



# Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



## CORRESPONDENCIA

### Endocarditis infecciosa por *Aerococcus urinae*

#### *Aerococcus urinae* infective endocarditis

Sr. Director:

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad con un perfil microbiológico variado<sup>1</sup>. En una serie de 2.781 pacientes adultos con EI (70% sobre válvula nativa), el agente microbiano más frecuente fue *Staphylococcus aureus* (30%). No se observó ningún caso de endocarditis por *Aerococcus urinae*, un patógeno tan excepcional<sup>2</sup> que motiva la descripción del siguiente caso.

Una mujer de 33 años ingresó por fiebre, pérdida de 15 kg de peso, fatiga y disnea progresiva de esfuerzo de tres meses de evolución. No tenía ningún antecedente de interés ni refería infecciones urinarias previas. En la última semana la disnea se exacerbó y se añadieron ortopnea y leves edemas en extremidades inferiores. En el examen físico destacaba una frecuencia cardíaca de 114 latidos/min, presión arterial 136/60 mmHg, temperatura 38,1 °C y saturación de oxígeno respirando aire ambiente del 98% por pulsioximetría. A la auscultación cardio-pulmonar se objetivó un soplo diastólico panfocal de intensidad 3/6, ingurgitación yugular y crepitantes bilaterales.

Los datos analíticos mostraron: leucocitos  $9,3 \times 10^9/L$ , hemoglobina 10,4 g/dL, VCM 79,5 fL y plaquetas  $267 \times 10^9/L$ . En la radiografía de tórax existía cardiomegalia, redistribución vascular y derrame pleural bilateral de pequeño tamaño. En dos hemocultivos seriados se aisló *Aerococcus urinae* (*A. urinae*). El sedimento de orina era normal, el urinocultivo negativo y la ecografía renal no evidenció alteraciones. Un ecocardiograma transtorácico mostró vegetaciones hipermóviles de 1 cm sobre una válvula aórtica bicúspide, insuficiencia aórtica severa, ventrículo izquierdo dilatado con función sistólica conservada y derrame pericárdico ligero. Con el diagnóstico de endocarditis bacteriana se inició antibioticoterapia endovenosa con ampicilina (2 g/8 h) y gentamicina (250 mg/d), con posterior sustitución de la válvula aórtica por una prótesis biológica una semana después. Los antibióticos se mantuvieron durante 6 semanas y la paciente evolucionó favorablemente.

*A. urinae* es un coco grampositivo que crece en pares y racimos produciendo hemólisis alfa sobre agar sangre. Pocas veces se identifica como agente patógeno, probablemente debido a su difícil aislamiento microbiológico<sup>3</sup>. *A. urinae* se ha descrito como causante de infecciones del tracto urinario, particularmente en varones ancianos con factores predisponentes tanto locales como sistémicos, tales como diabetes mellitus, neoplasias, obstrucción ureteral, hiperplasia de próstata y portadores de catéteres urológicos<sup>4,5</sup>. De igual manera, este germen puede producir infecciones graves como sepsis o endocarditis<sup>5,6</sup>. Sin embargo, esta última es excepcional y sólo se han descrito en la bibliografía médica una veintena de casos (Medline 1995-2010, palabras clave: *endocarditis and Aerococcus urinae*), ninguno de ellos en nuestro país. El 90% de estos pacientes presentaba alguno de los factores de riesgo sistémicos o locales ya mencionados anteriormente. En particular, en el 80% de ellos se diagnosticó simultáneamente a la endocarditis una infección del tracto urinario.

Dos terceras partes de los sujetos evolucionaron mal, con fallecimiento dentro de la primera semana del ingreso hospitalario. Aproximadamente un 70% de los pacientes recibió tratamiento antibiótico combinado (penicilina y aminoglucósido o cefuroxima con vancomicina) o un solo antibiótico de amplio espectro (piperacilina/tazobactam).

### Bibliografía

- Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis. Rev Esp Cardiol. 2009;62, 1465.e1–54.
- Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, Miró JM, Fowler Jr VG, Bayer AS, et al. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21<sup>st</sup> Century, the International Collaboration on Endocarditis-Pro prospective Cohort Study. Arch Intern Med. 2009;169:463–73.
- Zhang Q, Kwok C, Attorri S, Clarridge 3rd JE. *Aerococcus urinae* in urinary tract infections. J Clin Microbiol. 2000;38:1703–5.
- Serefhanoglu K, Turan H, Dogan R, Gullu H, Arslan H. A case of *Aerococcus urinae* septicemia: an unusual presentation and severe disease course. Chin Med J. 2005;118:1318–20.
- De Jong MF, Soetekouw R, ten Kate RW, Veenendaal D. *Aerococcus urinae*: severe and fatal bloodstream infections and endocarditis. J Clin Microbiol. 2010;48:3445–7.

6. Remacha Esteras MA, Esteban Martín A, Parra Parra I, Remacha Esteras T. Infección urinaria por *Aerococcus urinae*. Aten Primaria. 2003;31:553-4.

P. Cabezas<sup>a,c,\*</sup>, J.M. Porcel<sup>a,c</sup>, E. Pueo<sup>b,c</sup> y F. Worner<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

<sup>c</sup> Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Lleida, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pamcpe@yahoo.com](mailto:pamcpe@yahoo.com) (P. Cabezas).

doi:10.1016/j.rce.2011.01.019

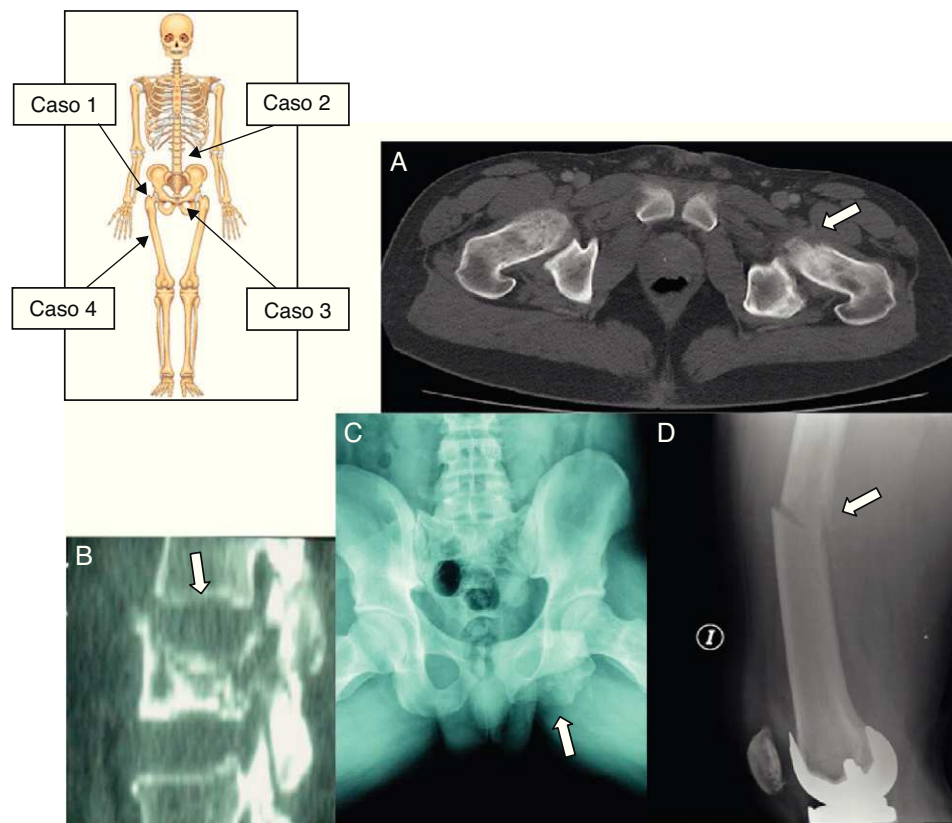
## Linfoma no-Hodking óseo primario. Un análisis retrospectivo

### Primary non-Hodgkin's lymphoma of the bone. A retrospective analysis

Sr. Director:

El linfoma no-Hodking óseo primario (LNHOP) es una entidad clinicopatológica extremadamente infrecuente que representa menos del 5% del total de linfoma no-Hodkin (LNH) de localización extranodal<sup>1</sup> y menos del 2% de todos los LNH en adultos<sup>2</sup>. Aproximadamente el 3% de las neoplasias óseas primarias son LNHOP<sup>3,4</sup>. Los síntomas del LNHOP son dolor óseo, masa palpable por afectación de tejidos blandos, tumefacción, fracturas patológicas y síndrome de compresión medular. Hay síntomas B en el 50% y la mayoría son monofocales (80%)<sup>5,6</sup>. La histología más prevalente es el linfoma B difuso de célula grande.

Presentamos una serie de cuatro pacientes diagnosticados entre los años 2000 a 2009 en el Hospital Universitario de Salamanca excluyendo la edad pediátrica, con diagnóstico confirmado mediante biopsia ósea (clasificación de la OMS)<sup>7</sup> y estadificación según el sistema Ann-Arbor. De un total de 794 casos de LNH registrados entre enero del 2000 a junio del 2010, sólo 4 pacientes varones entre 20 y 72 años de edad fueron diagnosticados de LNHOP, lo que representa un 1,9%. Todos los pacientes debutaron con dolor óseo de al menos 4 meses de evolución. Todas las lesiones fueron monostóticas (fig. 1). Tres tuvieron diagnóstico histológico de linfoma B difuso de células grandes y en un caso de linfoma B folicular. El estudio de estadificación fue 1E limitado en tres pacientes y IIE avanzado en uno. Se verificó un patrón



**Figura 1** A) Cabeza de fémur derecho (caso 1). B) Columna lumbar (L3) con masa parevertebral (caso 2). C) Masa femoro-iliaca izquierda (caso 3). D) Fractura patológica de diáfisis femoral derecha (caso 4).