

COLANGITIS AGUDA POR *CANDIDA GLABRATA* Y *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

MARÍA VANESA DURÁN¹, ROMINA V. VICECONTE¹, AYELÉN LA TORRE²

¹Unidad de Infectología, ²Servicio de Cirugía General,
Sanatorio Dr. Julio Méndez, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: María Vanesa Durán, Avellaneda 551, 1405 Buenos Aires, Argentina

E-mail: dravanesaduran@gmail.com

Recibido: 14-VIII-2023

Aceptado: 11-IX-2023

Resumen

La colangitis aguda es una infección de la vía biliar, asociada a la obstrucción de esta. El cultivo de la bilis es positivo en la mayoría de los casos y el agente etiológico más frecuente es *Escherichia coli*. La colangitis aguda por *Candida sp* es un hallazgo poco común, que es más frecuente en pacientes con inmunocompromiso, uso de corticoides, tratamiento antibiótico prolongado o procedimientos quirúrgicos de la vía biliar. Presentamos el caso de una mujer de 67 años, que no presentaba ninguno de los antecedentes mencionados, y que consultó por fiebre, dolor abdominal e ictericia. En la resonancia magnética nuclear de abdomen se constató imagen litiásica en el colédoco con dilatación de la vía biliar. Requirió drenaje endoscópico del tracto biliar. En el examen microscópico directo del líquido biliar se evidenciaron levaduras y bacilos Gram negativos, y en el cultivo se aisló *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Candida glabrata*. La paciente completó el tratamiento antibiótico con piperacilina tazobactam y anidulafungina con buena evolución. La infección de la vía biliar por la asociación de bacilos Gram negativos y *Candida sp* es una entidad poco frecuente, más en pacientes sin enfermedades subyacentes.

Palabras clave: vía biliar, *Candida glabrata*, colangitis

Abstract

Acute cholangitis due to *Candida glabrata* and *Klebsiella pneumoniae*

Acute cholangitis is a bile duct infection associated with bile duct obstruction. Bile culture is positive in

most cases, and the most frequent etiological agent is *Escherichia coli*. *Candida sp* acute cholangitis is a rare finding, which is more common in patients with immunosuppression, use of corticosteroids, prolonged antibiotic treatment or surgical procedures of the bile duct. We present the case of a 67-year-old woman with none of the above-mentioned history who consulted for fever, abdominal pain and jaundice. MRI of the abdomen revealed a lithiasic image in the common bile duct with dilation. It required endoscopic drainage of the biliary tract. Direct microscopic examination of the bile fluid revealed gram-negative bacilli and yeast, and in the culture of bile fluid *Klebsiella pneumoniae* producing extended spectrum beta-lactamase (ESBL) and *Candida glabrata* were isolated. The patient completed the antibiotic treatment with piperacillin tazobactam and anidulafungin with good evolution. Bile duct infection by association of Gram-negative bacilli and *Candida sp* is a rare entity, more in patients without underlying diseases.

Key words: bile duct, *Candida glabrata*, cholangitis

La colangitis aguda es una infección potencialmente grave de la vía biliar, que requiere del tratamiento médico precoz, y el drenaje adecuado.

Los principales factores que intervienen en su patogénesis son la obstrucción del tracto biliar, la infección de la bilis y el aumento de presión intraluminal. Sus síntomas clásicos son fiebre y dolor en hipocondrio derecho en el 80% de los casos e ictericia en el 60 a 70% de los casos, estos síntomas corresponden a la denominada tríada de Charcot, que aparece en el 50% de los pacien-

tes¹. Pese a ser una entidad grave, desde la introducción del drenaje de la vía biliar con procedimientos endoscópicos, la mortalidad descendió a 3-10%. El cultivo de bilis es positivo en el 80-100% de los pacientes y los agentes etiológicos más frecuentes corresponden a los patógenos del tracto digestivo, siendo el más frecuente *E. coli*^{2,3}.

Múltiples trabajos y reportes coinciden en que la frecuencia de infección de la vía biliar por especies de *Candida sp*, especialmente en pacientes sin procedimientos previos, es rara, oscilando entre 2-3% según la serie. En la mayoría de los casos los pacientes presentan el antecedente de inmunosupresión, uso prolongado de antibióticos o procedimientos quirúrgicos⁴⁻⁶. Por lo tanto, más infrecuente, es que este aislamiento se encuentre en una paciente sin los factores de riesgo mencionados.

Caso clínico

Mujer de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, ex tabaquista de 20 paquetes/años y tromboembolismo pulmonar en el año 2020. No tenía antecedentes conocidos de inmunosupresión, tampoco de consumo regular de antibióticos o corticoides.

Consultó a la guardia por dolor abdominal de 4 días de evolución, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, tipo cólico. Presentaba además náuseas y vómitos. En las 24 horas antes de la consulta agregó ictericia, coluria y acolia. En el examen físico se constató ictericia, abdomen doloroso en hipocondrio derecho, sin reacción peritoneal. Los análisis de laboratorio evidenciaban recuento normal de glóbulos blancos e hiperbilirrubinemia con predominio directo (bilirrubina total 2.7 mg/dl). Se

realizó una ecografía abdominal que informó vesícula biliar de paredes finas con un lito de 17 mm y una resonancia magnética de abdomen y colangio-resonancia que informaba imagen litiásica enclavada en la desembocadura del colédoco de 6 mm, asociada a dilatación leve (Figs. 1 y 2). Con diagnóstico de colangitis leve, la paciente inició tratamiento con ampicilina sulbactam. Evolucionó con leucocitosis, registros febriles, aumento de la bilirrubina además de oligoanuria y alteración del nivel de conciencia, por lo que se cambió el tratamiento a piperacilina tazobactam y se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), en la misma se observó dilatación de la vía biliar extrahepática (9 mm) con imágenes litiásicas en el interior, se realizó la esfinteropapilotomía, observándose la salida de material purulento y fragmentos litiásicos. Se colocó un *stent* biliar.

Se tomaron hemocultivos, que fueron negativos. Luego del procedimiento la paciente evolucionó afebril, con mejoría del cuadro clínico. Se identificó en el examen microscópico directo del líquido biliar bacilos Gram negativos y levaduras y en el cultivo se aisló *Klebsiella pneumoniae* BLEE y *Candida glabrata*. La paciente completó 7 días de tratamiento con piperacilina tazobactam y anidulafungina, con buena evolución y posterior alta sanatorial.

La paciente firmó el correspondiente consentimiento informado.

Discusión

La colangitis es una infección de la vía biliar que puede presentarse de forma leve, moderada o grave, con un amplio espectro de síntomas que van desde dolor abdominal, fiebre e ictericia, hasta manifestaciones graves como alteración del nivel de la conciencia e hipotensión.

Figura 1 | Corte coronal resonancia magnética de abdomen secuencia T2. Litiasis coledociana

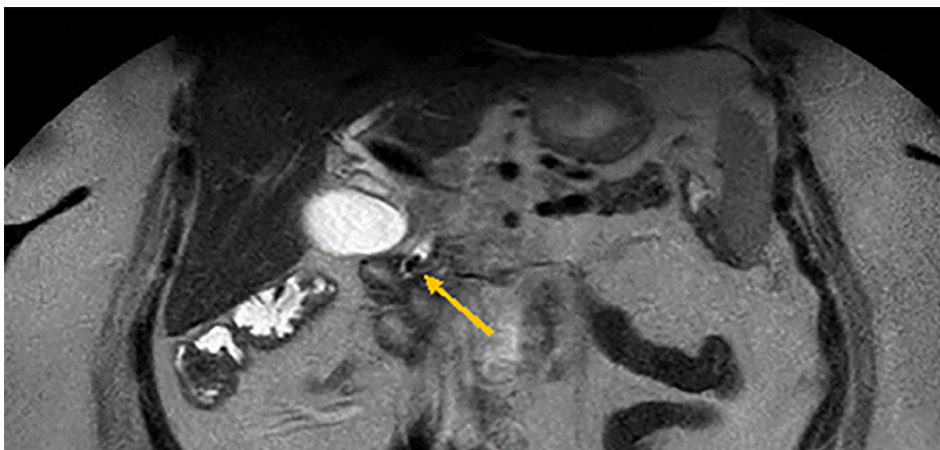
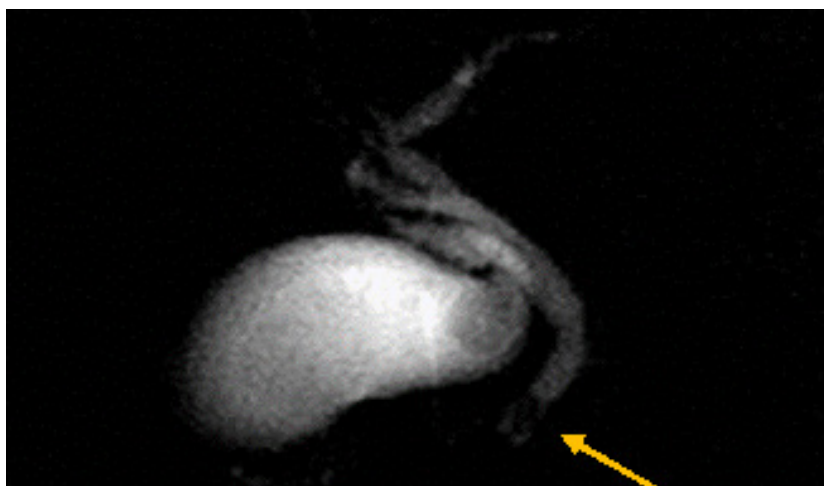


Figura 1 | Colangiorresonancia (reconstrucción). Litiasis coledociana

En el caso que comunicamos, la paciente inicialmente presentó una colangitis leve, evolucionando a las 48 horas con fiebre, aumento del recuento de los glóbulos blancos y de la bilirrubina, además de alteración del nivel de conciencia y oligoanuria, por lo cual se la reclasificó como colangitis grave.

Como ya mencionamos, la frecuencia de colangitis causada por *Candida sp.* exclusivamente o por *Candida sp.* en asociación a bacterias Gram positivas o Gram negativas es baja (2- 3%). En el caso reportado se identificó en el examen microscópico directo del líquido biliar bacilos Gram negativos y levaduras, con el posterior desarrollo en el cultivo de *Candida glabrata* y *Klebsiella pneumoniae*. Algunos de los casos descriptos co-

rresponden a pacientes con enfermedades subyacentes, como neoplasias o uso prolongado de antibióticos⁷. Pero otro porcentaje más pequeño aún lo representan los pacientes sin factores de riesgo, en cuyos cultivos se aíslan especies de *Candida albicans*, *C. glabrata* o *C. tropicalis*⁸ como el caso reportado. Inicialmente la paciente recibió tratamiento con ampicilina-sulbactam y posteriormente piperacilina tazobactam para tratar los agentes etiológicos más frecuentes, posterior a la realización de la CPRE pudimos obtener muestras de líquido biliar para cultivo, con el hallazgo de *C. glabrata*, además de *K. pneumoniae* BLEE, lo que nos permitió adecuar el tratamiento antibiótico.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, et al. Tokyo guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2018; 25: 17-30.
2. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, et al. Tokyo guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2018; 25: 3-16.
3. Almirante B, Pigrau C. Colangitis aguda. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010; 28 (Suppl 2): 18-24.
4. Shenoy SM, Shenoy S, Gopal S, Tantry BV, Baliga S, Jain A. Clinico-microbiological analysis of patients with cholangitis. *Indian J Med Microbiol* 2014; 32: 157-60.
5. Luo Y, Cui MY, Liao B, et al. Diagnostic and post-treatment CT appearance of biopsy proven mixed cryptococcus and candida cholangitis. *J Xray Sci Technol* 2014; 22: 727-33.
6. Rodríguez VE, Freuler CB, Ezcurra C, Durlach RA. Colecistitis aguda e infección de la vía biliar por candida. *Rev Iberoam Micol* 2007; 24: 152-4.
7. Lenz P, Conrad B, Kucharzik T, et al. Prevalence, associations, and trends of biliary-tract candidiasis: a prospective observational study. *Gastrointest Endosc* 2009; 70: 480-7.
8. Saradna A, Shankar S, Shamian B, Kupfer Y. *Candida tropicalis* cholangitis in a patient without underlying malignancy. *Cureus* 2017; 9: e1867.