

Haemophilus parainfluenzae has recently been reported with increasing frequency in a broad spectrum of serious infections.¹ In fact, it is believed that its true prevalence could be underestimated due to its fastidious growth requirements and the lack of use of proper growth media.^{2,3} For example, the recovery rate in biliary tract infections was found to be increased in one study in which negative bile specimens by conventional cultures were inoculated into blood culture bottles.² In this context, it is worth mentioning that in our case *Haemophilus parainfluenzae* was promptly detected in the specimen inoculated into the blood culture bottle. These findings suggest that the enriched liquid medium contained in blood culture bottles may contribute to enhance the recovery of this microorganism. It should be remembered that *Kingella kingae*, another member of the HACEK group, has become the main etiological agent of osteoarticular infections in young children in settings where this procedure has been systematically employed.⁴

We were able to find 15 reported cases of osteoarticular infections caused by *Haemophilus parainfluenzae* in the international medical literature.^{5–8} Fifty-three percent of these patients were over 65 years of age (range 8 months–95 years). There were 10 cases of septic arthritis with a clear predilection for the knee (50% of the patients). The vertebral column was involved in 4 of the 5 reported patients with osteomyelitis. Although most cases affected patients without underlying conditions or immunosuppression, up to 67% had a history of dental or gastrointestinal procedures, intestinal mucosa damage after chemotherapy, tooth abscess or upper respiratory tract infections.^{5–8} This feature indicates that the most common pathway of infection could be an osteoarticular seeding after hematogenous spread facilitated by mucosal rupture, bearing in mind that this pathogen is found among the commensal flora of the oral cavity, pharynx, and digestive and urogenital tracts.⁵ As in systemic infections other than endocarditis caused by other *Haemophilus* species, patients should be treated with ceftriaxone or cefotaxime until beta-lactamase production is ruled out¹. Most patients who received appropriated antimicrobial therapy, combi-

ned with timely surgical treatment when indicated, can be cured without long-term sequelae.⁵

Bibliografía

1. Barenkamp SJ. Other *Haemophilus* species. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan S, editors. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 5th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2004. p. 1655–63.
2. Álvarez M, Potel C, Rey L, Rodríguez-Sousa T, Oteo I. Biliary tract infections caused by *Haemophilus parainfluenzae*. *Scand J Infect*. 1999;31:212–3.
3. Batista N, Díez O, Moreno A. *Haemophilus parainfluenzae* and cholecystitis: description of one case and review of the literature. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:416–7.
4. Pérez A, Herranz M, Padilla E, Ferrer F. Utilidad de la inoculación de líquido sinovial en frascos de hemocultivo en el diagnóstico de artritis séptica por *Kingella kingae*: estado de la cuestión. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;27:605–6.
5. Khor BS, Liaw SJ, Liao HC, Yang CC, Lee MH. Bone and joint infections caused by *Haemophilus parainfluenzae*. Report of two cases and literature review. *Infect Dis Clin Pract*. 2007;15:206–8.
6. Carey TW, Jackson K, Roure R, Abell BE. Acromioclavicular septic arthritis: a case report of a novel pathogen. *Am J Orthop*. 2010;39:134–6.
7. Okubadejo OA, Fayinka OA. Acute suppurative arthritis (pyoarthrosis) caused by *Haemophilus* species: report of three cases. *West Afr Med J*. 1967;16:79–80.
8. Gisserot O, Crémades S, Leyral G, Landais C, Blade JS, De Jaureguiberry JP. Monoarthritis with *Haemophilus parainfluenzae* septicaemia during multiple myeloma of the bones. *Presse Med*. 2003;32:1457–8.

Ana Mora^a, Isidro Marimón^a, Javier Mesquida^b, Andrés Pérez^{c,*}

^a Department of Orthopedic Surgery, Fundación Hospital Manacor, Manacor, Mallorca, Islas Baleares, Spain

^b Clinical Microbiology Laboratory, Fundación Hospital Manacor, Manacor, Mallorca, Islas Baleares, Spain

^c Department of Pediatrics, Fundación Hospital Manacor, Manacor, Mallorca, Islas Baleares, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: arperez@hospitalmanacor.org (A. Pérez).

doi:10.1016/j.eimc.2011.02.015

Ictus y parálisis del hipogloso en varón joven

Stroke and paralysis of the hypoglossus in a young man

Sr. Editor:

La incidencia de sífilis en nuestro entorno está aumentando, especialmente en varones homosexuales y en pacientes infectados por el VIH^{1,2} y esta enfermedad sigue siendo una causa a descartar en el estudio de pacientes jóvenes con accidente cerebrovascular. Presentamos el caso de un varón joven con déficit neurológico agudo secundario a una sífilis meningovascular que presentaba una infección por VIH no conocida previamente.

Varón de 47 años natural de Argelia, con antecedentes de hipertensión arterial sin tratamiento, que consultó por cuadro de 24 h de evolución, de inicio brusco, consistente en pérdida de fuerza y sensibilidad en el hemicuerpo derecho, de predominio braquio-facial, lenguaje incoherente y poco fluente. No se acompañaba de cefalea ni otra sintomatología. Negaba historia compatible con chancro sífilítico o secundarismo luético. A la exploración, el paciente se encontraba afebril, con PA 178/100 mmHg, eupneico y con buen estado general. El resto de la exploración física fue normal, sin soplos cardiacos ni carotídeos. La exploración neurológica revelaba anomia y disfasia mixta de predominio motor, hemianopsia homónima derecha, parálisis facial central derecha, hemiparesia y hemihipoestesia derecha, y parálisis del XII

par izquierdo. No tenía signos meníngeos. En la analítica destacaba: proteína C reactiva 2,8 mg/dl y velocidad de sedimentación globular 35 mm, con resto de parámetros bioquímicos, hemograma y coagulación normales. En la tomografía computarizada craneal sin contraste aparecía una lesión hipodensa en los ganglios de la base izquierdos y atrofia córtico-subcortical. En la RM encefálica aparecían imágenes compatibles con infarto isquémico agudo frontoparietal izquierdo, con extensión a ganglios de la base y algunos focos de isquemia en lóbulo temporal izquierdo. La angiorresonancia de troncos supraaórticos y arterias intracraniales demostró obstrucción completa de la arteria cerebral media izquierda (fig. 1); las arterias carótidas, sistema vertebrobasilar, arteria cerebral media derecha y cerebrales anteriores eran de calibre y morfología normales. La ecocardiografía transtorácica no mostró alteraciones y no se apreció *shunt* tras la administración de suero agitado. No se realizó ecocardiografía transesofágica. El estudio de hipercoagulabilidad y los tóxicos en orina fueron negativos.

La serología fue positiva para VIH y lúes, con RPR 1/256 y FTA-ABS positivo. La carga viral de VIH fue de 99.556 copias/ml y el recuento de CD4 219/μl. La serología de hepatitis B y C, así como pruebas de autoinmunidad fueron negativas. El líquido cefalorraquídeo (LCR) mostraba proteínas y glucosa normales, con 20/μl leucocitos (99% mononucleares) y RPR 1/4 (no se determinó el VDRL). Se inició tratamiento con penicilina G 4 millones U por vía intravenosa cada 4 h durante 9 días, seguido de ceftriaxona 2 g al

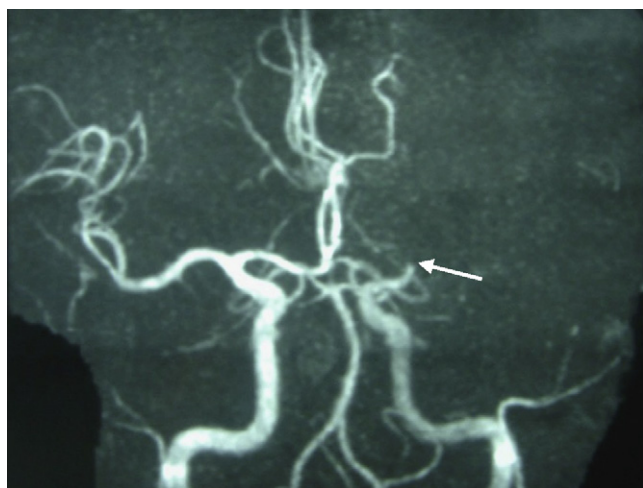


Figura 1. Angiorresonancia que muestra oclusión completa de la arteria cerebral media izquierda.

día por vía intravenosa 5 días más. También se inició tratamiento antirretroviral con atazanavir 300 mg, ritonavir 100 mg, emtricitabina 200 mg y tenofovir 245 mg diarios. A los 12 meses el LCR era acelular y con RPR negativo. El RPR en suero era de 1/16, la carga viral de VIH negativa y los linfocitos CD4 de 429/ μ l. Tras 23 meses de seguimiento el paciente presenta hemiparesia y afasia residual, con resolución de la parálisis del hipogloso.

Diagnóstico: sífilis meningovascular. Infección por el VIH.

Las formas clínicas de neurosífilis más frecuentes en la actualidad no son las parenquimatosas sino las menígeas y meningovasculares³⁻⁶. La inflamación a nivel del espacio subaracnoideo puede producir parálisis de pares craneales (sobre todo VII y VIII) y arteritis, siendo lo más frecuente la afectación de la arteria cerebral media o de sus ramas. El sustrato histológico fundamental es la endarteritis obliterante. La RM puede mostrar lesiones isquémicas únicas o múltiples, no siempre bien limitadas a un único territorio vascular, y en ocasiones en distintos estados evolutivos^{3,7}. De hecho, la presentación clínica de la sífilis meningovascular puede no ser aguda. La angiorresonancia permite demostrar afectación arterial si los vasos afectados son de calibre grueso o mediano (como en nuestro caso), evidenciando estenosis focales, estenosis con dilataciones u oclusión total³.

En el paciente con infección por el VIH la sífilis produce con más frecuencia afectación del sistema nervioso central, especialmente en pacientes varones con menos de 350 linfocitos CD4/ μ l o con un título de RPR en suero superior a 1/128^{4,6}. Por otro lado, también se observa más a menudo fracaso del tratamiento habitual, así como una disminución más lenta en los títulos de RPR tras el

tratamiento sin que esto deba considerarse como un fracaso o una recidiva. Todo ello hace que el seguimiento en los pacientes coinfectados por el VIH deba ser más estrecho. El tratamiento en este tipo de pacientes es el habitual, con penicilina intravenosa durante 10-14 días⁶. Nuestro paciente recibió penicilina por vía intravenosa durante 9 días, seguidos de ceftriaxona 2 g por vía intravenosa durante otros 5 días. La ceftriaxona se considera una alternativa al tratamiento clásico, ya que alcanza buenos niveles en LCR y, aunque el riesgo de recidiva puede ser mayor, hay casos publicados con buenos resultados^{6,8,9} y permite su administración extrahospitalaria. Tras el tratamiento de la neurosífilis, los títulos de las pruebas no treponémicas en LCR deben descender hasta negativizarse, aunque en el caso de los pacientes VIH esta respuesta puede ser más tardía (hasta 12-24 meses). En nuestro paciente, a los 12 meses el RPR en LCR era negativo.

En conclusión, la sífilis debe descartarse en caso de accidente cerebrovascular en un paciente joven. El tratamiento con ceftriaxona podría ser una alternativa válida a la penicilina, lo que permitiría un menor tiempo de hospitalización.

Bibliografía

1. Gitaí LL, Jaláli PS, Takayanagui OM. Neurosyphilis in the age of AIDS: clinical and laboratory features. *Neurol Sci*. 2009;30:465-70.
2. Diaz A, Junquera ML, Esteban V, Martínez B, Pueyo I, Suarez J, et al. HIV/STI co-infection among men who have sex with men in Spain. *Euro Surveill*. 2009;14:19426.
3. Brightbill TC, Ihmeidan IH, Post MJ, Berger JR, Katz DA. Neurosyphilis in HIV-positive and HIV-negative patients: Neuroimaging findings. *Am J Neuroradiol*. 1995;16:703-11.
4. Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbeling EJ, Zenilman JM, Gebo KA. Neurosyphilis in a clinical cohort of HIV-1-infected patients. *AIDS*. 2008;22:1145-51.
5. Flint AC, Liberato B, Anziska Y, Schantz-Dunn J, Wright CB. Meningovascular syphilis as a cause of basilar artery stenosis. *Neurology*. 2005;64:391-2.
6. Marra CM. Update on neurosyphilis. *Curr Infect Dis Rep*. 2009;11:127-34.
7. Peng F, Hu X, Zhong X, Wei Q, Jiang Y, Bao J, et al. CT and MR findings in HIV-negative neurosyphilis. *Eur J Radiol*. 2008;66:1-6.
8. Shann S, Wilson J. Treatment of neurosyphilis with ceftriaxone. *Sex Transm Infect*. 2003;79:415-6.
9. French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, Van Voorst Vader P, Young H. 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. *Int J STD AIDS*. 2009;20:300-9.

Diana Piñar^{a,*}, Sergio Reus^a, Elena Caro^a y Javier Montoya^b

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Neurología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dianapinar@hotmail.com (D. Piñar).

doi:10.1016/j.eimc.2011.02.013

Acalculous cholecystitis during infectious mononucleosis in a young male patient

Colecistitis alitiásica en un varón joven durante una mononucleosis infecciosa

Dear Editor:

Epstein-Barr virus infections mainly occur during childhood and can cause fever, malaise, lymph node enlargement and hepatosplenomegaly. Although liver function tests alterations are frequent,

mainly an increase in the serum transaminase levels, gallbladder involvement is very rare, and most cases have been described in infants. We describe a case of a young adult male who developed acalculous cholecystitis as the first manifestation of infectious mononucleosis, successfully treated with conservative measures.

A 20-year old man from Los Angeles (California, United States of America) was admitted to hospital due to abdominal pain. He referred to having no chronic underlying diseases. Ten days prior to admission he complained of malaise, low-grade fever and myalgia. Five days later, he developed progressively increasing pain