

# Localización atípica de infección por *Listeria monocytogenes* en un paciente en hemodiálisis

Pilar Fraile Gómez, Elena Ruiz, Alexandra Lizarazo, Pedro García-Cosmes, José M. Tabernero-Romo

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca

NefroPlus 2014;6(1):88-9

doi:10.3265/NefroPlus.pre2014.Sep.12216

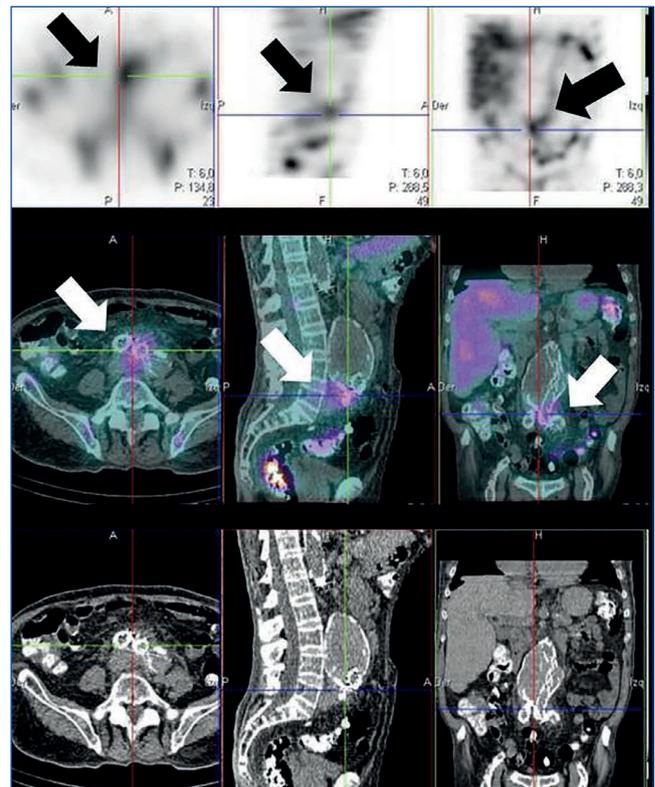
Varón de 72 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, infarto agudo de miocardio, hiperparatiroidismo secundario, insuficiencia renal crónica estadio 5, en programa de hemodiálisis periódica secundaria a nefropatía isquémica, tras la implantación de prótesis endovascular por aneurisma de aorta abdominal. Su tratamiento incluía hierro sacarosa<sup>1</sup> 100 mg/semana, darbepoetina alfa, ranitidina, clopidogrel, ácido acetilsalicílico, bisoprolol, paricalcitol y atorvastatina.

El paciente acudió a Urgencias, procediéndose a su ingreso, por fiebre de 39 °C y dolor abdominal continuo localizado en región periumbilical e hipogastrio. El control analítico mostró urea 94 mg/dl, creatinina 7,73 mg/dl, proteína C reactiva 29,60 mg/dl, procalcitonina 0,895 ng/ml; hemograma: hemoglobina 10,8 g/dl, leucocitos 14 300/uL (neutrófilos 86 %, linfocitos 18 %) y plaquetas 181 000/uL. La tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT/TAC) de abdomen con Ga<sup>67</sup>-citrato (figura 1) puso de manifiesto la presencia de un proceso infeccioso localizado en la endoprótesis aorto-iliaca<sup>2</sup>. En los hemocultivos se aisló *Listeria monocytogenes*. Se inició tratamiento con ampicilina, amikacina y vancomicina durante seis semanas<sup>3</sup>. El paciente mejoró, con desaparición de la fiebre y del dolor abdominal, normalización de los parámetros inflamatorios y negativización de los hemocultivos. Se repitió la SPECT/TAC de abdomen con Ga<sup>67</sup>-citrato a las tres semanas, con desaparición del depósito patológico abdominal.

Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo son más susceptibles a las infecciones. La incidencia de infección por *Listeria monocytogenes* se cifra en 0,29 casos/100 000 habitantes. Las infecciones sistémicas por *Listeria* suelen presentarse en personas con varios factores de riesgo de infección simultáneos. En nuestro caso, el paciente era mayor de 65 años, tenía antecedentes de diabetes mellitus, enfermedad renal crónica terminal

**Correspondencia:** Pilar Fraile Gómez

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca.  
Paseo de San Vicente, 58-182. 37007. Salamanca.  
pilarfg@usal.es  
pilarfg9@hotmail.com



**Figura 1.** Estudio planar de cuerpo entero (primera fila) y SPECT/TAC de abdomen con citrato de galio-67 (segunda y tercera fila), donde se visualiza depósito patológico del radiotrazador en zona media de abdomen (color violáceo en imagen de SPECT-TAC de la segunda fila) que coincide con probable proceso infeccioso localizado a nivel de la endoprótesis aorto-iliaca. Tras el tratamiento antibiótico prescrito, desaparición en las imágenes inferiores de SPECT-TAC (tercera fila) de la captación.

y recibía tratamiento con hierro<sup>1</sup>. Las infecciones por *Listeria monocytogenes* descritas en personas en hemodiálisis suelen cursar clínicamente como septicemia, endocarditis, pericarditis-

tis o infección del acceso vascular protésico<sup>2</sup>. El tratamiento de las infecciones de prótesis por *Listeria* incluye antibióticos o tratamiento quirúrgico, pero no existe consenso sobre la mejor actitud terapéutica que se ha de tomar. Nosotros optamos por el tratamiento antibiótico prolongado y se descartó la cirugía, dado el elevado riesgo de morbilidad del paciente<sup>3</sup>.

En resumen, a pesar de la baja incidencia descrita de listeriosis, es una infección muy agresiva en pacientes inmunodeprimidos. Por tanto, los nefrólogos debemos incluirla en el diagnóstico diferencial de pacientes con bacteriemia y tratamiento renal sustitutivo, especialmente si presentan varios factores de riesgo simultáneos. Dada su elevadísima morbilidad, es preciso un diagnóstico temprano y de certeza, que en nuestro caso nos proporcionó el SPECT/TAC de abdomen con Ga<sup>67</sup>-citrato complementado con los hemocultivos, con vistas a instaurar un tratamiento precoz.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seeger W, Hugo F, Heine C, Handrick W. Listeriosis in a patient with hemodialysis and iron overload. *Med Klin (Munich)* 2007;102(6):483-5.
2. Cernohorsky P, Reijnen MM, Tielliu IF, van Sterkenburg SM, van den Dungen JJ, Zeebregts CJ. The relevance of aortic endograft prosthetic infection. *J Vasc Surg* 2011;54(2):327-33.
3. Saleem BR, Berger P, Zeebregts CJ, Slart RH, Verhoeven EL, van den Dungen JJ. Periaortic endograft infection due to *Listeria monocytogenes* treated with graft preservation. *J Vasc Surg* 2008;47(3):635-7.