

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, endoftalmítis, 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-

cera generación, pero en dos casos publicados, uno de ellos también con infección por VIH, se desarrolló empiema^{3,9}. *H. alvei* debe considerarse como uno de los microorganismos potencialmente causantes de neumonía y añadirse a la lista de microorganismos que ocasionan neumonía en pacientes infectados por VIH.

Francisco José Galeas, Francisco Javier de la Torre, José Luis Prada y Alfonso del Arco

Unidad de Medicina Interna. Área de Medicina. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Bibliografía

1. Farmer JJ, Davis BR, Hickaman-Brenner FW, Mcwhorther A, Huntley-Carter GP, Asbury MA, et al. Biochemical identification of new species and biogroups of *Enterobacteriaceae* isolated from clinical specimens. *J Clin Microbiol* 1985; 21: 46-76.
2. Eisenstein BI. Enterobacterias. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica* (4ª ed). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997; 2:190-2.217.
3. Fazal BA, Justan JE, Turett GS, Telzak EE. Community-acquired *Hafnia alvei* infection. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 527-528.
4. Gunthard H, Pennekamp A. Clinical significance of extraintestinal *Hafnia alvei* isolates from 61 patients and review of the literature. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 1.040-1.045.
5. Westblom TU, Milligan TW. Acute bacterial gastroenteritis caused by *Hafnia alvei*. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 1.271-1.272.
6. Salah A, Lortholary O, Hornstein M, Benta M, Guillemin L. *Hafnia alvei* septicemia in two patients with digestive malignancies. *Ann Med Interne (Paris)* 1997; 148: 187-188.
7. Gallego JC, Sánchez G, Ortigosa FJ, Ugarte J. Endocarditis sobre prótesis mitral por *Hafnia alvei*. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 199.
8. Klapthoz A, Lessnau KD, Huang B, Talavera W, Boyle JF. *Hafnia alvei*: Respiratory tract isolates in a community hospital over a three years period and a literature review. *Chest* 1994; 105: 1.098-1.100.
9. Rodríguez E, Prieto JA, Buges J, Bastida MT. Empiema por *Hafnia alvei*. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 119.