

mático y sin leucocitosis. Tras 7 días de tratamiento antibiótico los cultivos de control fueron negativos, siendo dado de alta del hospital, manteniendo el tratamiento parenteral con levofloxacino 500 mg/24h a cargo de la Unidad de Hospitalización a domicilio del centro. Al cumplir 21 días de tratamiento sin complicaciones, el paciente fue dado definitivamente de alta. Se trata pues de un caso de bacteriemia por *P. rettgeri* de probable origen urinario en un paciente que presentaba una incontinencia urinaria por su enfermedad neurológica, portador de colector urinario y con buena respuesta a tratamiento antibiótico con quinolonas.

La incontinencia urinaria y la inactividad física que presenta este paciente podrían ser factores favorecedores de infecciones urinarias por esta bacteria, como se desprende de un estudio japonés donde se analizan los aislamientos bacterianos en orina, de una población de ancianos con incontinencia e inactividad². En este estudio *P. rettgeri* es el segundo patógeno más frecuente (primero fue el enterococo del grupo D) en general y el primero en pacientes con catéteres uretrales junto con *Proteus* spp. Es conocido que la presencia de catéteres uretrales favorece el sobrecrecimiento bacteriano y las infecciones urinarias, pero el papel que puedan jugar los colectores, dispositivos externos, es menos claro.

P. rettgeri, bacteria ureasa positiva, es capaz de generar un pH alcalino e incrustaciones minerales extensas en 24 horas. La presencia de este biofilm mineralizado, que presenta sales de calcio y magnesio, es una de las complicaciones que pueden presentar los pacientes con catéteres uretrales, ya que estos depósitos cristalinos pueden obstruir la luz del catéter⁶. La orina del paciente presentado al ingreso, mostraba un pH alcalino y cristales de fosfato amónico-magnésico y fosfatos amorfos. Desconocemos en qué estado se encontraba el colector.

Con respecto a su sensibilidad antibiótica es conocido el desarrollo de resistencia a cefalosporinas de tercera generación⁷ y gentamicina, y las recomendaciones, desde el punto de vista del laboratorio, de preferir el uso de meropenem al de imipenem⁸. Recientemente se ha descrito la producción de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA) por *P. rettgeri*⁹. Por todo ello, para su tratamiento se recomienda el uso de un carbapenem, cefepima o ciprofloxacino, asociando un amino-glucósido en caso de infección grave¹⁰. En el caso aportado la bacteria resul-

En el caso aportado la bacteria resultó ser resistente a ampicilina, amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, presentado buena respuesta al tratamiento antibiótico parenteral con quinolonas.

Creemos interesante resaltar que en pacientes con catéteres intraurales u otros dispositivos urinarios por incontinencia, en los que aparezca una orina alcalina con formación de cristales, debemos considerar a los integrantes del género *Providencia* como potenciales uropatógenos y productores de bacteriemias a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

Miguel Ángel Goenaga, José María Morán^a, José Antonio Carrera, Carmen Garde y Manuel Millet

Unidad de Hospitalización a Domicilio.
^aServicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Donostia. San Sebastián

Bibliografía

1. Eisenstein BI. Enterobacterias. En: Mandell, Douglas y Bennet, eds. Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997; 2:209-2.210.
2. Mino Y, Kitano S, Morimoto S, Ogihara R. Urinary bacteria in elderly patients with urinary incontinence and low levels of daily activity. Nippon Ronen Igakkai Zasshi 1997; 34: 1.004-1.008.
3. Arslan E, Dalay C, Yavuz M, Göcener L, Acartürk S. Gram-negative bacterial surveillance in burn patients. Annals of Burns and Fire Disasters 1999; 2: 84.
4. Pinto V, Telenti M, Bernaldo de Quirós JF, Palomo C. Two cases of fatal transfusion-associated bacterial sepsis provoked by *Providencia rettgeri*. Haematologica 1999; 84: 1.051-1.052.
5. Muder RR, Brennen C, Wagener MM, Goetz AM. Bacteremia in a long-term-care facility: a five-year prospective study of 163 consecutive episodes. Clin Infect Dis 1992; 14: 647-654.
6. Stickler D, Morris N, Moreno MC, Sabbuba N. Studies on the formation of crystalline bacterial biofilms on urethral catheters. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1998; 17: 649-652.
7. Kolar M, Latal T, Hajek V. Development of bacterial resistance to the third generation cephalosporins and their clinical use. J Chemother 1999; 11: 260-265.
8. Villar HE, Longo, L, Arena MF, Laurino G, Hoffman M. Actividad bactericida y capacidad de selección de mutantes resistentes a imipenem y meropenem en cepas de *Proteus*, *Morganella* y *Providencia*. Enferm Infecc Microbiol Clin 1998; 16: 261-264.
9. Marchandin H, Carrière C, Sirot D, Pierre HJ, Darbas H. TEM-24 produced by four different species of *Enterobacteriaceae*, including *Providencia rettgeri*, in a single patient. Antimicrob Agents Chemother 1999; 43: 2.069-2.073.
10. Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Prats G. Guía de terapéutica antimicrobiana (10 ed) Barcelona: Masson, 2000.

Demencia reversible de causa infecciosa: la importancia de la pupila de Argyll-Robertson en el diagnóstico de la neurosífilis

Sr. Director. La neurosífilis ha sido tradicionalmente considerada como "la gran imitadora"¹⁻³ ya que puede remedar cualquier cuadro neurológico o psiquiátrico. Durante años le ha sido prestada poca atención en los libros de texto dado "lo poco probable de su resurgimiento"⁴, sin embargo, con la aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y ciertas variables culturales y sociodemográficas, asistimos a un repunte de su incidencia. Asimismo se ha observado un cambio en los clásicos patrones clínicos con la difusión del empleo de la penicilina en las últimas décadas^{1,5}. Presentamos un caso de afectación grave con un pronto diagnóstico gracias a un examen clínico sistemático.

Se trata de un varón de 47 años, camionero de profesión, con antecedentes de ingesta excesiva de bebidas alcohólicas, que negaba factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual y no recordaba un cuadro clínico sugerente de sífilis primaria o secundaria. Acudió a Urgencias de nuestro hospital acompañado de su mujer, la cual refería una alteración del comportamiento de su marido de 6 meses de evolución, con agresividad verbal y física, trastorno de memoria para hechos recientes y desorientación temporoespacial. En los 15 días previos a su ingreso el cuadro se había agravado, habiendo dejado abandonado su camión en 3 ocasiones. La exploración física general fue normal, destacando únicamente en la exploración neurológica la presencia de pupilas irregulares que no reaccionaban a la luz y que lo hacían pobremente a la acomodación (pupilas de Argyll-Robertson). La exploración neuropsicológica objetivó una capacidad cognitiva deficiente con alteración del lenguaje, la memoria, el cálculo, el juicio abstracto y las habilidades psicomotoras. No se objetivaron alteraciones en los análisis. En la tomografía computarizada (TC) y posterior resonancia magnética (RM) craneales se observó atrofia cerebral marcada de predominio cortical, sin otras lesiones. El estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) fue el siguiente: glucosa 57 mg/dl (glucemia simultánea 86 mg/dl), proteínas 0,53 g/l, 8 leucocitos/mm³, Ig G 26,5 mg/dl, índice de Ig G 1,3 (normal < 0,66). El paciente fue ingresado con la sospecha de neurosífilis, que se confirmó en las siguientes 48 horas con la siguiente

serología luética: a) suero: TPHA (*Treponema pallidum hemagglutination test*) positivo, RPR (*rapid plasma reagin*) positivo 1/16; b) LCR: TPHA positivo, VDRL (*veneral disease research laboratory*) positivo 1/8. La serología para el VIH fue negativa. Se realizó tratamiento con penicilina G sódica intravenosa 2.400.000 U/ 4 horas durante 21 días, con mejoría neuropsicológica progresiva del paciente. En el LCR 18 meses después se objetivaron 2 leucocitos/mm³, glucosa 63 mg/dl (glucemia 92 mg/dl), proteínas 0,19 g/l y serología VDRL negativa. Dos años y medio después del tratamiento el paciente aún no trabajaba pero realizaba una vida activa, independiente y, según refería su mujer, sin alteraciones del comportamiento.

El término demencia se refiere al síndrome clínico caracterizado por el deterioro intelectual persistente lo suficientemente grave como para interferir en las actividades sociales o laborales. La mayoría de las demencias son primarias, pero hasta en un 15 % de los casos existe una causa reversible⁶, encontrándose entre éstas las causas toxicofarmacológicas, metabólicoendocrinológicas, tumorales, colagenovasculares y las infecciosas. Dado el inmenso número de enfermedades que pueden manifestarse en forma de demencia, es difícil determinar la extensión del estudio a realizar ante un paciente concreto, de modo que la clave del diagnóstico hay que buscarla en una historia clínica exhaustiva y una exploración física, neurológica y psiquiátrica detallada, que orienten hacia una enfermedad concreta⁶. En nuestro caso la exploración física minuciosa permitió el hallazgo de la alteración de la contracción pupilar descrita por el oftalmólogo escocés Douglas Argyll-Robertson⁷, que en presencia de alteraciones cognitivas, es prácticamente patognomónica de la neurosífilis parenquimatosas¹, iniciándose un tratamiento precoz y evitando otro tipo de pruebas costosas e incómodas para el paciente, que en más de un caso ha llegado a la biopsia cerebral antes de alcanzar un diagnóstico definitivo^{1,8}. La neurosífilis parenquimatosas (clásicamente conocida como parálisis general progresiva) se produce por la invasión del cerebro por *Treponema pallidum*, siendo la demencia su manifestación clínica más frecuente⁸. Suele aparecer entre 5 y 20 años después de la infección inicial no tratada^{2,3,8}. El diagnóstico de neurosífilis se sustenta principalmente en la determinación de VDRL en LCR, que es una prueba poco sensible,

pero altamente específica, de modo que una prueba positiva en un contexto clínico adecuado (ambas premisas se daban en nuestro paciente) establece el diagnóstico^{3,8,9}. Los parámetros que se emplean para el seguimiento, indicando una respuesta favorable al tratamiento, son la disminución del número de células y de la concentración de proteínas en LCR, así como la negativización de VDRL³, como ocurrió en el caso que presentamos. *T. pallidum* sigue siendo muy sensible a la penicilina, por lo que todavía es el tratamiento de elección, debiéndose administrar por vía intravenosa en el caso de afectación cerebral, con el objetivo de alcanzar concentraciones terapéuticas en LCR³.

En definitiva, este caso nos ayuda a recordar una enfermedad que por su diversidad de manifestaciones clínicas requiere un alto índice de sospecha para el diagnóstico pero con una semiología clásica vigente que nos puede guiar a un diagnóstico rápido y poco agresivo para el paciente.

Francisco López^a, M. Ángeles Rodríguez^a y Jaime Díaz^b

^aServicios de Medicina Interna y ^bServicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Bibliografía

1. Case Records of the Massachusetts General Hospital (Case 32-1991). N Eng J Med 1991; 325: 414-422.
2. Sirota P, Eviatar J, Spivak B. Neurosyphilis presenting as psychiatric disorders. Br J Psychiatry 1989; 155: 559-561.
3. Sheck DN, Hook EW. Neurosyphilis. Infect Dis Clin North Am 1994; 8: 769-795.
4. Simon RP. Neurosyphilis. Neurology 1994; 44: 2.228-2.230.
5. Peñuelas JA, Blázquez RR, Diestro A, Pastor MC, Leal A. Evaluación de los sistemas de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria. Aten Primaria 1998; 32: 85-91.
6. Arnold SE, Kumar A. Reversible dementias. Med Clin North Am 1993; 77: 215-230.
7. Ravin JG. Argyll-Robertson, Twas better to be his pupil than to have his pupil. Ophthalmology 1998; 105: 867-870.
8. Montejo M, Ruiz-Irastorza G, Aguirrebengoa K, Oñate J, Aurrekoetxea J. Neurosyphilis as a cause of dementia. Does it still exist? J Infect 1995; 30: 186-187.
9. Farnes SW, Setness PA. Serologic tests for syphilis. Postgrad Med 1990; 87: 37-41, 45-46.

Infección urinaria por *Corynebacterium riegeli*

Sr. Director. Durante muchos años se ha desestimado el potencial patógeno de las corinebacterias diferentes de

Corynebacterium diphtheriae. Solamente durante la última década, tanto los clínicos como los microbiólogos, han reparado en la diversidad de bacterias corineformes asociadas con la enfermedad humana^{1,3}. Revisando la literatura (MEDLINE 1995-2001), sólo hemos encontrado 4 casos de infecciones urinarias producidas por *Corynebacterium riegeli*⁴. El objetivo de esta carta es comunicar un nuevo caso de infección urinaria por *C. riegeli*.

Se trata de una paciente de 39 años de edad, con síndrome de Down, espina bífida, obesidad mórbida y antecedentes de infecciones urinarias de repetición. Consultó por presentar síntomas de infección urinaria, por lo que se realizó un urocultivo. La muestra de orina se sembró en agar sangre y agar CLED y se incubó a 37° en aerobiosis. Tras 24 horas de incubación, se observó en la placa de agar sangre un inicio de crecimiento puntiforme de > 100.000 ufc/ml. El resultado se hizo más patente a las 48 horas, visualizándose colonias blancas, pequeñas (1,5 mm), que por tinción de Gram correspondían a bacilos grampositivos difteroides, sugestivos de *Corynebacterium* sp. Se realizó una urea de Christensen, mostrando una fuerte actividad ureásica. La identificación definitiva se realizó mediante el sistema API Coryne (BioMérieux, Marcy l'Etoile, Francia), con el perfil numérico 2101224, uno de los 3 propuestos por Funke y et al para *C. riegeli*⁴.

La sensibilidad antibiótica se realizó en microplaca, por el método de concentraciones mínimas inhibitorias (CMI Sensititre) y los resultados fueron interpretados de acuerdo con los criterios para *Staphylococcus* establecidos por el *National Committee for Clinical Laboratory Standards* (NCCLS). La cepa fue sensible a amoxicilina-clavulánico (≤ 0,25), cefuroxima (0,5), imipenem (≤ 0,12), meropenem (≤ 0,25), gentamicina (≤ 4), vancomicina (≤ 0,25), teicoplanina (≤ 0,12), rifampicina (≤ 1), tetraciclina (≤ 2) y resistente a penicilina (0,25), ampicilina (0,5), ciprofloxacino (>2), clindamicina (>2), azitromicina (>4) y trimetoprima-sul-fametoxazol (>2/18). La paciente recibió tratamiento con amoxicilina-clavulánico desapareciendo los síntomas.

Corynebacterium riegeli es una nueva especie de *Corynebacterium* descrita por Funke en 1998⁴, asociada con infecciones del tracto urinario en mujeres. En los 4 casos descritos en la literatura, todos ellos mujeres, sin enfermedad de base y con clínica de infección urinaria, se aisló esta especie en cultivo puro. Se trata de un