



Derrame pleural por *Listeria monocytogenes* en mujer con cirrosis hepática

Sr. Director: La infección por *Listeria monocytogenes* suele afectar a mujeres gestantes y a pacientes inmunodeprimidos (oncológicos, en tratamiento inmunodepresor o con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana), aunque hay algunos casos en la literatura médica que la relacionan con otras enfermedades, entre ellas la cirrosis hepática. Las presentaciones clínicas más frecuentes son la afectación del sistema nervioso central y la sepsis. Son muy raras otras formas de infección, entre ellas la afectación del líquido pleural¹. Presentamos el caso de una paciente con cirrosis hepática y derrame pleural complicado por infección por *L. monocytogenes*, que presentó una buena respuesta al tratamiento antibiótico.

Mujer de 70 años con cirrosis hepática por el virus de la hepatitis C, en estadio B de Child, con trombosis portal, episodios de hemorragia digestiva alta, descompensación hidrópica y un último ingreso por ascitis e hidrotórax secundario, que se resolvió con tratamiento diurético. Acudió a urgencias por un cuadro de ascitis, edemas y aumento de la disnea de 15 días de evolución. En la auscultación pulmonar tenía disminución del murmullo vesicular en los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo. En el hemograma destacaba únicamente la trombopenia (76.000 células/ μ l) y en la bioquímica, la elevación de la creatinina (1,9 mg/dl), bilirrubina (3,1 U/l), gammaglutamiltranspeptidasa (71 U/l) y fosfatasa alcalina (268 U/l), así como el descenso de la albúmina (2,3 U/l). En la radiografía de tórax se objetivaba un derrame pleural que ocupaba los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo. Se interpretó el cuadro como un nuevo episodio de descompensación hidrópica con hidrotórax. A pesar de aumentar el tratamiento diurético, el derrame pleural persistía y la paciente comenzó a presentar febrícula. Se realizó una paracentesis diagnóstica, cuyos datos excluían la peritonitis bacteriana espontánea; el cultivo fue estéril. El mismo día se realizó una toracocentesis que mostraba los siguientes resultados: 4.120 leucocitos/ μ l (un 75% neutrófilos), glucosa de 262 mg/dl, proteínas totales de 3,87 g/dl,

lactatodeshidrogenasa de 156 U/l y pH de 7,33. Se trataba de un exudado de polimorfonucleares indicativo de un probable derrame paraneumónico. En la muestra de líquido pleural enviada para estudio microbiológico se cultivó *L. monocytogenes* sensible a ampicilina, gentamicina y trimetropim-sulfametoxazol.

Dos días después se realizó una nueva toracocentesis, obteniéndose de nuevo cultivo positivo para *Listeria*, así como una tomografía axial computarizada de tórax (fig. 1), en la que se objetivaba un importante derrame pleural izquierdo. Los hemocultivos y estudios para excluir la afectación de sistema nervioso central por *Listeria* fueron normales.

Iniciamos tratamiento con ampicilina intravenosa, con buena respuesta clínica y radiológica. Debido a la aparición de leucopenia (2.550 leucocitos/ μ l) y trombopenia grave (32.000 plaquetas/ μ l), sustituimos la ampicilina por cotrimoxazol intravenoso hasta completar 4 semanas de tratamiento, con resolución completa del derrame.

Hasta el momento se han descrito 19 casos de infección de líquido pleural por *L. monocytogenes*², la mayoría en pacientes inmunodeprimidos con neoplasias hematológicas. Sólo hay 3 casos descritos de infección de líquido pleural por *L. monocytogenes* en pacientes con cirrosis hepática^{3,5}. No está claro el mecanismo de llegada del germen a la cavidad pleural en los casos de cirrosis hepática, si bien se postulan la vía sanguínea, por una bacteriemia a partir de un foco primario (peritonitis bacteriana o meningococcal), o la inoculación directa del germen durante la toracocentesis.

Desconocemos el mecanismo exacto por el que *L. monocytogenes* llegó a la cavidad pleural en nuestro caso, ya que ni en los hemocultivos ni en los cultivos de líquido ascítico y cefalorraquídeo se aisló *L. monocytogenes*, y éste se aisló en 2 toracocentesis realizadas en días diferentes. El tratamiento de elección suele ser la ampicilina o penicilina asociada a un aminoglucósido, en general la gentamicina. En los casos con afectación del sistema nervioso central suele emplearse el cotrimoxazol por su mejor penetración en el líquido cefalorraquídeo. Debe colocarse un drenaje endotorácico en los casos de derrame complicado. La duración del tratamiento puede oscilar entre 2 semanas como mínimo y un máximo de 6 semanas en inmunodeprimidos⁶. En nuestra paciente, de acuerdo con los resultados del antibiograma, pautamos ampicilina por vía parenteral, sin asociarla a aminoglucósidos por la insuficiencia renal que

presentaba. A los 15 días se sustituyó por cotrimoxazol debido a la aparición de leucopenia y empeoramiento de la trombopenia. La duración total del tratamiento fue de 4 semanas.

No se conoce el pronóstico de los pacientes con infección pleural por *L. monocytogenes* en cirrosis hepática, dado el escaso número de casos descritos. De los 3 casos publicados hasta el momento en la literatura médica, sólo uno falleció, pero a causa de una hemorragia digestiva por varices esofágicas. Nuestro caso tuvo una evolución clínica favorable, con la resolución completa del derrame pleural.

**Ricardo García Luján,
Victoria Villena Garrido
y Cristina García Quero**

Servicio de Neumología.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Madrid. España.

1. Vidal A, Pujol I, Joven J. Consideraciones clinicoepidemiológicas sobre la listeriosis. Rev Clin Esp. 1990;187:131-6.
2. Tobalina Larrea I, López Legarra G, Martínez Odriozola P, Rojo P, Fresco Benito J, López Capel A. Derrame pleural por *Listeria monocytogenes*: presentación de un caso y revisión de la literatura. An Med Interna. 1999;16:463-5.
3. Portell A, Pedreira JD, Vargas V, Fernández F, Guardia J. Derrame pleural por *Listeria monocytogenes*. Arch Bronconeumol. 1982;18:80-2.
4. Marrón A, Rosón B, Mascaró J, Carratalá J. *Listeria monocytogenes* empyema in an HIV infected patient. Thorax. 1997;52:745-6.
5. Janssens W, Van Raemdonck D, Dupont L, Verleden GM, et al. *Listeria pleuritis* 1 week after lung transplantation. J Heart Lung Transplant. 2006;25:734-7.
6. Jones EM, MacGowan AP. Antimicrobial chemotherapy of human infection due to *Listeria monocytogenes*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1995;14:165-75.



Fig. 1. Tomografía axial computarizada de tórax que muestra derrame pleural derecho y atelectasia pulmonar subsegmentaria compresiva.