

1. La mayoría de los casos de gastroenteritis aguda bacteriana se da en el período que va de junio a septiembre.

2. Los agentes etiológicos aislados en las muestras correspondían principalmente a dos géneros: *C. jejuni* y *Salmonella* spp.

3. *C. jejuni* representa el 64,0% del total, superando los casos de infección por *Salmonella* spp.

4. Se confirma como principal serotipo causante de salmonelosis en nuestra área a *S. enteritidis*, seguida de *S. typhimurium*<sup>5</sup>.

Los laboratorios privados locales deberían considerar la actualización y ampliación de los protocolos de procesamiento de las muestras de heces. Esto lo corrobora los resultados de nuestro estudio, donde se refleja la incidencia de *C. jejuni* en muestras de heces.

Francisco Rodríguez, Javier Oballe,  
Juan Carlos Domínguez y Gema Soriano

Servicio de Microbiología.  
Laboratorio Biofac S.L. Fuengirola.  
Málaga

## Bibliografía

1. Speelman P, Struelens MJ, Sanyal SC, et al. Detection of *Campylobacter jejuni* and other potential pathogens in travelers' diarrhea in Bangladesh. *Scand J Gastroenterol* 1983; 84(18 Suppl): 19-23.
2. Black RE, Levine MM, Clements ML, et al. Experimental *Campylobacter jejuni* infection in humans. *J Infect Dis* 1988; 157: 472.
3. Blaser MJ, Wells JF, Feldman RA, et al. *Campylobacter enteritidis* in the United States. A multicenter study. *Ann Intern Med* 1983; 98: 360.
4. Marimón JM, Gomáriz M, López-Lopategui C, Otero F, Pérez-Trallero E. Servicio de Microbiología, Hospital N. Sra. Aránzazu, San Sebastián. Aumento, Auge y Descenso de la Endemia por *Salmonella enteritidis* serotipo enteritidis. VII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 1996.
5. Usera MA, Aladueña A, Díez R, De la Fuente M, Gutiérrez R, Cerdán P, Echeita A. Análisis de las cepas de *Salmonella* spp. aisladas de muestras clínicas de origen humano en España en el año 1997. Laboratorio de Enterobacterias. Servicio de Bacteriología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Boletín Epidemiológico Semanal del Instituto de Salud Carlos III. 1998.
6. Martínez L, Simarro E, Pérez J, Iborra A, Lorente I, Gómez J, Ruiz J. Estudio prospectivo de un año clínico, microbiológico y económico de ingresos por gastroenteritis aguda de pacientes pediátricos. VIII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 1998.

## Respuesta a la terapia combinada con albendazol y prazicuantel de hidatidosis multiorgánica

**Sr. Director.** La hidatidosis o equinocosis es una de las principales zoonosis del mundo<sup>1</sup>. Hasta hace 20 años su tratamiento era exclusivamente quirúrgico, habiéndose documentado posteriormente la eficacia del tratamiento médico, fundamentalmente en casos en que estaba contraindicada la cirugía, así como de modo preoperatorio y postoperatorio, para mejorar las tasas de recurrencia y disminuir la incidencia de recidivas. Presentamos un caso de recidiva multiorgánica tras cirugía de hidatidosis pulmonar, en la que se contraindicó una nueva intervención, y que mostró escasa respuesta a monoterapia con albendazol, objetivándose franca mejoría clínico-radiológica tras tratamiento combinado con albendazol y prazicuantel.

Varón de 57 años intervenido de hidatidosis pulmonar en tres ocasiones (1989, 1992 y 1994), evidenciándose en una tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal realizada en 1997 varias lesiones pulmonares bilaterales, y otra calcificada en lóbulo hepático derecho. Se inició tratamiento con albendazol con dosis de 10mg/kg durante siete meses, existiendo en una TAC de control incremento de los quistes pulmonares y aparición de nuevas lesiones (fig. 1). Por ello se decidió iniciar tratamiento combinado con albendazol (800 mg/día) durante un mes y medio, añadiendo posteriormente prazicuantel (50 mg/kg/día), manteniendo ambos durante tres meses y medio. En una TAC de control (fig. 2) se apreció franca mejoría de las lesiones pulmonares, especialmente en lóbulo superior derecho, sin modificación de la hepática.

La aparición de tratamientos médicos eficaces frente a la hidatidosis ha hecho que la mayoría de los autores recomienden su uso, tanto de modo preoperatorio (ya que se asocia a una disminución de la viabilidad del quiste), como postoperatorio (en resecciones incompletas o siembras yatrogénicas) y en casos en los que la cirugía está contraindicada. Los fármacos más usados han sido los derivados benzimidazólicos, inicialmente mebendazol<sup>2</sup>, posteriormente desplazado por albendazol<sup>3-4</sup>, que ha mostrado una importante disminución de la viabilidad de los quistes<sup>5</sup>. La comparación albendazol-mebendazol ha mostrado una mayor eficacia del primero (40% frente al 15% de respuesta con mebendazol<sup>6</sup>) probablemente

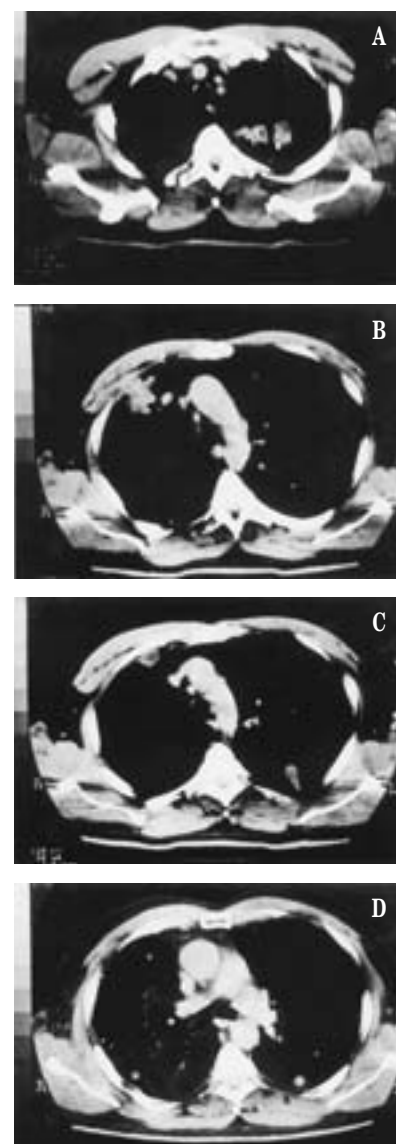
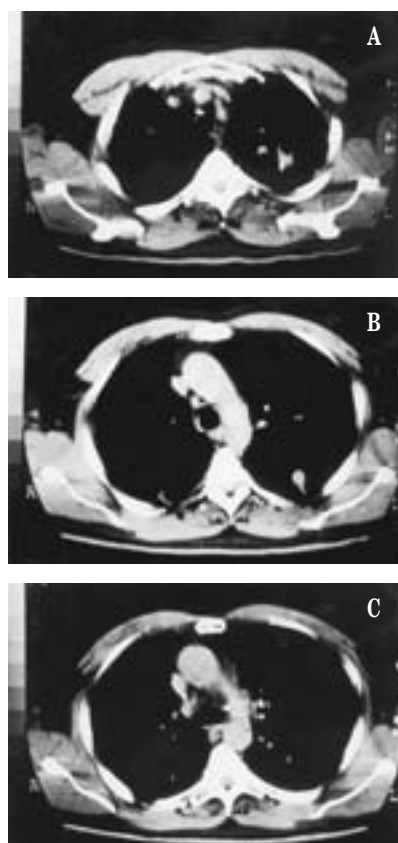


Figura 1 (A, B, C, D). Después de 7 meses de tratamiento con albendazol, la tomografía axial computarizada mostró lesiones pulmonares bilaterales, con incremento en su número y tamaño, especialmente en lóbulos superiores (A y B).

por su mayor penetración en los quistes. Prazicuantel es un fármaco cuya absorción es mejor que la de los benzimidazoles, con un mecanismo diferente a éstos, ya que no lesiona la membrana pero tiene un efecto protoescolicida incluso a concentraciones mínimas<sup>7</sup> superior a los derivados benzimidazólicos *in vitro*, en estudios animales e *in vivo*<sup>8</sup>. Redzic en 1995<sup>9</sup> publicó una serie de 73 pacientes con hidatidosis por *Equinococcus granulosus*, de los cuales 55 fueron tratados con prazicuantel con una respuesta positiva del 67% si bien la utilidad de prazicuantel asociado a cirugía en hidatidosis humana es difícil de eva-



**Figura 2 (A, B, C).** Tras tratamiento combinado con albendazol y praziquantel la tomografía axial computarizada mostró franca mejoría de las lesiones, especialmente las del lóbulo superior izquierdo (A) y derecho (B).

luar por las distintas dosis, duración y pautas de tratamiento empleadas en los estudios publicados. En los últimos años se ha visto que su administración combinada con mebendazol, y sobre todo con albendazol, obtiene mejores resultados que el uso de ambos fármacos por separado, tanto *in vitro*<sup>9</sup> como en estudios animales<sup>10</sup>.

En nuestro caso el tratamiento combinado con albendazol y praziquantel mostró una eficacia claramente superior a la monoterapia con albendazol, objetivada por la disminución evidente del número y tamaño de los quistes pulmonares. Los mecanismos de acción de los dos fármacos son probablemente complementarios, y quizás sinérgicos: el albendazol tendría una mayor actividad sobre la membrana quística<sup>5</sup> y el praziquantel sumaría su mayor efecto escolicida al del albendazol<sup>7-9</sup>.

Dada la buena tolerancia del praziquantel<sup>7</sup>, es probable que la terapia combinada (praziquantel más albendazol) sea la pauta terapéutica de

elección en pacientes con contraindicación quirúrgica e incluso como tratamiento de primera elección, aunque esto debe ser confirmado con estudios controlados<sup>11</sup>.

Joaquín Miquel, Luis A. Gil-Grande, Antonio Retamar<sup>a</sup>, Fernando García-Hoz, David del Pozo y Elena Peña. Servicio Gastroenterología y <sup>a</sup>Radiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

## Bibliografía

1. Hidalgo M, Esteve N. Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7.453 casos. Rev Esp Enf Ap Dig 1987; 71: 103-109.
2. Gil Grande LA, De la Serna C. Situación actual del tratamiento médico de la hidatidosis abdominal (*Echinococcus granulosus*). Gastroenterol Hepatol 1997; 20: 366-369.
3. Luchi S, Vincenti A, Messina F, Parenti M, Scasso A, Campetelli A. Albendazole treatment of human hydatid tissue. Scandinavian J Infect Dis 1997; 29: 165-167.
4. Aggarwal P, Wali JP. Albendazole in the treatment of pulmonary hidatidosis. Thorax 1991; 46: 599-600.
5. Gil Grande LA, Rodríguez Caabeiro F, Prieto J, Sánchez Ruano JJ, Brasa C, Aguilar L, et al. Randomised controlled trial of efficacy of albendazole in intraabdominal hydatid disease. Lancet 1993; 342: 1.269-1.272.
6. Todorov J, Vutova K, Mechkov G, Georgiev P, Petkov D, Tonchev Z, et al. Chemotherapy of human cystic echinococcosis. Comparative efficacy of mebendazole and albendazole. Ann Trop Med Parasitol 1992; 86: 59-66.
7. King CH, Mahmoud AA. Drugs five years later: Praziquantel. Annals of Internal Medicine 1989; 110: 290-296.
8. Morris DL, Richards KS, Chinnery JB. Protozoocidal effect of Praziquantel in vivo and electron microscopic studies on *E. granulosus*. J Antimicrob Chemother 1986; 18: 687-691.
9. Redzic B, Radulovic, Stankovic W, Redzic-Rusko Z. Praziquantel in the treatment of human Echinococcosis. Vojnosanit Pregl 1995; 52(2): 155-159.
10. Taylor DH, Morris DL, Richards KS. Combination chemotherapy of *E. granulosus* in vitro studies. Trans RS Trop Med Hyg 1988; 82: 503-512.
11. Taylor DH, Morris DL. Combination chemotherapy is more effective in postspillage prophylaxis for hydatid disease than either albendazole or praziquantel alone. Br J Surg 1989; 76: 954.

## Tiroiditis supurada por *Haemophilus influenzae*

**Sr. Director.** La tiroiditis supurada es un proceso infeccioso infrecuente debido a la resistencia de la glándula tiroidea a las infecciones bacterianas atribuido a su encapsulamiento, alta vascularización, drenaje linfático y alto contenido en yodo<sup>1</sup>. La infección alcanza el tiroides, bien por

vía hematogena, en infecciones a distancia, o a través del sistema linfático, como resultado de infecciones locales. Se han descrito como fuentes de infección, fistulas y persistencia del conducto tireogloso<sup>2</sup>. Son los estafilococos y estreptococos los microorganismos más frecuentemente implicados, aunque se han descrito casos de infección por *Escherichia coli*, *Hemophilus influenzae* y *Klebsiella* spp.<sup>1-3</sup> Presentamos un caso de tiroiditis supurada por *H. influenzae*.

Mujer de 66 años sin antecedentes de interés. Refería molestias en garganta de una semana de evolución asociándose a tumoración cervical dolorosa con disfonía, disfagia y fiebre desde hace 5 días. La exploración física mostró una temperatura de 39 °C mientras que el resto de las constantes vitales eran normales.

En la exploración se objetivaba una tumoración blanda fluctuante y dolorosa en lóbulo tiroideo izquierdo con enrojecimiento local y signos flogísticos sin adenopatías laterocervicales.

En cuanto a la analítica, leucocitos: 17.000/mm<sup>3</sup> (segmentados 85%, linfocitos 7%, monocitos 8%); velocidad de sedimentación globular a la primera hora 40 mm; hormonas tiroideas normales, anticuerpos antitiroideos negativos. En la ecografía tiroidea se visualizaba un lóbulo tiroideo izquierdo aumentado de tamaño, con calcificaciones, y una colección líquida localizada en porción anterosuperior del lóbulo tiroideo izquierdo con múltiples imágenes de burbujas aéreas en su interior con una prolongación por la cara medial. El esofagograma era normal.

Se realizó punción-aspiración con aguja fina extrayéndose 5 cc. de líquido purulento, posteriormente se procedió a drenaje quirúrgico del absceso, obteniéndose 30 cc de pus, se inició tratamiento con levofloxacino 500 mg/día. El estudio del líquido mostró la presencia de múltiples polimorfonucleares, no se observaron microorganismos en la tinción de Gram. Posteriormente la muestra se sembró en agar sangre, agar MacConkey, caldo de tioglicolato, agar chocolate poli vitex, agar *Brucella* y agar BBE amikacina, estos dos últimos en atmósfera anaerobia. El resultado fue un aislamiento puro y abundante de un cocobacilo gramnegativo que creció exclusivamente en agar chocolate poli vitex que fue identificado mediante la prueba de requerimiento de factores V y X (discos impregnados) y bioquímicamente mediante api NH (bioMerieux) como *H. influenzae*. No se realizó identificación de