

histológicos, coincidiendo con un reciente diagnóstico de infección por VIH y la respuesta al TARV, estaría en consonancia con la hipótesis de que el VIH podría tener un papel importante en el desarrollo del SLID⁸. Con respecto al manejo de este cuadro la mayoría de los autores coincide en el inicio del TARV con o sin esteroides, con control y recuperación, parcial o total de la función renal^{9,10}.

Bibliografía

1. Domingo P, Knobel H, Gutierrez F, Barrid G, Fulladosa X. Evaluación y tratamiento de la nefropatía en el paciente con infección por VIH-1. Una revisión práctica. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:185-98.
2. Williams Francis M, Cohen Philir R, Jumshyd J, Reveille John D. Prevalence of the diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome among human immunodeficiency virus type 1-positive outpatients. *Arthritis Rheum.* 1998;41:863-8.
3. Kazi S, Cohen PR, William F, Schempp R, Reveille JD. The diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome. Clinical and immunogenetic features in 35 patients. *AIDS.* 1996;10:385-91.
4. Itescu S, Winchester R. Diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome: a disorder occurring in human immunodeficiency virus-1 infection that may present as a sicca syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 1992;18:683-97.
5. Nochy D, Glotz D, Dosquet P, Pruna A, Guettier C, Weiss L, et al. Renal disease associated with HIV infection: a multicentric study of 60 patients from Paris hospitals. *Nephrol Dial Transplant.* 1993;8:11-9.
6. Cohen SD, Chawla LS, Kimmel PL. Acute kidney injury in patients human immunodeficiency virus infection. *Curr Opin Crit Care.* 2008;14:647-53.

7. Izzedine H, Brocheriou I, Valantin MA, Camous L, Bourry E, Baumelou A, et al. A case of acute renal failure associated with diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome. *Nat Clin Pract Nephrol.* 2008;4:110-4.
8. Agah R, Sockell M, Felsovayni A. Diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome in a patient not infected with the human immunodeficiency virus. *West J Med.* 1996;164:266-8.
9. Nopachai A, Garwacki CP, Moll S. Diffuse infiltrative lymphocytosis syndrome. *Am J Hematol.* 2004;75:173-5.
10. Sancho JM, Ribera JM, Vaquero M, Sirera G. Síndrome de linfocitosis CD8 infiltrativo difuso en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin.* 2000;115:399.

Maryam Sidahi^{a,*}, Rafael Luque^b, Azahara Martínez^c y M. Dolores Mañas^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Servicio de Anatomía patológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: sidahi@hotmail.com, meiga12@yahoo.es (M. Sidahi).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2009.05.004

doi:10.1016/j.eimc.2010.06.004

***Achromobacter xylosoxidans* como agente colonizador de bronquiectasias**

***Achromobacter xylosoxidans* colonisation in bronchiectasis**

Sr. Editor:

He leído con interés el caso recientemente publicado titulado *Achromobacter xylosoxidans* como agente colonizador de bronquiectasias¹ y quisiera hacer algunas consideraciones al respecto. Creo el principal interés del caso reside en el hallazgo de un microorganismo infrecuentemente asociado con patología humana, por lo que me llama la atención la escasez e imprecisión de los datos referentes al diagnóstico microbiológico aportados. Los autores afirman que la bacteria se aisló «en el cultivo puro de los 3 esputos y del broncoaspirado», sin precisar los medios de cultivo empleados, el tiempo ni la atmósfera de incubación. Nada se dice tampoco de los métodos empleados en la identificación, asunto este de gran importancia habida cuenta de las dificultades prácticas para la identificación de los bacilos gramnegativos no fermentadores inusuales con los métodos generalmente al uso en los laboratorios clínicos, por lo que no es infrecuente tener que recurrir a técnicas de identificación genotípicas para alcanzar una identificación precisa y segura. Además, al tratarse de un paciente con bronquiectasias, con exacerbaciones previas que requirieron varios ciclos de antibioterapia, según relatan los autores, es probable que se tratara de una cepa de morfotipo mucosoide (dato que tampoco se comenta en el trabajo), lo que suele añadir mayores dificultades a la identificación.

En el trabajo se dice que el antibiograma se realizó mediante «el método disco-placa sobre medio de Mueller-Hinton enriquecido al 5% con sangre de carnero según las normas del CLSI», aunque no se aporta ninguna cita referente a estas normas. Según las normas actuales del mencionado organismo, el medio a utilizar para el antibiograma de bacilos gramnegativos no

fermentadores es el Mueller-Hinton sin ningún enriquecimiento adicional, que es el medio generalmente usado para los bacilos gramnegativos en general².

También resulta llamativo el hecho de que habiéndose realizado el antibiograma por el método disco-placa, los autores describan el perfil de sensibilidad de la cepa en valores de CMI, si bien de forma imprecisa puesto que indican que la cepa era resistente a «cefalosporinas (CMI de 16 mcg/ml), aminoglucósidos (CMI de 8 mcg/ml) y quinolonas (CMI de 8 mcg/ml)», de forma genérica, sin precisar antibióticos concretos, a pesar de que es bien conocido que la actividad de los distintos agentes en estos grupos puede ser muy diferente, especialmente entre las cefalosporinas.

Más aún, quizás por error o por desconocimiento del trabajo que se cita, los autores afirman que la interpretación de la sensibilidad del microorganismo se hizo «siguiendo las recomendaciones existentes a nivel nacional para bacilos gramnegativos no fermentadores», citando como referencia el trabajo de Cantón et al, publicado en esta misma revista³. Dicho artículo ofrece recomendaciones para la selección de los antibióticos a usar en los estudios de sensibilidad mediante sistemas automáticos y semiautomáticos, sin que en él se mencione nada acerca de los datos de interpretación.

Quizás el hecho sorprendente de que no aparezca ningún microbiólogo entre los firmantes del artículo explique la imprecisión de los datos aportados y cómo han podido pasarse por alto aspectos tan relevantes para llegar a un correcto diagnóstico microbiológico.

Bibliografía

1. Sancho-Chust JN, Agudo P, Camarasa A, Chiner E. *Achromobacter xylosoxydans* como agente colonizador de bronquiectasias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:203-4.

- Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; M02-A10: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2009.
- Cantón R, Alós JI, Baquero F, Calvo J, Campos J, Castillo J, et al. Recomendaciones para la selección de antimicrobianos en el estudio de la sensibilidad *in vitro* con sistemas automáticos y semiautomáticos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25:394-400.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.eimc.2009.02.006

doi:10.1016/j.eimc.2010.07.002

***Achromobacter xylosoxidans* como agente colonizador de bronquiectasias**

***Achromobacter xylosoxidans* as colonising agent in bronchiectasis**

Sr. Editor:

Hemos leído la discusión en relación a nuestro trabajo publicado previamente en su revista¹ y nos gustaría exponer nuestro punto de vista.

El caso en cuestión era el de una paciente con un antecedente de tuberculosis que presentaba como secuelas bronquiectasias quísticas bilaterales con obstrucción crónica al flujo aéreo asociada. Como consecuencia de todo ello, tenía una historia previa de colonizaciones por diversos microorganismos y presentaba insuficiencia respiratoria crónica. El cuadro clínico de ingreso fue una nueva agudización, aislándose en muestras respiratorias *Achromobacter xylosoxidans*. En nuestro conocimiento, dicho aislamiento no había sido descrito previamente en la citada patología pulmonar y ahí reside la importancia del caso.

El argumento de la réplica a nuestro trabajo se centra en la escasez de datos aportados en lo referente al diagnóstico microbiológico. Compartimos la opinión de la importancia de la metodología en el diagnóstico microbiológico. Sin embargo, debido a problemas de extensión, se decidió incidir más en aspectos eminentemente clínicos, como la presentación, toma de decisiones, manejo y evolución, centrando la atención de los lectores en la clínica, ya que consideramos que dicho aspecto era capital. Se buscaba resaltar la conveniencia de tener en cuenta a este microorganismo en una patología como las bronquiectasias, en las que el factor infeccioso juega un papel central en la etiopatogenia e influye decisivamente en el curso evolutivo². Esta es la razón que nos movió a resumir ciertos aspectos microbiológicos, que consideramos serían más convenientemente tratados por especialistas en la materia. En este sentido, no podemos poner en duda los resultados del laboratorio de microbiología de nuestro

doi:10.1016/j.eimc.2010.08.003

Hepatitis granulomatosa por *Mycobacterium complex* secundaria a instilación intravesical con BCG

Granulomatous hepatitis due to *Mycobacterium Complex* following bacillus calmette-guérin intravesical instillation

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Cameo et al de su revista¹. El tratamiento con instilaciones de BCG es más efectivo

Gregoria Gázquez

Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Universitario San Juan, Alicante, España

Correo electrónico: gazquez_mar@gva.es

hospital, que sigue las normas de calidad recomendadas por las principales sociedades científicas³⁻⁵. Por otra parte, la experiencia con *A. xylosoxidans* ya ha quedado documentada con una publicación previa por parte de nuestro grupo⁶.

Para concluir, finalizamos agradeciendo el gran interés que se ha mostrado por nuestro trabajo, que no hace más que seguir destacando la singularidad que poseía el caso aportado.

Bibliografía

- Sancho-Chust JN, Agudo P, Camarasa A, Chiner E. *Achromobacter xylosoxidans* como agente colonizador de bronquiectasias. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:203-4.
- Vendrell M, De Gracia J, Oliveira C, Martínez MA, Girón R, Máz L, et al. Diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias. *Arch Bronconeumol.* 2008;44:629-40.
- European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). Expert Rules in Antimicrobial Susceptibility Testing, Version 1. April 2008. [consultado 18/12/2008]. Disponible en: <http://www.eucast.org>.
- Grupo MENSURA. Recomendaciones del grupo MENSURA para la selección de antimicrobianos en el estudio de la sensibilidad y criterios para la interpretación del antibiograma. *Rev Esp Quimioterap.* 2000;13:73-86.
- García Rodríguez JA. Métodos básicos para el estudio de la sensibilidad a los antimicrobianos. 1.ª Edición (11), 2000. En: Picazo JJ, editor. *Procedimientos en Microbiología Clínica Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.* [consultado 18/12/2008]. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/>.
- Pastor-Esplá E, Signes-Costa Miñana E, Chiner Vives E, Llobart Cantó M, Andreu Rodríguez AL. Neumonía adquirida en la comunidad y bacteriemia por *Alcaligenes xylosoxidans*. *An Med Interna.* 2006;23:148-9.

José N. Sancho-Chust^a, Pilar Agudo^b, Ana Camarasa^a y Eusebi Chiner^{a,*}

^a Sección de Neumología, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, San Juan de Alicante, España

^b Sección de Cardiología, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, San Juan de Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chiner_eus@gva.es (E. Chiner).

que la mayoría de agentes quimioterápicos intravesicales en la profilaxis y tratamiento del carcinoma superficial de vejiga y el carcinoma in situ. Sin embargo, el tratamiento con BCG provoca más reacciones locales y sistémicas, algunas de gravedad extrema². El mecanismo antitumoral parece ser una reacción de hipersensibilidad que causa una intensa infiltración por linfocitos y macrófagos, la cual facilita la eliminación de las células tumorales³. Aunque infrecuente, dicha terapia puede presentar efectos secundarios potencialmente letales como el descrito por Cameo et al¹. Presentamos un caso de infección diseminada de