

tivo, malonato positivo y lisina negativa. Es Voges-Proskauer y citrato negativa,  $\beta$ -galactosidasa (ONPG) positiva y oxidasa negativa<sup>3</sup>. Por secuenciación del gen 16S ARN ribosómico se incluye en el grupo  $\gamma$  de las proteobacterias<sup>4</sup>. Su contenido en G+C es 52% a 54%.

*L. adecarboxylata* es una bacteria aislada de forma poco habitual en muestras clínicas. Son bacterias ubicuas que se encuentran en comida, agua, y medio ambiente<sup>5</sup>. Ocasionalmente se ha aislado en infecciones del tracto urinario, bacteriemias y neumonías generalmente como copatógeno<sup>6</sup>.

José Antonio Rodríguez, Francisco Javier Sánchez, M<sup>a</sup> Nieves Gutiérrez,  
José Elías García y José Ángel  
García-Rodríguez

## Bibliografía

- Izard D, Mergaert J, Gavini F, Beji A, Kerters K, De Ley J, Leclerc H. Separation of *Escherichia adecarboxylata* from the "Erwinia herbicola-Enterobacter agglomerans" complex and from the other *Enterobacteriaceae* by nucleic acid and protein electrophoretic techniques. Ann Inst Pasteur Microbiol 1985; 136 (Supl B): 151-168.
  - Tamura K, Sakazaki R, Kosako Y, Yoshizaki E. *Leclercia adecarboxylata* gen. nov., formerly known as *Escherichia adecarboxylata*. Curr Microbiol 1986; 13: 179-184.
  - Konemann EW, Allen SD, Janda WM, Schreckenberger PC, Winn WC. Taxonomy of the *Enterobacteriaceae*. En: Color atlas and textbook of Diagnostic Microbiology, (5<sup>th</sup> ed) 1997; 171-241.
  - Didier R, Tilton R. Dictionary of Infectious Diseases. Elsevier 1999; 559.
  - Farmer JJ, Davis BR, Hickman-Brenner FW, McWhorter 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.
  - Temesgen Z, Toal DR, Cockerill FR. *Leclercia adecarboxylata infections*: case report and review. Clin Infect Dis 1997; 25 (1): 79-81.
- que pueden pasar desapercibidos al propio paciente<sup>1</sup>. A diferencia del cuadro que presentamos la infección pulmonar por SNT sigue habitualmente un curso agudo y la mayoría de los pacientes tienen síntomas respiratorios de menos de una semana de duración antes del diagnóstico<sup>5</sup>. Por otra parte, la adquisición de estas formas focales de infección por SNT se asocia a enfermedades de base crónicas debilitantes o inmunodepresión<sup>3</sup>. En esta paciente la anemia y la edad avanzada pudieron ser factores predisponentes.
- Pilar Berdones, María Julia Echeverría, Fátima Mendoza<sup>a</sup>, María José López de Goicoechea y Rafael Ayarza.  
Sección de Microbiología y <sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

## Empiema por *Salmonella enterica* serotipo enteritidis

**Sr. Director.** La gastroenteritis es la manifestación clínica más frecuente de la infección por *Salmonella enterica* serotipo no typhi (SNT); por el contrario, la salmonelosis extraintestinal es un cuadro poco habitual en nuestro medio<sup>1-3</sup> representando la forma pleuropulmonar un 5%-9% de los casos<sup>4,5</sup>. El empiema aparece normalmente como complicación de la neumonía, aunque en ocasiones puede

aparecer como un proceso aislado<sup>6</sup>. Presentamos un nuevo caso de empiema por SNT en una paciente sin manifestaciones previas de gastroenteritis.

Se trata de una mujer de 82 años de edad que, tras un cuadro de tos y expectoración tratado por su médico de cabecera sin mejoría objetivable, presenta empeoramiento progresivo con malestar general, anorexia de un mes y medio de evolución y, en los últimos días, dolor en el costado izquierdo, por lo que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital. En la exploración se constató que la paciente estaba afebril y presentaba hipovenitilación en hemitórax izquierdo. En la radiografía de tórax se observó un velamiento de dicho hemitórax. Los datos analíticos a destacar fueron: 30.000 leucocitos/mm<sup>3</sup> (89S, 7L, 2M, 2C), 3,86 millones hematíes /mm<sup>3</sup>, 862.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 8,3 g/dl, hematocrito 25%, urea 92 mg/dl y creatinina 1,42 mg/dl. Se instauró tratamiento empírico con imipenem por vía intravenosa 500 mg/6h y se realizaron hemocultivos seriados, y urocultivo que resultaron negativos y cultivo de líquido pleural, con características de empiema y crecimiento de *S. enterica* serotipo *Enteritidis* sensible a ampicilina, cotrimoxazol y ciprofloxacina. Posteriormente se realizaron coprocultivos que fueron negativos. El empiema se drenó, dirigiéndose con una tomografía axial computerizada, y se sustituyó el imipenem por ciprofloxacina oral (500 mg/12h) durante 3 semanas. La paciente tras una semana de tratamiento evolucionó favorablemente y fue dada de alta tras la resolución del empiema.

La salmonelosis extraintestinal es relativamente infrecuente 1,5% a 6% del conjunto de salmonelosis en las distintas series y, dentro de éstas, la afección pleuropulmonar representa un 5%-9%<sup>1,5</sup>. La infección pulmonar parece ser de origen intestinal, en la mayoría de los casos por diseminación hematogena tras colonización o infección gastrointestinal o, más raramente, por aspiración de secreciones gástricas infectadas. La infección puede producirse también por extensión desde un foco cercano<sup>3,5</sup>.

En este caso, aunque la paciente no había tenido ningún síntoma de afección gastrointestinal y los coprocultivos fueron repetidamente negativos pensamos que el origen de la infección fue el tracto digestivo, puesto que en ocasiones las salmonelosis focales aparecen tras un intervalo prolongado después de cuadros de gastroenteritis

que pueden pasar desapercibidos al propio paciente<sup>1</sup>. A diferencia del cuadro que presentamos la infección pulmonar por SNT sigue habitualmente un curso agudo y la mayoría de los pacientes tienen síntomas respiratorios de menos de una semana de duración antes del diagnóstico<sup>5</sup>. Por otra parte, la adquisición de estas formas focales de infección por SNT se asocia a enfermedades de base crónicas debilitantes o inmunodepresión<sup>3</sup>. En esta paciente la anemia y la edad avanzada pudieron ser factores predisponentes.

Pilar Berdones, María Julia Echeverría, Fátima Mendoza<sup>a</sup>, María José López de Goicoechea y Rafael Ayarza.

Sección de Microbiología y <sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Galdakao. Vizcaya.

## Bibliografía

- Canut A, Brezmes MF, Antolín MI, Yagüe A, Arriba A. Infecciones focales por *Salmonella* no *typhi*: revisión de nuestra casuística y comparación con otras series. Rev clin Esp 1992; 191: 71-75.
- García-Rodríguez JA, García-Sánchez JE, Muñoz Bellido JL, García García MI. Salmonelosis focal en España. Presentación de 14 casos y revisión de la literatura Enferm Infect Microbiol Clin 1990; 8: 134-143.
- Ruiz M, Rodríguez JC, Elía M, Royo G. Infecciones extraintestinales producidas por serotipos no tifoideos de *Salmonella*. Experiencia de nueve años. Enferm Infect Microbiol Clin 2000; 18: 219-222.
- Aguado JM, Obeso G, Cabanillas JJ, Fernández-Guerrero M, Alés J. Pleuropulmonary infections due to nontyphoid strains of *Salmonella*. Arch Intern Med 1990; 150: 54-56.
- Cohen JI, Bartlett JA, Corey GR. Extraintestinal manifestations of *Salmonella* infections. Medicine 1987; 66: 349-388.
- Ciscar MA, Barranco MJ, Peris R, Ramón M, Arnau A, Juan G. Empiema por *Salmonella* en paciente con alcoholismo. Enferm Infect Microbiol Clin 1992; 10: 627-628.

## Meningitis por *Salmonella sp.* en el adulto. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía española

**Sr. Director.** La meningitis producida por *Salmonella* sp. es infrecuente, representando en algunas series el 0,9 % del total de los casos de salmonelosis<sup>1</sup>. La mayor parte se han comunicado en niños, especialmente en neonatos y en lactantes. Las causas de la mayor incidencia en estos grupos de edad no se conocen bien pero podrían tener relación con traumatismos en el parto, defectos transitorios de la