

por Valencia et al. ingresó en la UCI¹, en mi opinión, los corticoides lo que hicieron fue exacerbar el cuadro clínico de SK secundario a un SRI. Una de las causas desencadenantes de SK es el tratamiento inmunosupresor con corticoides, tanto en pacientes sin infección por VIH^{3,4} como en pacientes con infección por VIH^{5,6}. En pacientes con inmunosupresión secundaria a corticoides, el SK aparece al menos tras un mes de tratamiento continuado^{3,4,6}. Sin embargo, se ha descrito un paciente que presentó una exacerbación del SK después de 2 semanas de tratamiento con prednisona para el SRI secundario a un SK⁷. Concluimos que el paciente descrito por Valencia et al.¹ representa el segundo paciente descrito en la literatura en el que un tratamiento corto con corticoides exacerbaban un SK secundario a un SRI, pero no lo desencadena, y con un cuadro clínico grave^{1,7}.

Bibliografía

1. Valencia ME, Piedrafita V, del Val D, Corcuera MT. Sarcoma de Kaposi agresivo asociado a la administración de esteroides o síndrome de reconstitución inmune. Rev Clin Esp. 2011;211:321–2.
2. Pal J, Shrivastav A, Pathak HS, Sarkar DK. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with acquired immunodeficiency syndrome-related gastrointestinal limited Kaposi's

sarcoma presenting as acute intestinal obstruction: a case report. J Med Case Reports. 2011;5:327.

3. Martin 3rd RW, Hood AF, Farmer ER. Kaposi sarcoma. Medicine (Baltimore). 1993;72:245–61.
4. Choi KH, Byun JH, Lee JY, Cho BK, Park HJ. Kaposi sarcoma after corticosteroid therapy for idiopathic thrombocytopenic purpura. Ann Dermatol. 2009;21:297–9.
5. Gill PS, Loureiro C, Bernstein-Singer M, Rarick MU, Sattler F, Levine AM. Clinical effect of glucocorticoids on Kaposi sarcoma related to the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Ann Intern Med. 1989;110:937–40.
6. Schulhafer EP, Grossman ME, Fagin G, Bell KE. Steroid-induced Kaposi's sarcoma in a patient with pre-AIDS. Am J Med. 1987;82:313–7.
7. Volkow PF, Cornejo P, Zinser JW, Ormsby CE, Reyes-Terán G. Life-threatening exacerbation of Kaposi's sarcoma after prednisone treatment for immune reconstitution inflammatory syndrome. AIDS. 2008;22:663–5.

E. Pacios

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Formentera, Islas Baleares, España

Correo electrónico: koryth@Telefonica.Net

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.03.019>

Réplica

Reply

Sr. Director:

Con relación a los comentarios efectuados por Pacios, creamos interesante señalar que ya solo el título del trabajo «¿Sarcoma de Kaposi agresivo asociado a la administración de esteroides o síndrome de reconstitución inmune?» expresa las dudas de los autores sobre la exacta naturaleza de la enfermedad que el paciente presentó¹. El síndrome de reconstitución inmune (SRI) asociado al sarcoma de Kaposi (SK) representa una pequeña proporción de todos los casos de SRI, pero en ocasiones puede dar lugar a un cuadro grave con riesgo vital, fundamentalmente por las dificultades diagnósticas que conlleva^{2,3}. En el caso descrito, resuelto afortunadamente con una evolución favorable, pensamos que se sumaron 3 factores que actuaron de forma simultánea: 1) La reconstitución inmune a las 10 semanas de inicio del tratamiento antirretroviral (TAR); 2) Un proceso infeccioso agudo en forma de neumonía grave con ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos; y 3) La administración de esteroides a altas dosis. Es difícil precisar si el SK visceral existía inicialmente, porque en el contexto de una infección grave en un paciente con infección por VIH pueden existir visceromegalias y poliadenopatías. Además, cuando se realizó la fibrobroncoscopia y el medulograma no se observó SK, por lo que podría pensarse que solo tenía localización cutánea y ganglionar.

Agradecemos los comentarios de Pacios y la aportación de nuevas citas bibliográficas^{4,5}, que pueden ayudar a conocer el complejo cuadro del SK en el seno del SRI. En este sentido, Letang et al.⁶ analizaron los parámetros predictivos de desarrollo de SRI en un grupo de pacientes con SK, y encontraron 4 factores independientes que podían predecir su aparición: presencia de SK antes de iniciar el TAR, hematocrito < 30%, carga viral del herpes virus tipo 8 (HVH-8) detectable y carga viral del VIH detectable. En el caso de nuestro paciente¹ estaban presentes la anemia y la carga viral del HVH-8 detectable, ya que la existencia de SK previa al TAR no puede confirmarse.

Bibliografía

1. Valencia ME, Piedrafita V, del Val D, Corcuera MT. Sarcoma de Kaposi agresivo asociado a la administración de esteroides o síndrome de reconstitución inmune? Rev Clin Esp. 2011;211:321–2.
2. Stover KR, Molitorisz S, Swiatlo E, Muzny CA. A fatal case of Kaposi sarcoma due to immune reconstitution inflammatory syndrome. Am J Med Sci. 2012;343:421–5.
3. Achenbach CJ, Harrington RD, Dhanireddy S, Crane HM, Casper C, Kitahata MM. Paradoxical immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-infected patients treated with combination anti-retroviral therapy after AIDS-defining opportunistic infection. Clin Infect Dis. 2012;54:424–33.
4. Volkow PF, Cornejo P, Zinser JW, Ormsby CE, Reyes-Terán G. Life-threatening exacerbation of Kaposi's sarcoma after prednisone treatment for immune reconstitution inflammatory syndrome. AIDS. 2008;22:663–5.
5. Pal J, Shrivastav A, Pathak HS, Sarkar DK. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with acquired immunodeficiency syndrome-related gastrointestinal limited Kaposi's sarcoma presenting as acute intestinal obstruction: a case report. J Med Case Reports. 2011;5:327.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.03.019>

6. Letang E, Almeida JM, Miró JM, Ayala E, White IE, Carrilho C, et al. Predictors of immune reconstitution inflammatory syndrome-associated with Kaposi sarcoma in Mozambique: a prospective study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;53:589-97.

M.E. Valencia^{a,*}, M.T. Corcuera^b, D. del Val^b
y V. Piedrafita^a

^a Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Carlos III, Madrid, España

^b Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Carlos III, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evalencia.hciii@salud.madrid.org (M.E. Valencia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.03.015>

Bacteriemias por *Staphylococcus* spp. en mayores de 80 años

Staphylococcus spp. bacteremia in patients older than 80 years

Sr. Director:

En el trabajo de Muñoz-Gamito et al.¹, recientemente publicado en *Revista Clínica Española*, se señala la necesidad de realizar más estudios que analicen las características clínicas y microbiológicas de los pacientes bacterémicos de edades avanzadas. Las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), son la segunda causa de bacteriemia y la primera de bacteriemia nosocomial²⁻⁴. Dada la frecuencia y gravedad de las infecciones por *Staphylococcus* hemos llevado a cabo un estudio retrospectivo, observacional, de las bacteriemias por *Staphylococcus* documentadas en el Hospital General de Segovia durante los años 2000-2008.

Se recogieron datos demográficos, factores clínicos de riesgo «intrínseco» (FRI) (enfermedades padecidas por cada paciente previamente al episodio de bacteriemia), factores de riesgo «extrínsecos» (FRE) (procedimientos invasivos previos, ser portador de catéter vascular, sonda nasogástrica, sonda vesical, haber recibido nutrición parenteral o tratamiento antibiótico previo). Además, se registró si los pacientes presentaron complicaciones relacionadas con el proceso bacterémico, la mortalidad directamente relacionada con la bacteriemia y la mortalidad global, y algunos parámetros microbiológicos.

Se identificaron 684 pacientes con bacteriemia estafilocócica (incidencia 5,8/1.000 ingresos/año). La edad media de los pacientes fue de 68,9 años. Doscientas cuarenta y dos (35,3%) de estas bacteriemias incidieron en mayores de 80 años. Las siguientes circunstancias difirieron significativamente entre los pacientes mayores o menores de 80 años:

- a) El sexo (proporción de mujeres de 47,1 vs. 36,4%, p=0,001).
- b) La procedencia de domicilio o de residencia (31,5 vs. 3,6%, p<0,001).
- c) La presencia de algún FRI (94,9 vs. 87%, p=0,001), cardiopatía (36,6 vs. 23,1%, p=0,003), insuficiencia renal crónica (25,3 vs. 17,5%, p=0,015), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (19,1 vs. 13,2%, p=0,039), accidente

cerebrovascular (21,7 vs. 6,3%, p<0,001), demencia (17,8 vs. 3,2%, p<0,001), insuficiencia cardíaca congestiva (14,9 vs. 6,1%, p<0,001), o de más de un FRI en un mismo paciente (78,4 vs. 57,8%, p<0,001).

- d) La presencia de algún FRE (95,9 vs. 90,7%, p=0,015), destacando la de ser portador de sonda vesical (65,1 vs. 34,8%, p<0,001).
- e) La presencia de un foco respiratorio (17,9 vs. 12,9%, p=0,008) y la de bacteriemia sin foco primario de sepsis (35 vs. 25,4%, p=0,001).

No se aisló ningún germe en el hipotético foco originario de la sepsis en menos pacientes mayores de 80 años (20 vs. 37,8%, p<0,001). Se aislaron con más frecuencia cepas de *S. aureus* oxacilina-resistente (23,1 vs. 17,2%, p<0,020) o de *Staphylococcus coagulasa-negativa* (SCN) diferentes a *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*) (23,6 vs. 13,3%, p<0,003). El análisis multivariante (regresión logística) mostró que de este listado de circunstancias, las únicas que mantenían significación estadística eran la procedencia de los pacientes (residencia vs. domicilio particular: *odds ratio* [OR]: 10,54; intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 5,75-19,31), el ser portador de sonda vesical (OR: 3,22; IC 95%: 2,24-4,64) y el desconocimiento del foco de origen de bacteriemia (OR: 2,44; IC 95%: 1,62-3,69).

La mortalidad hospitalaria en este grupo fue del 29,9%. Cuando se evaluó la directamente relacionada con la bacteriemia la cifra fue del 19,3%. La incidencia fue mayor en mayores de 80 años (26,4 vs. 15,4%, p<0,001). Se analizaron las circunstancias relacionadas con la mortalidad mediante un modelo multivariado de regresión logística, resultando estadísticamente significativas el foco de origen respiratorio (OR: 7,53; IC 95%: 3,79-14,94), la bacteriemia sin foco (OR: 2,85; IC 95%: 1,60-5,05), la presencia de sonda vesical (OR: 4,45; IC 95%: 2,65-7,47), la edad superior a 80 años (OR: 1,80; IC 95%: 1,08-3,00), estar en un programa de hemodiálisis (OR: 5,13; IC 95%: 1,40-18,83), el aislamiento de *S. aureus* oxacilina resistente (OR: 5,69; IC 95%: 1,54-21,04) o de *S. epidermidis* oxacilina resistente (OR: 4,17; IC 95%: 1,10-15,77), y por último, la interpretación de la bacteriemia como verdadera (OR: 9,05; IC 95%: 3,64-22,50). En este modelo la edad mantuvo la capacidad independiente de predicción sobre la evolución de la bacteriemia.

Nuestros resultados concuerdan con los encontrados en otras series⁵, con un mayor porcentaje de mujeres y un elevado número de episodios con foco de origen descono-