

colitis grave. En cuanto al Ct obtenido en aquellos pacientes con recurrencia fue de  $12 \pm 13$  y en los pacientes con mortalidad relacionada de  $27 \pm 13$ .

Aunque el Ct en pacientes con ICD grave es menor, no hemos podido demostrar diferencias significativas entre ambos grupos. Al igual que en un estudio reciente de Rao et al.<sup>8</sup> en el que no se encontraron correlación entre los valores de Ct e ICD severa o mortalidad. Sin embargo, en un estudio reciente de Reigadas et al.<sup>3</sup> se evaluaron los valores de Ct de amplificación por PCR como un elemento de pronóstico. Debemos señalar que nuestro estudio no tiene la misma metodología que los anteriores estudios, y una limitación a destacar en nuestro caso es el escaso número de muestras.

No obstante, queremos destacar la importancia de la realización de más estudios para determinar si el Ct podría ser un buen predictor sobre la recurrencia, gravedad y/o mortalidad en los episodios de la ICD, ya que este sería un marcador simple, objetivo y disponible en el momento del diagnóstico.

## Bibliografía

1. Wiegand PN, Nathwani D, Wilcox MH, Stephens J, Shelbaya A, Haider S. Clinical and economic burden of *Clostridium difficile* infection in Europe: A systematic review of healthcare-facility-acquired infection. *J Hosp Infect.* 2012;81:1–14.
2. Asensio A, Bouza E, Grau S, Rubio-Rodríguez D, Rubio Terrés C. Cost of *Clostridium difficile*-associated diarrhea in Spain. *Rev Esp Salud Publica.* 2013;87:25–33.
3. Reigadas E, Alcalá L, Valerio M, Marín M, Martín A, Bouza E, et al. PCR cycle threshold as a predictor of poor outcome of *Clostridium difficile* infection: A derivation and validation cohort study. *J Antimicrob Chemother.* 2016;71:1380–5.
4. Crook DW, Walker AS, Kean Y, Weiss K, Cornely OA, Miller MA, et al. Fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection: Meta-analysis of pivotal randomized controlled trials. *Clin Infect Dis.* 2012;55 Suppl 2:S93–103.
5. Reigadas E, Alcalá L, Marín M, Martín A, Bouza E. Clinical, immunological and microbiological predictors of poor outcome in *Clostridium difficile* infection. En: Abstracts of the Fifty-third Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. En: Denver CO, editor. Abstract K-164. Washington, DC: American Society for Microbiology; 2013.
6. Jazmati N, Hellmich M, Ličanin B, Plum G, Kaasch AJ. PCR cycle threshold value predicts the course of *Clostridium difficile* infection. *Clin Microbiol Infect.* 2016;22:e7–8.
7. Planche TD, Davies KA, Coen PG, Finney JM, Monahan IM, Morris KA, et al. Differences in outcome according to *Clostridium difficile* testing method: A prospective multicentre diagnostic validation study of *C. difficile* infection. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:936–45.
8. Rao K, Micic D, Natarajan M, Winters S, Kiel MJ, Walk ST, et al. *Clostridium difficile* ribotype 027: Relationship to age, detectability of toxins A or B in stool with rapid testing, severe infection, and mortality. *Clin Infect Dis.* 2015;61:233–41.

Laura Sante\*, Yanet Pedroso, Beatriz Castro y María Lecuona

Servicio de Microbiología, Parasitología y Control de la Infección, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laurasante@hotmail.com (L. Sante).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.11.015>  
0213-005X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

## Mediastinitis aguda como complicación atípica de una mononucleosis infecciosa



### Acute mediastinitis as a rare complication of an infectious mononucleosis

Sr. Editor:

La mononucleosis infecciosa (MI) es una entidad frecuente causada por distintos agentes etiológicos, el más común de los cuales (90%) es el virus del Epstein-Barr (VEB). La primoinfección en la infancia suele pasar desapercibida, mientras que en adultos jóvenes causa cuadros más sintomáticos con la tríada típica de fiebre, adenopatías cervicales y odinofagia<sup>1</sup>.

Suele ser una enfermedad autolimitada que requiere tratamiento sintomático. Sin embargo, la duración y la gravedad pueden variar considerablemente<sup>1</sup>. En adultos inmunocompetentes las complicaciones son raras. Recientemente se ha descrito un aumento de la incidencia de casos graves de MI<sup>2</sup>.

Presentamos un caso de MI por VEB con mediastinitis aguda como complicación atípica.

Mujer de 22 años, alérgica a la penicilina y fumadora activa sin otros antecedentes, que ingresó en nuestro hospital por un cuadro compatible con MI (malestar general, fiebre, mialgias y odinofagia). En la exploración física presentaba adenopatías cervicales, ictericia, esplenomegalia e hipertrofia amigdalal con necrosis.

Analíticamente destacaba alteración de las pruebas de la función hepática (bilirrubina de 4,10 mg/dl; AST 458 U/l; ALT 831 U/l; FA 438 U/l y GGT 384 U/l), leucocitosis en sangre periférica ( $14.990 \times 10^9/l$ ) a expensas de linfocitos (29%) y elevación de la proteína C reactiva (316 mg/l). Los hemocultivos, las serologías para citomegalovirus, el virus herpes 6, el parvovirus B<sub>19</sub>, la toxoplasmosis, la hepatitis A, B y C y el virus de la inmunodeficiencia humana fueron negativos. Sin embargo los anticuerpos IgM para el VEB

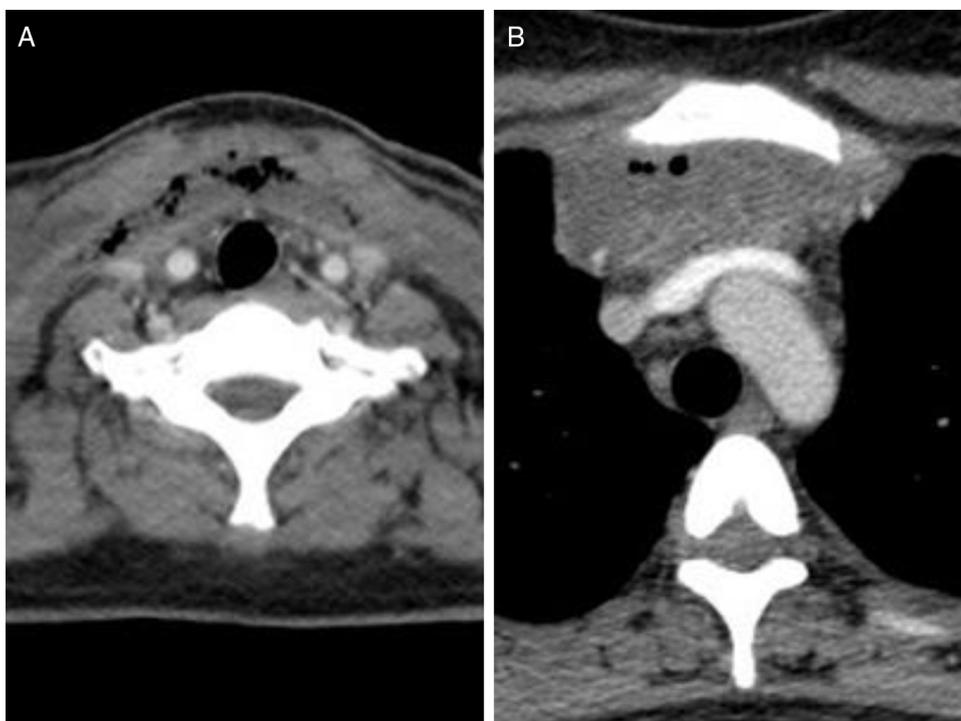
fueron positivos (IgG negativos) y el linfograma mostró una alteración del cociente CD4/CD8 (20/57%). La cuantificación de inmunoglobulinas no demostró ningún déficit y una ecografía abdominal confirmó la esplenomegalia de 15,8 cm.

A los 7 días del ingreso, por fiebre persistente, disfagia progresiva y aparición de edema en la zona submandibular y cervical anterior se realizó una ecografía y una tomografía axial computarizada (TAC) cervical (fig. 1), que objetivó amígdalas hipertróficas y colecciones hidroaéreas en la zona laterocervical anterior y supraclavicular con extensión a tejido graso subcutáneo y espacios profundos. Dada la alergia a penicilina, y ante la sospecha de infección grave se instauró tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro (imipenem) y corticoterapia endovenosa.

Por sospecha de extensión mediastínica se practicó una TAC de tórax (fig. 1) confirmándose una colección mediastínica anterior de 70 × 70 mm con imágenes aéreas y septos en su interior que requirió subdrenaje mediante 2 cervicotomías. Ambas se realizaron bajo intubación oro-traqueal que tuvo que prolongarse por edema de la vía aérea y fue preciso el ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

En los cultivos de las muestras quirúrgicas se aisló flora variada con predominio de *Streptococcus anginosus* y *Bacillus* spp. Tras la segunda cirugía la paciente presentó buena evolución clínica y analítica, completó 4 semanas de antibioterapia y mantuvo controles ambulatorios sin evidenciarse complicaciones ni secuelas.

La seroprevalencia del VEB puede variar según el área geográfica y la primoinfección aparece en edades más tempranas en zonas en vías de desarrollo<sup>3</sup>. La transmisión del virus es a través de saliva, y es menos común la transmisión sanguínea o a través de trasplante de órganos sólidos o de células hematopoyéticas<sup>3</sup>. El riesgo de desarrollar MI en la primoinfección por VEB se relaciona con la edad y es mayor en adolescentes y adultos jóvenes. La primoinfección en pacientes mayores de 40 años tiene mayor riesgo de complicaciones<sup>3</sup>.



**Figura 1.** Imagen de la TC cervical (A) donde se aprecian colecciones hidroaéreas en la región cervical anterior y de la TC torácica (B) donde se aprecia una colección mediastínica.

Las complicaciones sépticas por sobreinfección bacteriana son raras (< 1%) y pueden presentarse en forma de absceso faríngeo, neumonía (relacionada con frecuencia con *Mycoplasma*), tromboflebitis séptica o empiemas<sup>4</sup>.

En la literatura se han descrito casos de MA<sup>4-7</sup>. Se cree que los pacientes con más riesgo de desarrollar esta complicación son aquellos que presentan un absceso retrofaríngeo por invasión del mediastino y espacio pleural a través de la fascia prevertebral o los que presentan tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (síndrome de Lemierre) con embolismos sépticos secundarios<sup>4</sup>.

A diferencia de los casos descritos, la paciente desarrolló un absceso cervical anterior con extensión directa al mediastino sin demostrarse mediante TAC ningún absceso periamigdalino o retrofaríngeo ni tromboflebitis venosa como origen del cuadro. Tampoco se demostró ninguna inmunosupresión.

Como conclusión, se trata de un caso de MI con una complicación muy rara pero grave y potencialmente letal que requiere, ante la sospecha clínica, la realización de una prueba de imagen dirigida, ya que el diagnóstico precoz para poder instaurar el tratamiento adecuado es de gran importancia<sup>8</sup>.

## Bibliografía

1. Rea TD, Russo JE, Katon W, Ashley RL, Buchwald DS. Prospective study of the natural history of infectious mononucleosis caused by Epstein-Barr virus. *J AM Board Fam Pract.* 2001;14:234–42.

2. Tattevin P, Le Tulzo Y, Minjolle S, Chaplain JM, Arvieux C, Michelet C, et al. Increasing incidence of severe Epstein-Barr virus-related infectious mononucleosis: Surveillance study. *J Clin Microbiol.* 2006;44:1873–4.
3. Odumade OA, Hogquist KA, Balfour HH. Progress and problems in understanding and managing primary Epstein-Barr virus infections. *Clin Microbiol Rev.* 2011;24:193–209.
4. Andrianakis IA, Kotanidou AN, Pitaridis MT, Saroglou GJ, Exarhos DN, Roussos CS, et al. Life-threatening bilateral empyema and mediastinitis complicating infectious mononucleosis. *Intensive Care Med.* 2002;28:663–4.
5. Salgado F, Fernández JF, Fernández de Rota A, Alonso C. Mediastinitis necrosante descendente como complicación de mononucleosis infecciosa. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1999;17:415–6.
6. Sojo Dorado J, Domínguez Castellano Á, Ramírez De Arellano E, Rodríguez Baño J. Mononucleosis infecciosa grave asociada a virus Epstein Barr en dos hermanos jóvenes. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:221–2.
7. Lloyd T, Kiet Tran V. Acute mediastinitis as a complication of Epstein-Barr virus. *CJEM.* 2016;18:149–51.
8. Geerts JW, van Diel EM, Jansen JFM. Descending mediastinitis in Epstein-Barr virus infection. *J Clin Microbiol.* 2015;53:1781–2.

Sandra Clotet\*, Laia Matas, Virginia Pomar y Jordi Casademont

*Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Sclotet@santpau.cat](mailto:Sclotet@santpau.cat) (S. Clotet).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.11.019>  
0213-005X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.