



# CAMPYLOBACTER JEJUNI: ANOMALÍAS INESPERADAS EN LA BIOQUÍMICA

N. Mora-Cuadrado, C. Martín-Fernández, C. Maroto-Martín, L. Fernández-Salazar

Servicio de aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

## INTRODUCCIÓN

*Campylobacter jejuni* (C. Jejuni) es el agente causal más frecuente de gastroenteritis infecciosa a nivel mundial<sup>(2)</sup>. Aunque la infección por este patógeno cursa generalmente como una enteritis aguda, puede asociarse a distintas complicaciones extraintestinales. Aportamos el caso de un paciente visto en nuestro servicio que presentó una serie de anomalías bioquímicas en el contexto de una infección por C. Jejuni.

## CASO CLÍNICO

Varón de 21 años que ingresó en nuestro servicio con un cuadro de 48 horas de evolución de diarrea acuosa y posteriormente sanguinolenta que se acompañaba de fiebre elevada de hasta 39,5°C. No contaba con antecedentes personales de interés y no tomaba ninguna medicación pero refería haber ingerido varios alimentos con mayonesa en días previos.

La exploración física era normal aunque manifestaba una debilidad extrema que se relacionó con la hipertermia. El hemograma mostraba: Hb 15,3 gr/dl (12-15 gr/dl), leucocitos 12350/ µl (4000-10000/ µl) con 87% neutrófilos, plaquetas 170000/ µl (150000-450000/ µl). La bioquímica hemática: urea 22 mg/dl (10-50 mg/dl) creatinina 1,07 mg/dl (0,6-1,4 mg/dl), GOT 268 U/l (0-37 U/l), GPT 113 U/l (2-41 U/l), GGT 24 (7-50 U/l) U/l, FA 54 U/l (40-109 U/l), LDH 408 U/l (135-250 U/l), CK 7734 U/l (50-170 U/l), PCR 142 mg/l (0,0-5 mg/l) y alteración de los tiempos de coagulación (tiempo de protrobina de 16.5 seg (10,5-16 seg) índice de protrombina de 61.00 %

(70-130%) INR de 1,39 (0,8-1,3). La radiografía simple de abdomen no mostraba anomalías. El coprocultivo fue positivo para *Campylobacter Jejuni* sensible a amoxicilina-clavulánico, gentamicina, e imipenem. El paciente permaneció ingresado durante tres días en los que recibió tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico y sueroterapia mejorando clínicamente con disminución del número de deposiciones, normalizándose las pruebas de coagulación y mejorando las alteraciones analíticas. Fue dado de alta con tratamiento antibiótico domiciliario durante 6 días más y en un control analítico realizado un mes más tarde todas las alteraciones analíticas se habían normalizado. Por la buena y rápida evolución clínica y analítica del cuadro no se consideró la necesidad de realizar exploraciones adicionales que aclarasen la elevación de los enzimas musculares pero hemos encontrado referencias en la literatura que dan interés al caso.

La infección por *Campylobacter Jejuni* se ha relacionado con algunas secuelas postinfecciosas, como el síndrome de Guillain Barré, síndrome de intestino irritable, artritis reactiva y enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado<sup>(1)</sup>. De hecho la infección por *Campylobacter Jejuni* es el antecedente infeccioso más frecuente del síndrome de Guillain Barré, identificándose hasta en el 30-50% de los pacientes y se considera un predictor de mala evolución. El mecanismo de esta asociación se debería al mimetismo molecular entre los azúcares terminales en el lipooligosacárido de C. Jejuni y gangliósidos del sistema nervioso<sup>(2)</sup>.

Queremos hacer referencia a dos casos publicados de miositis que se presentaron en el contexto de una infección por C. Jejuni. El primer caso trata de un hombre de 78 años que ingresó por un cuadro de diarrea acuosa, fiebre y dolor y debilidad muscular con predominio en extremidades. Los valores de CPK eran de 40860 U/l y los de GOT de 738 U/l. Una resonancia magnética (RM) del brazo derecho, donde el dolor era más intenso, reveló inflamación difusa y cambios edematosos. El

## CORRESPONDENCIA:

Natalia Mora Cuadrado  
Servicio de Aparato Digestivo  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid  
Av Ramón y Cajal, 3  
47003 Valladolid, España  
Email: nalia.mora@gmail.com



diagnóstico fue de miositis<sup>(3)</sup>. En el segundo caso se presenta una mujer de 14 años con diarrea sanguinolenta cinco días de evolución seguido de dolor e inflamación de ambas pantorrillas. El valor de la CPK era 696 U/l. La diarrea y el dolor de la pierna izquierda desaparecieron espontáneamente, sin embargo ante la persistencia de dolor e inflamación de la pierna derecha se hizo una RM que reveló la presencia de miositis focal<sup>(4)</sup>. Ambos casos evolucionaron de forma satisfactoria.

En conclusión, la infección por *C. Jejuni* es una entidad frecuente en la práctica clínica, siendo la primera causa de diarrea infecciosa. Puede asociarse a distintas complicaciones extraintestinales que deben conocerse para poder establecer dicha interrelación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Kirkpatrick BD, y Tribble DR. Update on human *Campylobacter jejuni* infections. *Curr Opin Gastroenterol.* 2011; 27(1):1-7.
2. Nyati KK, y Nyati R. Role of *Campylobacter jejuni* infection in the pathogenesis of Guillain-Barré syndrome: an update. *Biomed Res Int.* 2013; 2013:852195.
3. Fujiki Y, Kotani T, Takeuchi T, y Makino S. Systemic myositis due to *Campylobacter* infection. *Scand J Rheumatol.* 2014; 43(1):78-80.
4. Dawson JK, y Davidson JE. Focal myositis due to *Campylobacter* infection. *Rheumatology.* 2001; 40(6): 704-706.