

CORRESPONDENCIA

Endocarditis infecciosa por *Aerococcus urinae*

Aerococcus urinae infective endocarditis

Sr. Director:

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad con un perfil microbiológico variado¹. 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 excepcional² 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 cardiaca 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 cardiomelia, 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 substitución 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 microbiológico³. *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^{4,5}. De igual manera, este germen puede producir infecciones graves como sepsis o endocarditis^{5,6}. 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 (piperacililina/tazobactam).

Bibliografía

1. 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.
2. 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 21st Century, the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. Arch Intern Med. 2009;169:463–73.
3. Zhang Q, Kwoh C, Attorri S, Clarridge 3rd JE. *Aerococcus urinae* in urinary tract infections. J Clin Microbiol. 2000;38:1703–5.
4. 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.
5. 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^{a,c,*}, J.M. Porcel^{a,c}, E. Pueo^{b,c} y F. Worner^{b,c}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

^c Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 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-Hodgkin óseo primario (LNHOP) es una entidad clinicopatológica extremadamente infrecuente que representa menos del 5% del total de linfoma no-Hodgkin (LNH) de localización extranodal¹ y menos del 2% de todos los LNH en adultos². Aproximadamente el 3% de las neoplasias óseas primarias son LNHOP^{3,4}. Los síntomas del LNHOP son dolor óseo, masa palpable por afectación de tejidos blandos, tumefacción, fracturas patológicas y síndrome de compre-

sión medular. Hay síntomas B en el 50% y la mayoría son monofocales (80%)^{5,6}. 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)⁷ 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 1IE avanzado en uno. Se verificó un patrón

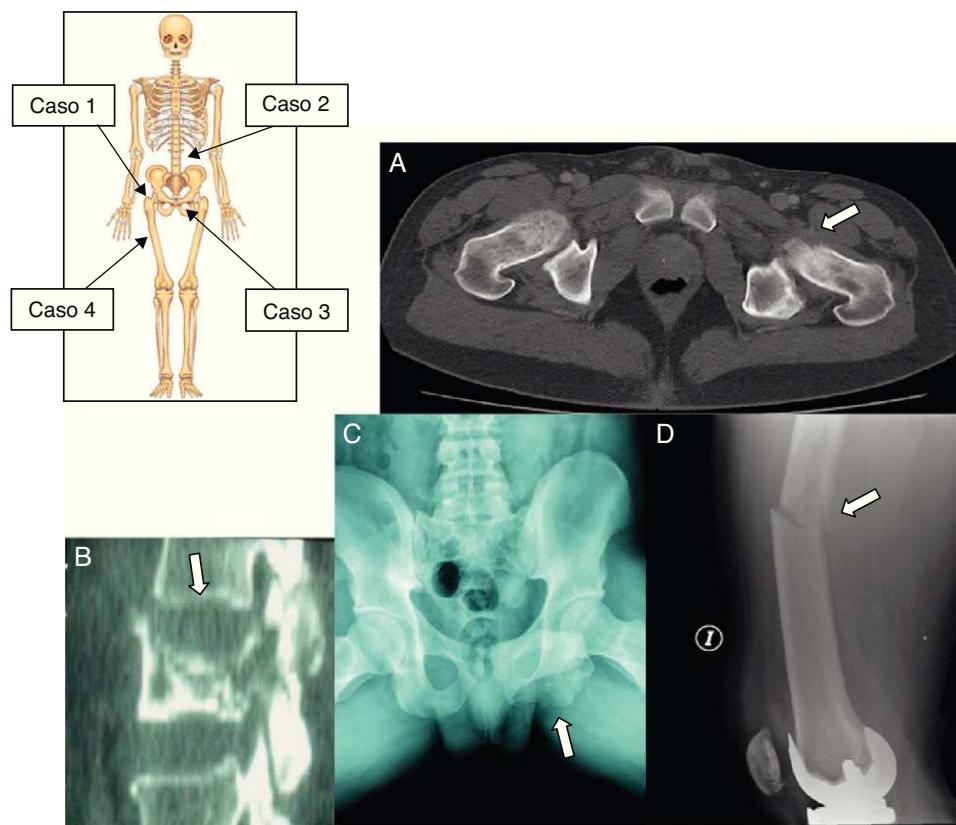


Figura 1 A) Cabeza de fémur derecho (caso 1). B) Columna lumbar (L3) con masa parevertebral (caso 2). C) Masa femoro-iliaca izquierda (caso 3). D) Fractura patológica de diáfisis femoral derecha (caso 4).