

tamiento una nueva ecocardiografía transesofágica fue normal. El paciente es controlado estrechamente durante un año sin objetivar datos clínicos de recidiva.

Se describe un caso de endocarditis infecciosa del cable del marcapasos definida por dos criterios mayores de la clasificación de Duke³. La endocarditis del cable del marcapasos es una complicación poco frecuente con una incidencia que oscila entre el 0,13% y el 7%. La tasa de mortalidad asociada varía desde el 33% al 26,9%^{4,5}. El microorganismo implicado en la mayoría de los casos es *Staphylococcus* spp. En general las enterobacterias se han documentado con escasa frecuencia y casi siempre asociadas a casos de endocarditis tardías (más de dos meses tras implantación del marcapasos). El manejo terapéutico óptimo en la mayoría de los casos, junto al tratamiento antibiótico, requiere la retirada del dispositivo bien quirúrgicamente o de forma percutánea. En el caso que presentamos, la fuente de infección más probable fue la contaminación del cable secundaria a bacteriemia no relacionada con la implantación del dispositivo. El origen de la bacteriemia en nuestro caso no fue aclarado. Todas las especies del género *Citrobacter* se han asociado con enfermedad en humanos. Este organismo se encuentra normalmente en el suelo, agua y en el tracto intestinal de humanos y animales. La bacteriemia por *Citrobacter* spp. representa entre el 0,7% al 0,9% de todas las bacteriemias; así como el 6% de todos los aislados de enterobacterias y el 5% de los aislamientos en urocultivos^{6,7}. La bacteriemia por *Citrobacter* spp. ha sido relacionada con neoplasia y litiasis biliar; así mismo, la tasa de mortalidad asociada se aproxima al 18 %⁸. Los procesos neoformativos asociados con mayor frecuencia son la leucemia y los tumores intraabdominales. Durante el seguimiento efectuado a nuestro paciente se realizó una búsqueda intensiva de neoplasia oculta con resultados negativos. Por último, reseñar que en la endocarditis del cable del marcapasos el tratamiento médico exclusivo es raramente eficaz, y diferentes estudios apoyan fehacientemente la retirada del cable del marcapasos bien por técnica percutánea o quirúrgica^{4,5}. En el paciente que presentamos se decidió un tratamiento conservador ya que tanto la opción quirúrgica como la técnica percutá-

nea, con la posibilidad de embolismo, incidirían negativamente sobre una función pulmonar muy deteriorada.

Alfredo Martínez, Máximo Miguélez, Pedro Laynez y Rafael Romero^a

Servicios de Medicina Interna y ^aCardiología. Hospital Nuestra Señora de La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Bibliografía

1. Plant Holt SJ, Trofa AF. *Citrobacter freundii* endocarditis in an intravenous drug abuser. South Med J 1987; 80: 1.439-1.441.
2. Clemente González C, Ruiz Aguirre J, Vilert Garrofa E, García Bragado F. *Citrobacter freundii* endocarditis. An Med Int 1999; 16: 363-364.
3. Bayer A, Ward J, Ginzton L, Schapiro S. Evaluation of new clinical criteria for the diagnosis of infective endocarditis. Am J Med 1994; 96: 211-219.
4. Arler N, Pras E, Copperman Y, Schapiro JM, Meiner V, Lossos IS, et al. Pacemaker endocarditis. Report of 44 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore) 1994; 73: 299-305.
5. Klug D, Lacroix D, Savoye C, Goullard L, Grandmougin D, Hennequin JL, et al. Systemic infection related to endocarditis on pacemaker leads. Clinical presentation and management. Circulation 1997; 95: 2.098-2.107.
6. Drellichman V, Band JD. Bacteriemias due to *Citrobacter diversus* and *Citrobacter freundii*. Arch Intern Med 1985; 145: 1.808-1.810.
7. Lipsky BA, Hook ER III, Smith A, Plorde JJ. *Citrobacter infections* in humans: experience at the Seattle Veterans Administration Medical Center and a review of the literature. Rev Infect Dis 1980; 2: 746-760.
8. Shih CC, Chen YC, Chang SC, Luh KT, Hsieg WC. Bacteriemia due to *Citrobacter* species: significance of primary intraabdominal infection. Clin Infect Dis 1996; 23: 543-549.

Sarcoma de Kaposi simulando abscesos esplénicos en una mujer con sida

Sr. Director: El sarcoma de Kaposi (SK) es la neoplasia más frecuente en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), predomina en varones homosexuales, las lesiones cutáneas son típicas y se ha relacionado con un herpesvirus (herpesvirus humano-8 [HHV-8]) lo que ayuda a explicar la epidemiología del tumor¹. En las mujeres es muy infrecuente, más agresivo y se asocia a un mayor grado de inmunodepresión que en los varones²⁻⁵. Comunicamos un caso de SK diseminado que se presentó como fiebre, pancitopenia y lesiones focales esplénicas en una mujer con sida.

Se trata de una mujer de 30 años, con infección por VIH conocida desde hacía 8 años, sin seguimiento, ni tratamiento antirretrovírico previos. Ingresó por fiebre, caquexia y hepatoesplenomegalia de 2 meses de evolución. Había sido consumidora de drogas por vía parenteral y ocasionalmente había ejercido la prostitución. En la analítica presentaba: hemoglobina 7,8 g/dl, leucocitos $2.700 \times 10^6/l$ (1.690 neutrófilos), plaquetas $42.000 \times 10^6/l$, CD4 $140 \times 10^6/l$, VSG 116 mm en la primera hora, albúmina 2,6 g/dl, β -2 microglobulina 4 mg/dl y carga vírica para VIH de 2,5 log₁₀. Una ecografía y una tomografía computarizada (TC) de abdomen mostraron hepatoesplenomegalia con múltiples lesiones hipoeoicas e hipodensas en bazo (fig. 1). Todos los estudios microbiológicos de sangre, orina y esputo resultaron negativos. La paciente empeoró a pesar del tratamiento empírico antituberculoso por lo que se le realizó una laparotomía y esplenectomía con biopsias hepática y de médula ósea. El estudio anatómopatológico del bazo, hígado y médula ósea mostraba proliferación de células fusiformes inmaduras dispuestas en haces que dejaban entre sí hendiduras vasculares, compatible con SK. Todos los estudios microbiológicos de las muestras histológicas fueron negativos. La determinación del HHV-8 por reacción en cadena de la polimerasa en plasma fue positiva. Se inició tratamiento con bleomicina, vincristina y adriamicina y posteriormente doxorubicina-liposomal junto con terapia antirretrovírica de gran actividad (TARGA) a pesar de lo cual la evolución fue desfavorable falleciendo a los 5 meses del diagnóstico por progresión tumoral. No desarrolló lesiones cutáneas ni mucosas de SK.

La afección hepatoesplénica por el SK es muy rara. Nasti et al⁵, en un

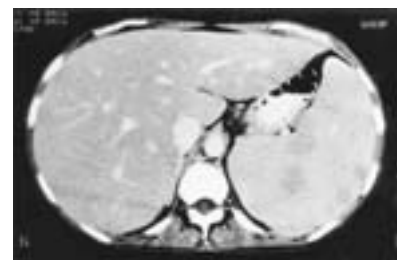


Figura 1. Tomografía abdominal computarizada: hepatoesplenomegalia y múltiples lesiones esplénicas hipodensas.

TABLA 1. Etiología de las lesiones focales esplénicas en una serie de 889 pacientes con sida

Causa	Casos
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	17
<i>M. avium-intracellulare</i>	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	1
<i>Salmonella no-typhi</i>	1
<i>Cryptococcus neoformans</i>	1
Enfermedad de Hodgkin	2
Leucemia aguda	1
Sarcoma de Kaposi	1
Trombosis esplénica	1
Total	27

estudio multicéntrico, caso-control de SK epidémico en el que comparan 54 mujeres con 108 varones, sólo observaron enfermedad hepática en 5 pacientes (4 mujeres y 1 varón) y esplénica en 3 (2 mujeres y 1 varón) y sólo una mujer y 3 varones presentaron afección visceral sin lesiones cutáneas concomitantes. En una serie española⁶ de 67 varones con SK, sólo había 4 pacientes sin enfermedad cutánea y el hígado y el bazo se afectaron en 5 casos respectivamente. Las lesiones focales esplénicas en pacientes con SK son muy infrecuentes^{7,8}. En un análisis de 259 pacientes infectados por VIH con TC abdominal patológico, 50 presentaron lesiones focales hepáticas y 55 esplénicas; el estudio incluía 17 pacientes con SK, de los cuales sólo 3 presentaron lesiones focales hepáticas y 1 esplénica⁹. El diagnóstico diferencial de las lesiones focales esplénicas es amplio, pero la tuberculosis es la etiología más frecuente^{9,10}. En nuestra experiencia, de los 889 pacientes con sida de nuestro hospital, se han diagnosticado lesiones focales esplénicas en 27 (3,0%). Su etiología fue variada (tabla 1), pero la principal causa fue la tuberculosis que se diagnosticó en 17 de los 27 pacientes (62,9%) (Palacios, et al. Focal splenic lesions in aids patients. Toronto: 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, septiembre 2000. [Abstract 2064]).

En resumen, la peculiaridad de este caso se basa en la presentación de un SK sin afección cutánea en una mujer con sida con fiebre, pancitopenia y lesiones focales esplénicas que simulan abscesos y con una evolución fatal a pesar de quimioterapia y TARGA.

Rosario Palacios, Jesús Santos,
Armando Fernández^a y María del
Pino Flores^b

Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Servicio de Medicina Interna. Hospital
Universitario Virgen de la Victoria.
Málaga.

^aServicio de Medicina Interna. ^bServicio
de Anatomía Patológica.
Hospital Comarcal. Melilla.

Bibliografía

- Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, Lee F, Culpepper J, Knowles DM. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. Science 1994; 266:1.865-1.869.
- Benedetti P, Greco D, Figoli F, Tirelli U. Epidemic Kaposi's sarcoma in female AIDS patients - a report of 23 Italian cases. AIDS 1991; 5 (S4):466-467.
- Lassoued K, Clauvel JP, Fegueux S, Mathéron S, Gorin I, Oksenhendler E. AIDS-associated Kaposi's sarcoma in female patients. AIDS 1991; 5 (S7):877-880.
- Cooley TP, Hirschhorn LR, O'kean JC. Kaposi's sarcoma in women with AIDS. AIDS 1996; 10 (S11):1.221-1.225.
- Nasti G, Serraino D, Ridolfo A, Antinori A, Rizzardini G, Zeroli C, et al. AIDS-associated Kaposi's sarcoma is more aggressive in women: a study of 54 patients. J Acq Immun Def Synd Hum Retrovirol 1999; 20: 337-341.
- Azón A, Mallolas J, Miró JM, Gatell JM, Castel T, Iranzo P, et al. Sarcoma de Kaposi asociado a síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Análisis de 67 casos con estudio de factores pronósticos. Med Clin (Barc) 1990; 95:361-365.
- Luburich P, Bru C, Ayuso MC, Azón A, Condom E. Hepatic Kaposi sarcoma in AIDS: US and CT findings. Radiology 1990; 175:172-174.
- Raldin R. HIV infection: analysis in 259 consecutive patients with abnormal abdominal CT findings. Radiology 1995; 197:712-722.
- Pedro-Botet J, Maristany MT, Miralles R, López-Colomes JL, Rubiés-Prat J. Splenic tuberculosis in patients with AIDS. Reviews of Infectious Diseases 1991; 13 (S6):1.069-1.071.
- González-López A, Dronda F, Alonso-Sanz M, Chaves F, Fernández-Martín I, López-Cubero L. Clinical significance of splenic tuberculosis in patients infected with human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis 1997; 24 (S6):1.248-1.251.

Neumonía por *Hafnia alvei* en paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana

Sr. Director: *Hafnia* es un género muy relacionado con el género *Enterobacter* en el que durante mucho tiempo se ha incluido (*E. hafniae*) hasta que las técnicas de biología molecular han determinado su separación con la definición del género *Hafnia* y la especie *H. alvei*¹. Este microorganismo es un colonizante del tracto gastrointestinal y rara vez causa enfermedades

en humanos². Presentamos un caso de neumonía por *H. alvei* adquirida en la comunidad en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Revisada la bibliografía médica, sólo hemos encontrado un caso publicado de paciente infectado por VIH con neumonía por *H. alvei*³ (búsqueda en MEDLINE desde 1966 a agosto 2000).

Se trata de una mujer de 25 años de edad, con antecedente de infección por VIH estadio B3 del *Center for Disease Control* (CDC), que ingresó por cuadro de dos días de evolución con malestar general, fiebre, escalofríos, tos productiva y dolor en hemitórax izquierdo, compatible con nemonía. En la exploración física destacaba la afección del estado general, así como la tos productiva, con esputos purulentos. Las analíticas de sangre y el sedimento de orina fueron normales. En la radiografía de tórax se apreciaban focos de condensación compatibles con neumonía en lóbulos superior derecho e inferior izquierdo. Los hemocultivos, la baciloscopia y la tinción para *Pneumocystis carinii* resultaron negativos. En dos muestras de esputo inducido, ambas con abundantes polimorfonucleares y escasas células epiteliales, creció en cultivo puro *H. alvei*, instaurándose tratamiento con ceftriaxona intravenosa y evolucionando clínica y radiológicamente de forma favorable.

La mayoría de las infecciones por *H. alvei* en adultos acontecen en pacientes con enfermedad subyacente, asociadas a antibioterapia previa o a factores relacionados con el ingreso hospitalario (infección nosocomial), estando descritos cuadros de gastroenteritis, meningitis, abscesos cutáneos, endoftalmitis, bacteriemia, neumonía, endocarditis e infecciones de heridas en pacientes ingresados en hospitales⁴⁻⁸.

La afección respiratoria ha sido comunicada como neumonía de adquisición tanto comunitaria como nosocomial^{3,8}. Si bien el diagnóstico etiológico de una neumonía por el esputo presenta numerosos problemas, en nuestro caso, el hecho de ser dos muestras, ambas significativas, con crecimiento puro del microorganismo y tratarse del único caso descrito en el hospital de infección por *Hafnia* sp., apoyan que sea el causante de la neumonía. En nuestro caso, el cuadro correspondió a una neumonía multilobar que evolucionó sin complicaciones con tratamiento antibiótico con cefalosporina de ter-