



CARTAS AL DIRECTOR

Descripción de 2 casos de hepatitis aguda por *Chlamydomphila pneumoniae*

Description of 2 cases of acute hepatitis due to *Chlamydomphila pneumoniae*

Sr. Director;

Los virus y la toxicidad hepática por fármacos, ya sea dependiente de la dosis o idiosincrásica, son las causas más comunes de hepatitis aguda. Entre las causas infecciosas prevalecen los virus hepatotropos (A, B, C, D y E), aunque otros agentes como el virus del herpes simple, virus varicela-zóster, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus del sarampión, virus de la rubéola, virus *Coxsackie*, virus *Echo*, adenovirus, *Coxiella burnetii*, *Brucella*, *Leptospira*, micobacterias o *Fasciola*, también pueden producirla. Por otra parte, las bacteriemias y fungemias, y otros agentes infecciosos también pueden afectar al hígado como parte de un proceso general.

Chlamydomphila pneumoniae (*C. pneumoniae*) es causa frecuente de procesos respiratorios de vías altas y de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). La hepatitis aguda clínicamente relevante, sin embargo, es excepcional (PubMed, 1969-2011, palabras clave: *Chlamydomphila pneumoniae* and hepatitis, *Chlamydomphila pneumoniae* and

extrarespiratory infection). Presentamos 2 casos atendidos recientemente y en un escaso intervalo de tiempo, de hepatitis aguda colestásica atribuidos a *C. pneumoniae*. Sus características más relevantes se exponen en la tabla 1.

Caso 1. Varón de 78 años con antecedentes de prostatectomía radical y posterior radioterapia local por adenocarcinoma de próstata. No tomaba alcohol, fármacos ni productos de herboristería. Consultó por molestias abdominales, febrícula y deterioro del estado general. La exploración física fue normal. Analíticamente destacaba: actividad de protrombina 100%, bilirrubina total 1,7 mg/dl (fracción directa 1,1 mg/dl), alanina-aminotransferasa (ALT) 1.104 UI/l (vn 5-41), aspartato-aminotransferasa (AST) 912 UI/l (vn 2-37), gammaglutamil transpeptidasa (GGT) 442 UI/l (vn 15-85), fosfatasa alcalina (FA) 167 UI/l (vn 40-129), lactato deshidrogenasa (LDH) 840 UI/l (vn 110-210) y ferritina 394 ng/ml. Todos los estudios serológicos fueron negativos excepto IgG e IgM frente a *C. pneumoniae*, con negativización posterior de la segunda. La radiografía de tórax y la ecografía abdominal fueron normales.

Caso 2. Mujer de 51 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes de toma de fármacos u otros tóxicos hepáticos. Consultó por artromialgias, deterioro del estado general, náuseas, coluria, hipocolia e ictericia. La exploración física mostró ictericia y hepatomegalia. Analíticamente destacaba: actividad de protrombina 96%; ferritina 1.998 ng/ml, bilirrubina total 7,60 mg/dl, bilirrubina directa 6,77 mg/dl,

Tabla 1 Características de los pacientes

Caso	Edad/ Sexo	Sintomatología	AST ^a /ALT ^b (U/l)	GGT ^c /FA ^d (U/l)	Bilirrubina total/directa	IgM Chl. pneumophila	Otras serologías ^e	Ecografía abdominal	Evolución (semanas)
1	78/H	Febrícula, dolor abdominal y deterioro del estado general	912/1104	442/167	1,7/1,1	Positiva	Negativas	Normal	Favorable (2 semanas)
2	51/M	Fiebre, deterioro del estado general, ictericia, coluria e hipocolia	1315/2182	209/383	7,6/6,77	Positiva	Negativas	Hepato- megalia	Favorable (3 semanas)

^a AST: aspartato-aminotransferasa (valor normal [vn] 2-38 U/l).

^b ALT: alanina-aminotransferasa (vn 2-38 U/l).

^c GGT: gammaglutamil transpeptidasa (vn 7-50 U/l).

^d FA: fosfatasa alcalina (vn 35-104 U/l).

^e Virus A, B y C de la hepatitis, virus de la inmunodeficiencia humana, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus del herpes simple tipos I y II, *Mycoplasma pneumoniae*, *Brucella* y *Coxiella burnetii*.

ALT 2.182 UI/l, AST 1315 UI/l, GGT 209 UI/l, FA 383 UI/l, LDH 342 UI/l y ferritina 1.998 ng/ml. Los estudios serológicos fueron negativos salvo para las fracciones IgG e IgM frente a *C. pneumoniae*. La radiografía de tórax fue normal y la ecografía abdominal constató una ligera hepatomegalia. La evolución fue favorable, con normalización clínica y analítica a los 21 días de iniciado el proceso.

Chlamydomphila pneumoniae es una bacteria gramnegativa de desarrollo intracelular y transmisión aérea, causante de infecciones respiratorias de vías altas y del 5 al 10% de las NAC¹. Muy ocasionalmente se ha descrito, además de su posible relación con la enfermedad aterotrombótica² y la cirrosis biliar primaria³, derrame pleural⁴, síndrome de distrés respiratorio agudo, shock séptico, fracaso multiorgánico⁵, meningitis, hepatitis⁶, iritis, artritis⁷, vasculitis leucocitoclastica⁸, síndrome de Guillain-Barré, insuficiencia renal aguda, pericarditis, miocarditis o síndrome febril prolongado sin foco⁹.

La hepatitis aguda, en consecuencia, es una manifestación excepcional de la enfermedad. En ambos casos –el primero de los cuales ha sido comunicado por nosotros recientemente¹⁰– se trata de una hepatitis aguda colestásica, sin cuadro respiratorio añadido y de evolución favorable. La positividad de la IgM frente a *C. pneumoniae* y la negatividad del resto de datos serológicos hace verosímil el diagnóstico de infección aguda por esta bacteria.

Como conclusión, creemos que *C. pneumoniae* debe ser incluida en el diagnóstico etiológico de las hepatitis agudas, sobre todo si se han descartado las causas más habituales.

Bibliografía

- Ruiz M, Ewig S, Marcos MA, Martínez JA, González J, Arancibia F, et al. Etiology of community-acquired pneumonia: impact of age, comorbidity and severity. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;160:397–405.
- Cuffini C, Guzmán LA, Villegas N, Alonso CE, Martínez-Riera L, Rodríguez-Fermepín M, et al. Isolation of *Chlamydomphila pneumoniae* from atheromas of the carotid artery and their antibiotics susceptibility profile. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:81–5.
- Liu HY, Deng AM, Zhang J, Zhou Y, Yao DK, Tu XQ, et al. Correlation of *Chlamydia pneumoniae* infection with primary biliary cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2005;11:4108–10.
- Antón Aranda E, Otegui A. Isolated pleural effusion as unusual manifestation of *Chlamydia pneumoniae* infection. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:268.
- Marik PE, Iglesias J. Severe community-acquired, shock and multiorgan dysfunction syndrome caused by *Chlamydia pneumoniae*. *J Intern Med*. 1997;241:441–4.
- Kalambokis G, Ekonomou G, Kitsanou M, Kostoula A, Bobojianni C, Tsianos E. Extrarespiratory *Chlamydia pneumoniae* infection associated with immune disorder, hepatitis and renal disease. *Scand J Infect Dis*. 2003;35:424–6.
- Sundelöf B, Gnarpe H, Gnarpe J. An unusual manifestation of *Chlamydia pneumoniae* infection: meningitis, hepatitis, iritis and atypical erythema nodosum. *Scand J Infect Dis*. 1993;25:259–61.
- Cascina A, Marone Bianco A, Mangiarotti P, Montecucco CM, Meloni F. Cutaneous vasculitis and reactive arthritis following respiratory infection due to *Chlamydia pneumoniae*: report of a case. *Clin Exp Rheumatol*. 2002;20:845–7.
- Antón Aranda E. Síndrome febril prolongado e infección por *Chlamydia pneumoniae*. *Rev Clin Esp*. 2003;203:382–3.
- Prieto de Paula JM, Franco Hidalgo S, Eiros Bouza JM, Ruiz Rebollo ML. Hepatitis aguda por *Chlamydomphila pneumoniae*. *Rev Clin Esp*. 2011, doi:10.1016/j.rce.2011.01.027.

J.M. Prieto de Paula^{a,*}, S. Franco Hidalgo^b,
E. Mayor Toranzo^a y E. Callejo Giménez^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^c Centro de Salud Circunvalación, Valladolid Este, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmpripaula@yahoo.es
(J.M. Prieto de Paula).

doi:10.1016/j.semerg.2011.05.014

Hospitalización domiciliaria: el hospital en casa

Home care services: hospital at home

Sr. Director:

Tanto el envejecimiento de la población como el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y la cronificación de ciertas enfermedades antes rápidamente mortales como el sida o ciertas neoplasias hacen que la falta de camas en nuestros hospitales sea cada vez un problema más plausible.

Por ello se han tenido que desarrollar nuevas fórmulas asistenciales para la atención de nuestros pacientes, como alternativa a la hospitalización tradicional, ya sea tanto en régimen ambulatorio (consultas externas, hospitales de día,

etc.), domiciliario (atención domiciliaria, hospitalización en domicilio), como a distancia (telemedicina), que sustituirán en gran parte los cuidados proporcionados hasta hoy en las salas de nuestras consultas y hospitales.

Médico residente de tercer año en el Centro de Salud Actur Sur (Zaragoza), decidí completar mi corta pero intensa formación como futuro médico de familia, y salir fuera de mi entorno formativo para conocer nuevas formas de trabajo y unidades asistenciales, segura de que ello me aportaría experiencia tanto profesional como personal. Esto fue uno de los motivos que me impulsó a realizar mi rotatorio por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Marqués de Valdecilla, en Santander, la cual, tras celebrar su 25 aniversario, sigue siendo toda una referencia para la comunidad médica.

Las unidades de hospitalización domiciliaria (ya existentes en países como EE.UU. desde los años 1950) surgen como