

## NOTA CLÍNICA

# FALLO HEPÁTICO AGUDO SOBRE CRÓNICO SECUNDARIO A SEPSIS GRAVE POR LISTERIA MONOCYTOGENES

## ACUTE ON CHRONIC LIVER FAILURE SECONDARY TO SEVERE SEPSIS BY LISTERIA MONOCYTOGENES

García Martínez A, Fernández Olvera D, Mateos Millán D, Campos Gonzaga L

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz.

### Resumen

Se trata de un varón de 74 años con cirrosis hepática de origen enólico e hipertensión portal asociada, que ingresa en la unidad de aparato digestivo por bajo nivel de conciencia y fiebre, con datos de fallo hepático agudo sobre crónico. Se realizó estudio hallándose en los hemocultivos extraídos, crecimiento de *Listeria monocytogenes*. Tras ello y con la instauración de antibioterapia dirigida, el paciente mejora de forma progresiva, lo que permite el alta hospitalaria y cumplir el tratamiento de forma ambulatoria durante dos semanas.

**Palabras clave:** fallo hepático agudo sobre crónico, cirrosis hepática, *Listeria monocytogenes*, sepsis.

### Abstract

We introduce a 74-year-old man with liver cirrhosis of alcoholic origin and associated portal hypertension, who was admitted in the digestive system department due to low level of consciousness and fever, with data of acute over chronic liver failure. We performed a study, so we found in the blood cultures extracted, growth of *Listeria monocytogenes*. After this and with the introduction of targeted antibiotic therapy, the patient progressively improved, which allowed us to discharge him from hospital and continue outpatient treatment for two weeks.

**Keywords:** acute on chronic liver failure, liver cirrhosis, *Listeria monocytogenes*, sepsis.

### Introducción

El fallo hepático agudo sobre crónico es la descompensación aguda en un paciente con una enfermedad hepática crónica de base, siendo las infecciones bacterianas el factor precipitante identificable más frecuente. Las bacteriemias y la sepsis secundaria ocupan el tercer lugar tras la peritonitis bacteriana espontánea y la neumonía<sup>1</sup>.

#### CORRESPONDENCIA

Alejandro García Martínez  
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera  
11407 Cádiz  
[alegama91@hotmail.com](mailto:alegama91@hotmail.com)

Fecha de envío: 30/04/2021

Fecha de aceptación: 18/06/2021

## Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 74 años, con antecedentes de cirrosis hepática de origen enólico (actualmente en abstinencia), datos de hipertensión portal y descompensación previa en forma de encefalopatía hepática secundaria a estreñimiento.

Ingresa en la unidad de Aparato Digestivo por bajo nivel de conciencia y fiebre desde hace tres días, sin otra clínica asociada. Se solicitó estudio analítico, donde destacaba una bilirrubina total 3 mg/dl (directa en 1,5 mg/dl), creatinina 2,48 mg/dl (previas en 1 mg/dl), PCR 7 mg/l y actividad de protrombina 52% (previas 70%), siendo el resto de los hallazgos sin cambios con respecto a los controles habituales del paciente. Se amplió estudio mediante ecografía de abdomen, con hallazgos conocidos de cirrosis hepática e hipertensión portal sin cambios, así como radiografía de tórax, TAC de cráneo, PCR COVID-19, urocultivo y hemocultivos, anodinos salvo por el crecimiento de *Listeria monocytogenes* en estos últimos, sensible a las penicilinas, incluyendo ampicilina.

Todo ello compatible con fallo hepático agudo sobre crónico grado II (encefalopatía hepática y disfunción renal) secundario a sepsis grave por *L. monocytogenes*, descartándose afectación cardíaca y neurológica.

Por tanto, se comenzó tratamiento con ampicilina a dosis plenas, que tras mejoría clínica permitió desescalar a amoxicilina y cotrimoxazol, lo que permitió el alta hospitalaria y cumplir tratamiento durante dos semanas. Previo a ello se interrogó al paciente, refiriendo haber consumido leche de vaca no pasteurizada de su granja.

## Discusión

Los pacientes con cirrosis hepática presentan un riesgo de infección por *Listeria monocytogenes* de hasta 17 veces más que la población general, en probable relación con los déficits en las funciones del sistema reticuloendotelial de los neutrófilos y el complemento, la desnutrición asociada, además de las alteraciones en la microbiota y la permeabilidad intestinales<sup>2</sup>.

La infección se suele desarrollar como casos aislados tras el consumo de alimentos contaminados (verduras crudas y productos lácteos no pasteurizados), con un período de incubación de hasta 70 días<sup>3</sup>. Si bien en la literatura se han descrito al menos 50 casos de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) por *L. monocytogenes* en los pacientes con cirrosis hepática, no se hacen referencia a otros cuadros clínicos en este contexto<sup>4</sup>. No obstante, son conocidas en otros pacientes las bacteriemias, la meningoencefalitis, la gastroenteritis y endocarditis<sup>3</sup>.

En nuestro caso la puerta de entrada probablemente fuera la ingesta de alimentos contaminados y diseminación secundaria con bacteriemia. Una vez detectada se descartó afectación del sistema nervioso central, así como endocarditis y el paciente recibió tratamiento dirigido. No se realizó estudio del líquido ascítico, dada la ausencia de ascitis.

El tratamiento de elección de *L. monocytogenes* es el uso de ampicilina a dosis de 8 g/día y la adición de gentamicina, ambos intravenosos, los primeros días, si la función renal lo permite (ampliándose a 3-6 meses en las meningitis). En caso de insuficiencia renal, cotrimoxazol a dosis de 160/800 mg cada 8 horas es una alternativa válida a los aminoglucósidos<sup>2-4</sup>.

*L. monocytogenes* es un patógeno a considerar en el paciente cirrótico dadas la potencial gravedad y mortalidad del cuadro (entre el 28-61% en distintas series), y la inefectividad de las cefalosporinas, fármacos muy comúnmente empleados de forma empírica en la cirrosis, para su eliminación<sup>2-5</sup>.

## Bibliografía

1. Cai Q, Liu W, Zhu M et al. Microbial infections as a trigger for acute-on chronic liver failure: a review. *Med Sci Monit.* 2019;25:4773-4783.
2. Díaz-Fontenla F, Pérez-Valderas M, Ibáñez-Samaniego L et al. Peritonitis bacteriana espontánea por *Listeria monocytogenes*. *Revista clínica española.* 2014;5:285-286.
3. Fernández-Alonso M, Reina G, Rubio M et al. Infecciones por *Corynebacterium*, *Bacillus* spp. y *Listeria* spp. *Medicine.* 2018;12(49):2901-9.
4. Cardoso C, Cremers I and Oliveira AP. Spontaneous bacterial peritonitis caused by *Listeria monocytogenes*: a case report and literature review. *Annals of Hepatology.* 2012;11(6):955-957.
5. Suárez MM, Bautista RM, Almela M et al. Bacteriemia por *Listeria monocytogenes*: análisis de 110 casos. *Med Clin (Barc).* 2007;129(6):218-21.