

disponemos de los antecedentes. La incidencia de embolias fue muy elevada, como está ya descrito, debido al gran tamaño de las vegetaciones y a su friabilidad, consecuencia de la falta de producción de fibrinolisis. Requirieron intervención quirúrgica 7 casos y fallecieron 4 pacientes del total.

En resumen, la afectación tricuspídea en la endocarditis por SGB es infrecuente, pero tiene un curso clínico agresivo. Afecta fundamentalmente a pacientes jóvenes tras abortos inducidos y a pacientes usuarios de drogas por vía parenteral. Es excepcional en pacientes sin factores de riesgo, como es el caso que describimos.

Bibliografía

1. Sambolla A, Miro JM, Tornos MP, Almirante B, Moreno-Torrico A, Gurgui M, et al. *Streptococcus agalactiae* infective endocarditis: Analysis of 30 cases and review of the literature, 1962–1998. Clin Infect Dis. 2002;34:1576–84.
2. Watanakunakorn CH, Hapte-Gabr E. Group B streptococcal endocarditis of tricuspid valve. Chest. 1991;100:569–71.
3. Vilde J-L, Roujeau J-C, Bure A, Verriac F, Bastin R. Infections graves et septicémies a streptocoque du groupe B chez l'adulte: a propos de quatre observations, dont une endocardite tricuspídenne compliquée de glomérulonephrite. Sem Hop. 1974;50:355–62.
4. Vartian C, Septimus E. Tricuspid valve group B endocarditis following elective abortion. Rev Infect Dis. 1991;13:997–8.
5. Mong K, Taylor D, Muzyka T, Freed D, Koshal A. Tricuspid endocarditis following a Papanicolaou smear: case report. Can J Cardiol. 1997;13:895–6.
6. Azzam ZS, Ron Y, Oren I, Sbeit W, Motlak D, Krivoy N. Group B streptococcal tricuspid valve endocarditis: a case report and review of literature: a case report and review of literature. Int J Cardiol. 1998;64:259–63.
7. Rollán MJ, San Roman JA, Vilacosta I, Sarria C, Lopez J, Acuna M, et al. Clinical profile of *Streptococcus agalactiae* native valve endocarditis. Am Heart J. 2003;146:1095–8.
8. Kangavari S, Collins J, Cercek B, Atar S, Siegel R. Tricuspid valve group B streptococcal endocarditis after an elective termination of pregnancy. Clin Cardiol. 2000;23:301–3.
9. Andresen K, Balf D, Marcu CB. Massive pulmonary embolism in a patient with *Streptococcus agalactiae* tricuspid valve endocarditis. Heart. 2005;91:279.
10. Palys EE, Li J, Gaut PL, Hardy WD. Tricuspid valve endocarditis with Group B *Streptococcus* after an elective abortion: the need for new data. Infect Dis Obstet Gynecol. 2006;2006:1–3.

Nuria Ribas *, Cristina Arribas y Javier Murillas

Servicio de Medicina Interna, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuriaribas03@yahoo.es (N. Ribas).

doi:10.1016/j.eimc.2008.04.007

Insuficiencia aórtica grave secundaria a endocarditis por *Erysipelothrix rhusiopathiae*

Severe aortic regurgitation secondary to *Erysipelothrix rhusiopathiae* endocarditis

Sr. Editor:

Erysipelothrix rhusiopathiae es un bacilo grampositivo no esporulado aerobio y anaerobio facultativo de amplia distribución en la naturaleza y muy común en el reino animal, que ocasionalmente puede producir infecciones en seres humanos y manifestarse de 3 formas diferentes: una con afectación cutánea localizada llamada erisipeloide de Rosenbach, otra con afectación difusa de la piel sin bacteriemia y, finalmente e inusualmente, como una forma bacteriémica, con o sin afectación cutánea, que generalmente se relaciona con endocarditis o artritis y que puede cursar con elevada mortalidad^{1,2}.

Presentamos el caso de una paciente de 58 años de edad que ingresa en urgencias aquejada por fiebre, escalofríos e insuficiencia cardíaca moderada. Refiere ser diabética insulino dependiente y manipuladora y consumidora habitual de pescado fresco, y haber comenzado en los últimos 2 meses con astenia, febrícula y disnea de moderados esfuerzos, que se acompaña de una lesión eritematosa en el quinto dedo de la mano izquierda. La exploración física revela solamente un soplo diastólico III/VI en el borde externo izquierdo y estertores basales pulmonares. Una ecocardiografía transesofágica muestra una válvula aórtica trivalva con una vegetación de 10 mm y rotura de uno de los velos, así como insuficiencia aórtica masiva e insuficiencia mitral moderada, con función sistólica conservada. La analítica sanguínea es normal, a excepción de proteína C reactiva de 153 mg/l. La radiografía de tórax muestra un patrón de edema pulmonar y el electrocardiograma no muestra alteraciones. En 2 hemocultivos se aísla *E. rhusiopathiae* sensible a penicilina y resistente a vancomicina y a aminoglucósidos. En cuidados intensivos se instaura tratamiento con nitroglicerina intravenosa

(iv) a 0,3 mg/h, furosemida 20 mg/6 h iv, ventilación mecánica no invasiva tipo presión de soporte ventilatorio de 12 y presión positiva al final de la espiración de 5 con oxigenoterapia al 40% y penicilina G sódica iv a razón de 4.000.000/4 h y, urgentemente, se traslada a un centro de cirugía cardíaca en donde se implanta una válvula biológica de pericardio bovino no soportada (Freedom solo), n.º 21 en posición aórtica. Durante el acto quirúrgico se observan vegetaciones en los 3 velos de la válvula aórtica, con perforación en uno de ellos y sin apreciarse imágenes de abscesos, aunque no se envían para su cultivo. Se continúa con la administración del antibiótico iv hasta completar 4 semanas de tratamiento. La evolución es satisfactoria; hace una vida normal y está en tratamiento exclusivamente con ácido acetilsalicílico 100 mg al día y con 36 y 26 unidades subcutáneas de insulina de acción prolongada por la mañana y por la noche, respectivamente, habiendo tenido una revisión médica a los 6 meses que ha sido normal.

E. rhusiopathiae puede encontrarse como comensal o patógeno en muchas especies animales, siendo el cerdo doméstico uno de los principales reservorios, y característicamente puede sobrevivir en la tierra y en el agua en condiciones medioambientales desfavorables^{2,3}. Aunque raramente causa infecciones, éstas suelen localizarse en la piel, generalmente afectan a personas que están en contacto con animales infectados o que manipulan carne o pescado contaminados (pescadores, pescaderos, carniceros, trabajadores de mataderos, cocineros, veterinarios etc.); por ello se considera una enfermedad profesional^{1,2,4,5}. De forma inusual, produce infecciones sistémicas y endocarditis que ocurren, sobre todo, en pacientes inmunodeficientes o alcohólicos^{1,2,4–7}. El contagio es habitualmente por contacto cutáneo y, en algunos casos, tras ingestión de carne de cerdo poco cocinada^{1,3,4}. En nuestro caso, es posible que el primer mecanismo haya sido el involucrado al tratarse de una paciente diabética, manipuladora habitual de pescado fresco, que ha sufrido una lesión cutánea en la mano izquierda. La mayoría de los casos que presentan bacteriemia (menos del 1% del total) cursan habitualmente con endocarditis subaguda o crónica y, secundariamente,

hasta un 80% con insuficiencia cardíaca^{2,4,8}, y hasta un tercio de estos enfermos tienen erisipeloide cutáneo^{1,2,7}. Aunque las complicaciones son similares a otros tipos de endocarditis, pueden conllevar mayor mortalidad, que llega a alcanzar el 38–40%^{2,6,9}, estos datos se basan en publicaciones de los años ochenta, con una reducida casuística; tiene predilección por las válvulas nativas normales (60%), preferentemente la aórtica (70%), y requiere cirugía con reemplazo valvular en el 36% de los casos^{1,2}. El género *Erysipelothrix* se puede distinguir de otros bacilos grampositivos, como *Lactobacillus*, *Listeria* y otros, por la morfología celular y su capacidad de producir H₂S en agar TSI. El método de identificación en nuestro caso se ha basado en la morfología de las colonias, tinción de Gram, pruebas de catalasa y oxidasa negativas, producción de H₂S en agar Kligler y mediante el sistema de identificación API[®] Coryne (BioMérieux, France). Asimismo, se confirmó en el Centro Nacional de Microbiología (Majadahonda, Madrid) por métodos de secuenciación. Este microorganismo generalmente es sensible a penicilina y resistente a vancomicina y a aminoglucósidos^{5,10}. El tratamiento con penicilina o con quinolonas en el caso de alergia a betalactámicos debe mantenerse 4–6 semanas. Como conclusión, creemos que debe realizarse una cuidadosa historia epidemiológica y sospecharse esta infección en pacientes con factores y profesiones de riesgo, y más aún cuando se aislen bacilos grampositivos, siendo crucial la identificación correcta de este microorganismo para poder pautar una antibioterapia precoz y adecuada.

Bibliografía

1. Reboli AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: an occupational pathogen. Clin Microbiol Rev. 1989;2:354–9.
2. Gorby GL, Peacock JE. *Erysipelothrix rhusiopathiae* endocarditis: microbiologic, epidemiologic and clinical features of an occupational disease. Rev Infect Dis. 1988;10:317–25.

3. Brooke CJ, Riley TV. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: bacteriology, epidemiology, and clinical manifestations of an occupational pathogen. J Med Microbiol. 1999;48:789–99.
4. Nandish S, Khardori N. Valvular and myocardial abscesses due to *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Clin Infect Dis. 1999;29:1351–2.
5. Maestre A, Ramos JM, Elía M, Gutierrez F. Endocarditis por *Erysipelothrix rhusiopathiae*: una enfermedad profesional poco frecuente y de diagnóstico difícil. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2001;19:456–7.
6. Azofra J, Torres R, Gómez Garcés JL, Gárgolas M, Fernández Guerrero ML, Jiménez Casado M. Endocarditis causada por *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Estudio de casos y revisión de la literatura. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1991;9:244–8.
7. Nassar IM, De la Llaná R, Garrido P, Martínez-Sanz R. Mitro-aortic infective endocarditis produced by *Erysipelothrix rhusiopathiae*: case report and review of the literature. J Heart Valve Dis. 2005;14:320–4.
8. Artz AL, Szabo S, Zabel LT, Hoffmeister HM. Aortic valve endocarditis with paravalvular abscesses caused by *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2001;20:587–8.
9. Kramer MR, Gombert ME, Corrado ML, Ergin MA, Burnett V, Ganguly J. *Erysipelothrix rhusiopathiae* endocarditis. South Med J. 1982;75:892.
10. Dunbar SA, Clarridge 3rd JE. Potential errors in recognition of *Erysipelothrix rhusiopathiae*. J Clin Microbiol. 2000;38:1302–4.

Miguel Ángel Blasco-Navalpoto^{a,*}, Isabel Wilhelmi-De Cal^b, Oscar Gonzalez-Lorenzo^c y Daphne Castaño-Pardo^d

^aServicio de Medicina Intensiva, Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

^bServicio de Microbiología, Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

^dServicio de Medicina Intensiva, Hospital Severo Ochoa, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Mblasco.hsvo@salud.madrid.org (M. Ángel Blasco-Navalpoto).

doi:10.1016/j.eimc.2008.02.009

Cerebral aspergillosis in an HIV-infected patient: Unsuccessful outcome despite combined antifungal therapy

Aspergilosis cerebral en un paciente con infección por el VIH: evolución desfavorable a pesar de tratamiento antifúngico combinado

Dear Editor:

Central nervous system (CNS) aspergillosis is the most serious clinical form of invasive aspergillosis and results in substantial mortality, approaching 100% of affected persons¹. The introduction of new antifungal agents, such as voriconazole, a novel triazole, and echinocandins, a new family of antifungals, has generated new treatment expectancies for invasive aspergillosis. Here we report a fatal case of CNS aspergillosis in an AIDS patient treated unsuccessfully with a combination of systemic voriconazole and caspofungin, as well as intrathecal amphotericin B.

A 47-year-old HIV-seropositive man, former intravenous drug-user, was admitted for bilateral cavitated pneumonia. He had been treated with combined antiretroviral therapy (cART) for the previous 6 months (emtricitabine, tenofovir and lopinavir/ritonavir). Six weeks earlier he had been diagnosed with progressive multifocal leukoencephalopathy (PML) as an expression of immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) (Figure 1A). High-dose corticosteroid treatment was initiated. After 4 weeks of treatment with tapered doses of corticosteroids,

chest pain, shortness of breath, and bradypsychia developed. Physical examination on admission revealed temperature 38.3 °C, respiratory rate of 32 per min, lethargy, global aphasia and slight upper right limb paresis. A chest radiograph showed bilateral cavitated pulmonary consolidations. The patient's CD4 count was 22 cells/μl. Unenhanced brain CT study showed no changes with respect to a scan carried out at previous admission. Levofloxacin (500mg/day IV) and ceftriaxone (1g/day IV) were given empirically. Blood cultures and pneumococcal and legionella antigen testing in urine were negative. Three days later the patient presented seizures. A new contrast-enhanced CT scan revealed a ring-enhancing lesion with perifocal edema in the left parieto-occipital lobe (Figure 1B). CT-guided needle puncture of one pulmonary lesion was performed, but pathology and cultures of the specimen yielded no positive results. A specimen obtained by CT-guided stereotaxic biopsy of the cerebral abscess revealed septated hyphae on KOH stain; *Aspergillus fumigatus* grew in culture. A diagnosis of necrotizing bilateral pneumonia with CNS involvement by *A. fumigatus* was established. The paraventricular location of the abscess precluded surgical excision; voriconazole and caspofungin at doses of 400mg/12 h and 70mg/24 h, respectively, were started. A new CT scan performed 11 days after starting treatment showed new lesions, and *A. fumigatus* was recovered from the aspirated material. One ml (0.5mg) of amphotericin B deoxycholate was instilled into the two largest lesions, but the patient's condition deteriorated and new lesions were seen in another CT scan (Figure 1C). Thus, treatment was