia por *C. jejuni* en paciente con anemia hemolítica autoinmune, sometido a tratamiento inmunosupresor con esteroides.

Se trata de un varón de 22 años diagnosticado, desde hace tres años, de anemia hemolítica autoinmune sin causa identificada hasta el momento. Entre sus antecedentes personales destaca una parotiditis cuatro años antes y alergia a los betalactámicos. En los últimos meses requirió varios ingresos en nuestro hospital por anemización, que cedió con tratamiento esteroideo. Acude al servicio de Urgencias por presentar un dolor intenso en la rodilla derecha y fiebre de 39,2°C. A la exploración física destacaba una ictericia generalizada de piel y mucosas, esplenomegalia, taquicardia sinusal (130 l/m) y bamboleo rotuliano en ambas rodillas, siendo el resto de la exploración física normal. No refería sintomatología digestiva.

En la analítica sanguínea destacaba leucopenia 1.800 células/mm³, Hb 5,7 g/l, GPT: 99 UI/l, LDH: 642 UI/l, y bilirrubina total: 7,8 mg/dl (1:5,9, D: 1,9). En la radiografía de tórax no se observaron alteraciones. El ecocardiograma fue normal. La ecografía abdominal reveló una esplenomegalia de 21 cm. Se recogieron muestras de sangre y orina para cultivo y se inició tratamiento esteroideo con 6-metil prednisolona (80 mg/12h por vía intravenosa [iv]) y antibioterapia parenteral con ciprofloxacino (200 mg/12 h iv). En estudio inmunohematológico se detectó un autoanticuerpo caliente tipo IgG, no aloanticuerpo. ANA, ENAS y el anticoagulante lúpico fueron negativos, y los ANCA dudosos. En la biopsia de médula ósea, la médula era hiperfuncionante con rasgos displásicos. A las 72 horas del ingreso, se aisló en hemocultivo un bacilo gramnegativo sugestivo de *Campylobacter* spp. que posteriormente se identificó como *jejuni*, mostrando en el antibiograma sensibilidad a claritromicina y gentamicina, y resistencia a ciprofloxacino, amoxicilina y cefazolina.

Conocida la sospecha de bacteriemia por *Campylobacter* spp. se recogió una muestra de heces en la que igualmente se aisló dicho microorganismo. La antibioterapia inicial fue reemplazada por claritromicina (500 mg/ 12 h iv) y gentamicina (200 mg/ 12 h iv) en relación con el resultado del antibiograma.

El paciente evolucionó favorablemente y tras la vacunación frente a Neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo b y meningococo A y C, se realizó esplenectomía.

La infección por *C. jejuni* es habitual que curse con dolor abdominal, fiebre y diarrea, aunque puede hacerlo de forma asintomática^{3,4}. La bacteriemia suele producirse en pacientes con linfomas sometidos a tratamiento inmunosupresor, además de en neoplásicos, cirróticos e infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Su aparición se asocia también a alcoholismo, nefropatías y pacientes en edades extremas de la vida, habiéndose descrito casos de bacteriemia por *Campylobacter* spp. en sujetos inmunocompetentes y después de la realización de biopsia rectal^{6,9}.

La infección por *C. fetus* es la que más tendencia muestra a desarrollar bacteriemia^{1,3}; sin embargo, los estudios realizados en nuestro país parecen coincidir en una mayor frecuencia de bacteriemias por *C. jejuni*⁴. Estas bacterias penetran por vía entérica y desde el tubo digestivo pueden llegar, por causas no siempre bien explica-

das, a la sangre. En más del 50% de los pacientes, la bacteriemia no se ve precedida por sintomatología digestiva⁴ como sucedió en nuestro caso.

Los sistemas de detección automática de crecimiento bacteriano en hemocultivo parecen haber contribuido a la mayor recuperación de *Campylobacter* spp. en muestras de sangre, no obstante su frecuencia sigue siendo baja¹⁰, en nuestra institución ha supuesto el 0,7% de las bacteriemias significativas del último año.

Se viene detectando un incremento de resistencia de *Campylobacter* spp a ciprofloxacino⁴, relacionada, quizá, con el uso de quinolonas en el engorde de animales y la posible transmisión al hombre de cepas resistentes. En nuestro laboratorio, de las 45 últimas cepas aisladas en heces, el 80% presentaba resistencia a ciprofloxacino siendo todas ellas sensibles a claritromicina y gentamicina.

Es bien conocido el poder inmunosupresor de los esteroides y la asociación existente entre su uso a dosis altas y la aparición de infecciones

oportunistas, tanto exógenas como endógenas. En nuestro caso, parece demostrado que la bacteriemia se produjo a partir de una colonización digestiva por *C. jejuni*.

Juan Ramón Maestre^a, Victoria Buezas^a, Paloma Sánchez^a, Antonio Montero^b y Francisco Mellado^b

Servicios de ^aMicrobiología Clínica y ^bHematología. Hospital del Aire. Madrid.

Bibliografía

1. Nachamkin I. *Campylobacter* and *Arcobacter*. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH, eds. Manual of Clinical Microbiology (6th ed). Washington DC: American Society for Microbiology, 1995; 483-492.
2. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informe: sistema de vigilancia epidemiológica Comunidad de Madrid, 1999; 2000; 6: 33-53.
3. Blaser MJ. *Campylobacter* and related species. En: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, eds. Principles and Practice of Infectious

Diseases (4th ed). Nueva York: Churchill-Livingstone, 1995; 1.948-1.956.

4. Font C, Cruceta A, Moreno A, et al. A study of 30 patients with bacteremia due to *Campylobacter* spp. Med Clin 1997; 108: 336-340.
5. Manfredi R, Nanetti A, Ferri M, Chiodo F. Fatal *Campylobacter jejuni* bacteraemia in patients with AIDS. J Med Microbiol 1999; 48: 601-603.
6. Callahan C, Greene JN, Sandin RL, Ruge D, Johnson J. *Campylobacter jejuni* bacteremia in an HIV-positive patient with non-Hodgkin's lymphoma. Cancer Control 1998; 5: 357-360.
7. Arnal J, Giménez Pérez M, Olive A. Bacteremia caused by *Campylobacter fetus* secondary to rectal biopsy. Enferm Infecc Microbiol Clin 1997; 15: 227-228.
8. Smally AJ, Pool SK, Reza M. Transient *Campylobacter* bacteremia in a healthy child. South Med J 1996; 89: 1.123-1.124.
9. Cesteros RI, Menasalvas AI, Guerrero C, López-Domínguez R, Miranda A, Segovia M. Bacteriemia por *Campylobacter jejuni*: a propósito de 2 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 53-54.
10. Tee W, Mijch A. *Campylobacter jejuni* bacteremia in Human Immunodeficiency Virus (HIV)-infected and non HIV-infected patients: comparison of clinical features and review. Clin Infect Dis 1998; 26: 91-96.