

TABLA 1. Características de los pacientes con linfadenopatía por *T. gondii*

	Número de casos (n = 16)
Sexo	
Varones (V)	9
Mujeres (M)	7
Edad* (años)	
1-10 (V/M)	3/2
11-20 (V/M)	6/0
> 20 (V/M)	0/4
Residencia	
Urbana	8
Rural	8
Adenopatías	
Localización	
Cuello/cabeza	13
Axila	1
Múltiple	2
Número**	
1	7
2	4
> 2	5
Duración*** (meses)	
≤ 3	7
4-12	4
> 12	5

*Edad al comienzo de los síntomas (en un caso no se pudo determinar la fecha de inicio de los síntomas).

**Número de adenopatías en la palpación.

***Duración desde el comienzo de los síntomas hasta la última consulta en la que se palpa o hasta exéresis.

yores de esa edad. Ninguna mujer estaba embarazada. En la mayoría de casos, los síntomas fueron únicamente las adenopatías, detectadas por los propios pacientes. Solamente un paciente presentó fiebre al comienzo del cuadro. En la exploración, en 7 pacientes se detectó una única adenopatía y en 9 más de una. En 13 pacientes (81%) se encontraron exclusivamente adenopatías cervicales. Esta localización es la más frecuente, y con menor frecuencia los axilares y con localizaciones múltiples. La mayoría de las adenopatías tuvieron un tamaño inferior a 3 cm y fueron no dolorosas. La duración de la adenopatía fue inferior a 4 meses en 7 pacientes pero se encontraron 5 en los que perduró más de un año. De los 5 casos con clínica prolongada (más de un año) 2 fueron biopsiados y en los 3 restantes las adenopatías fueron disminuyendo progresivamente de tamaño durante el seguimiento, hasta desaparecer totalmente en un caso. También se realizó la biopsia en un caso de adenopatía axilar y en un paciente con una adenopatía cervical que había sufrido anteriormente un rhabdomyosarcoma, para descartar una metástasis. En los 4 casos biopsiados los datos histológicos

fueron sugestivos de toxoplasmosis. Respecto a la evolución, en 5 pacientes las adenopatías desaparecieron espontáneamente y en 3 se realizó su exéresis. En 8 pacientes las adenopatías persistían en la última consulta, aunque con menor tamaño en 5 de los casos.

La linfadenopatía por *T. gondii*, en nuestro trabajo igual que en otros publicados⁴⁻⁶, se localiza preferentemente en el cuello o cabeza, puede ser única o múltiple, no suele acompañarse de otros síntomas y puede persistir varios meses. El predominio de varones en pacientes menores de 20 años y de mujeres en pacientes mayores de esta edad es un hallazgo que se repite en otros estudios^{2,4-7}. En otros trabajos la linfadenopatía afecta más a individuos entre la segunda y cuarta décadas de la vida y menos del 10% de los pacientes son menores de 10 años^{2,4-7}. En nuestra serie la mayoría de los pacientes eran menores de 20 años y la tercera parte tenían menos de 10 años. Nuestros resultados sugieren que la mayoría de las primoinfecciones sintomáticas ocurren en las dos primeras décadas de la vida en nuestro medio. Sería interesante conocer si el perfil epidemiológico y clínico de las linfadenopatías por *T. gondii* es similar en otras áreas de España.

*Eva Riquelme-Bravo,
Joaquín Bartolomé-Álvarez,
Santiago Lorente-Ortuño
y María Dolores Crespo-Sánchez*
Laboratorio de Microbiología.
Complejo Hospitalario Universitario
de Albacete. España.

Bibliografía

- Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. *Lancet*. 2004;363:1965-76.
- Ryan M, Hall SM, Barret NJ, Balfour AH, Holliman RE, Joynson DHM. Toxoplasmosis in England and Wales 1981 to 1992. *Commun Dis Rep CDR Rev*. 1995;5(2):R13-R21.
- Brooks RG, McCabe E, Remington JS. Role of serology in the diagnosis of toxoplasmic lymphadenopathy. *Rev Infect Dis*. 1987;9:1055-62.
- Miettinen M, Saxén L, Saxén E. Lymph node toxoplasmosis. *Acta Med Scand*. 1980;208:431-6.
- McCabe RE, Brooks RG, Dorfman RF, Remington JS. Clinical spectrum in 107 cases of toxoplasmic lymphadenopathy. *Rev Infect Dis*. 1987;9:754-74.
- Montoya JG, Remington JS. Studies on the serodiagnosis of toxoplasmic lymphadenitis. *Clin Infect Dis*. 1995;20:781-9.
- Durlach RA, Kaufer F, Carral L, Hirt J. Toxoplasmic lymphadenitis-clinical and serologic profile. *Clin Microbiol Infect*. 2003;9:625-31.

Betalactamasas de espectro extendido en enterobacterias de pacientes hospitalizados y ambulatorios de Zaragoza (2001-2004)

Sr. Editor: Las betalactamasas plasmídicas de espectro extendido (BLEE) han emergido en las dos últimas décadas como un problema creciente que dificulta el tratamiento de infecciones producidas por las bacterias portadoras¹. Durante varios años las enzimas prevalentes fueron derivadas de TEM y SHV, y *Klebsiella pneumoniae* la especie portadora más frecuente². Esta distribución se está modificando y cada vez es más frecuente la detección de enzimas del grupo CTX-M, que han difundido predominantemente en *Escherichia coli*³⁻⁷. Entre enero de 2001 y diciembre de 2004 se revisaron las identificaciones y los antibiogramas de enterobacterias de origen clínico realizados mediante el sistema Wider (Soria Melguizo) en nuestro hospital, que presta atención a 270.861 habitantes. Se seleccionaron los aislados con concentración inhibitoria mínima (CIM) mayores a 1 mg/l para cefotaxima, ceftazidima y/o cefepima. Se excluyeron los aislamientos con idéntico patrón de resistencia obtenidos del mismo tipo de muestra y del mismo paciente y aislados en menos de un mes. Se recogieron datos del paciente, tipo y origen de la muestra, servicio de procedencia y fecha de recogida. También se revisó la sensibilidad, determinada con el mismo sistema, a ácido nalidixico, ciprofloxacino, cotrimoxazol, gentamicina, tobramicina y fosfomicina. Se confirmó la presencia de BLEE mediante test de sinergia de doble disco con cefotaxima, ceftazidima, ceftriaxona, aztreonam y amoxicilina/ácido clavulánico^{8,9}. Se utilizó cefepima y piperacilina/tazobactam en enterobacterias con betalactamasa cromosómica de clase C o con fenotipo compatible con cefamicinasa plasmídica. Finalmente, se detectó sinergia con tiras de E-test de cefotaxima-ceftazidima/ácido clavulánico, ceftazidima-ceftazidima/ácido clavulánico y cefepima-cefepima/ácido clavulánico. Una disminución de 3 o más diluciones de la CIM de uno o más de los antimicrobianos señalados en presencia del inhibidor indicó la presencia de BLEE. Para el análisis estadístico de los datos se aplicó el test de chi cuadrado (χ^2) (SPSS para Windows, Versión 12.0, SPSS Inc, Chicago, EE.UU.). Se identificaron 319 enterobacterias portadoras de BLEE (1,2% del total): en el año 2001 (35 aislados, 0,56%), en 2002 (63 aislados, 0,97%), en 2003 (58 aislados, 0,85%) y en 2004 (163 aislados, 2,43%). Obtuvimos

TABLA 1. Distribución de enterobacterias portadoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) por especie y tipo de muestra e incidencia relativa de aislados portadores de BLEE respecto al total

Muestra	Enterobacterias						Total (%)
	<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Klebsiella oxytoca</i>	<i>Salmonella enterica</i>	<i>Enterobacter cloacae</i>	<i>Providencia stuartii</i>	
Orina	241	2	2	1	1	1	248 (77,77)
Sangre	9	0	1	0	0	0	10 (3,13)
Muestras respiratorias	6	1	0	0	0	0	7 (2,20)
Heces	0	0	0	6	0	0	6 (1,88)
Líquidos orgánicos	4	0	0	0	0	1	5 (1,56)
Exudados inflamatorios	37	1	1	0	0	0	39 (12,2)
Otros	4	0	0	0	0	0	4 (1,22)
Total	301	4	4	7	1	2	319
Incidencia relativa (%)	1,85	0,25	0,47	0,46	0,09	0,82	

mos 194 aislados (61%) de pacientes ambulatorios y 125 (39%) de hospitalizados. Estos últimos se localizaron en áreas médicas (44%), quirúrgicas (23%), unidades de cuidados intensivos (12%), pediatría (7%) y otros servicios (14%). En la tabla 1 se recogen las especies portadoras de BLEE y la muestra de procedencia, así como el número y la incidencia relativa de cepas portadoras de BLEE por especie. Las dos cepas de *P. stuartii* se obtuvieron de orina y herida quirúrgica del mismo paciente con una diferencia de 2 meses. Las salmonelas fueron de origen extrahospitalario y de los serotipos Virchow (4) y Typhimurium (3). En *E. coli*-BLEE, se observaron 4 fenotipos de resistencia: 52 cepas resistentes a cefotaxima (CIM > 8 mg/l) y a ceftazidima (CIM > 16 mg/l) (CTX^R-CAZ^R); 234 cepas (CTX^R-CAZ^S), 11 cepas (CTX^S-CAZ^R) y 4 cepas con CIMs entre 2 y 8 mg/l (CTX^S-CAZ^S). Los porcentajes de resistencia a otros antibióticos en *E. coli*-BLEE y los porcentajes globales de resistencia fueron los siguientes: cotrimoxazol (60,8 y 40,3% [p < 0,05]), ácido nalidíxico (83 y 45% [p < 0,05]), ciprofloxacino (55,1 y 26,6% [p < 0,05]), gentamicina (17,3 y 8,8% [p < 0,05]), tobramicina (11 y 5,2% [p < 0,05]) y fosfomicina (1 y 1,8%). La incidencia relativa de *E. coli*-BLEE en pacientes hospitalizados y ambulatorios por años fue: 1,3 y 0,7% en 2001; 2,6 y 0,9% en 2002; 1,8 y 1,1% en 2003, y 5,6 y 3,4% en 2004. *E. coli*-BLEE aumentó de manera muy significativa en 2004 respecto a los años anteriores tanto en muestras de pacientes hospitalizados como ambulatorios, de modo que supuso el 3,94% de los aislados clínicos de esta especie. Los aislados de *E. coli*-BLEE mostraron porcentajes de resistencia a ácido nalidíxico, ciprofloxacino, gentamicina, tobramicina y cotrimoxazol,

significativamente mayores que los de la especie en el mismo período.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado en parte por MSD España, S.A. con el proyecto P2005-0056.

Francisco Javier Castillo-García,
Cristina Seral-García,
Isabel Millán-Lou
y María Pardos-De la Gandara
Servicio de Microbiología. Hospital Clínico
Universitario Lozano Blesa.
Zaragoza. España.

Bibliografía

- Giamarellou H. Multidrug resistance in Gram-negative bacteria that produce extended-spectrum beta-lactamasas (ESBLs). Clin Microbiol Infect. 2005;11 Suppl 4:1-16.
- Philippon A, Arlet G, Lagrange PH. Origin and impact of plasmid-mediated extended-spectrum beta-lactamasas. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1994;13 Suppl 1:17-29.
- Livermore DM, Hawkey PM. CTX-M: changing the face of ESBLs in the UK. J Antimicrob Chemother. 2005;56:451-4.
- Hernández JR, Pascual A, Cantón R, Martínez-Martínez L. Extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* in spanish hospitals (GEIH-BLEE Project 2002). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2003;21:77-82.
- Hernández JR, Martínez-Martínez L, Cantón R, Coque TM, Pascual A, Spanish Group for Nosocomial Infections (GEIH). Nationwide study of *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* producing extended-spectrum beta-lactamasas in Spain. Antimicrob Agents Chemother. 2005;49:2122-5.
- Miró E, Mirelis B, Navarro F, Rivera A, Mesa RJ, Roig MC, et al. Surveillance of extended-spectrum beta-lactamasas from clinical samples and faecal carriers in Barcelona, Spain. J Antimicrob Chemother. 2005;56: 1152-5.

- Bou G, Cartelle M, Tomás M, Canle D, Molina F, Moure R, et al. Identification and broad dissemination of the CTX-M-14 beta-lactamase in different *Escherichia coli* strains in the north-west area of Spain. J Clin Microbiol. 2002;40: 4030-6.
- Légrand P, Fournier G, Bure A, Jarlier V, Nicolas MH, Decré D, et al. Detection of extended broad-spectrum beta-lactamasas in Enterobacteriaceae in four French hospitals. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1989;8:527-9.
- Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Antimicrobial susceptibility testing standards M2-A9 and M7-A7. Informational Supplement M100-S16. 2006;26(3).

Cerebral phaeiohyphomycosis due to *Cladophialophora bantiana*

Mr. Editor: we present the case of a woman (41 years), diagnosed of familiar amyloidosis type I with hepatic and renal involvement. Orthotopic liver transplantation was performed in May 1999. One year later liver retransplantation was necessary due to an ischemic lesion following hepatic artery thrombosis. The patient was on immunosuppressor therapy, (tacrolimus [4 mgr daily] and deflazacort [9 mgr daily]). Six months later the patient comes to emergency because of vomiting and level of awareness declines. Examination of the patient upon entrance reveals that she is in a state of stupor, though able to respond verbally to simple orders and does not present any motor deficits. Initial blood tests shows: moderate leukocytosis (12.820/mm³) and anemia (Hb = 10.8 g/dl) and mild hiperbilirrubinemia (4.2 ml/dl) due to direct bilirrubine (2.9 mg/dl) and GGTP (185 UI/L). Cerebral tomography is performed with and without contrast matter (fig. 1). It reveals ring-like lesion associated with a hyper dense peripheral zone that in turn is surrounded by hypo dense areas in