

por mediación de su efecto antagonista sobre los receptores serotoninérgicos (5-HT_{2A}) necesarios para la entrada del virus JC en las células gliales^{1,10}. Recientemente se ha comunicado el tratamiento exitoso de una LMP en un varón sometido a un TPH alogénico tras la infusión de linfocitos T específicos frente al virus JC obtenidos del donante y generados *in vitro*, abriendo prometedoras expectativas en relación con la potencial utilidad de la terapia adoptiva en la restauración de la respuesta citotóxica del receptor⁸.

En conclusión, el diagnóstico de LMP debería ser considerado ante cualquier déficit neurológico de evolución subaguda en un receptor de TPH, en particular si previamente ha sido sometido a tratamientos prolongados con análogos de purinas o inmunosupresores. Se desconoce el valor predictivo en tal escenario de la detección por PCR del poliovirus JC en LCR, por lo que su negatividad no permite excluir esta entidad ante un cuadro clínico-radiológico compatible.

Agradecimientos

Los autores agradecen al doctor Carlos Grande, del Servicio de Hematología del Hospital Universitario 12 de Octubre, su colaboración en la lectura crítica del manuscrito original.

Bibliografía

1. Tan CS, Koralnik IJ. Progressive multifocal leukoencephalopathy and other disorders caused by JC virus: clinical features and pathogenesis. *Lancet Neurol*. 2010;9:425-37.
2. Amend KL, Turnbull B, Foskett N, Napalkov P, Kurth T, Seeger J. Incidence of progressive multifocal leukoencephalopathy in patients without HIV. *Neurology*. 2010;75:1323-6.
3. Saumoy M, Castells G, Escoda L, Marés R, Richart C, Ugarriza A. Progressive multifocal leukoencephalopathy in chronic lymphocytic leukemia after treatment with fludarabine. *Leuk Lymphoma*. 2002;43:433-6.

4. Shitrit D, Lev N, Bar-Gil-Shitrit A, Kramer MR. Progressive multifocal leukoencephalopathy in transplant recipients. *Transpl Int*. 2005;17:658-65.
5. Kharfan-Dabaja MA, Ayala E, Greene J, Rojiani A, Murtagh FR, Anasetti C. Two cases of progressive multifocal leukoencephalopathy after allogeneic hematopoietic cell transplantation and a review of the literature. *Bone Marrow Transplant*. 2007;39:101-7.
6. Focosi D, Fazzi R, Montanaro D, Emdin M, Petrini M. Progressive multifocal leukoencephalopathy in a haploidentical stem cell transplant recipient: a clinical, neuroradiological and virological response after treatment with risperidone. *Antiviral Res*. 2007;74:156-8.
7. Sheikh SI, Stemmer-Rachamimov A, Attar EC. Autopsy diagnosis of progressive multifocal leukoencephalopathy with JC virus-negative CSF after cord blood stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. 2009;27:e46-47.
8. Balduzzi A, Lucchini G, Hirsch HH, Basso S, Cioni M, Rovelli A, et al. Polyomavirus JC-targeted T-cell therapy for progressive multiple leukoencephalopathy in a hematopoietic cell transplantation recipient. *Bone Marrow Transplant*. 2010, doi: 10.1038/bmt.2010.221.
9. Fong IW, Britton CB, Luinstra KE, Toma E, Mahony JB. Diagnostic value of detecting JC virus DNA in cerebrospinal fluid of patients with progressive multifocal leukoencephalopathy. *J Clin Microbiol*. 1995;33:484-6.
10. Kesari S, Akar S, Saad A, Drappatz J, Koralnik IJ, DeAngelo DJ. Progressive multifocal leukoencephalopathy in a patient with relapsed acute myelogenous leukemia. *J Clin Oncol*. 2008;26:3804-7.

Mario Fernández-Ruiz^{a,*}, Javier de la Serna^b, Juan Ruiz^c y Francisco López-Medrano^a

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Hematología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mario.fdezruiz@yahoo.es (M. Fernández-Ruiz).

doi:10.1016/j.eimc.2011.03.013

Absceso epidural por *Pasteurella pneumotropica*

Epidural abscess caused by Pasteurella pneumotropica

Sr. Editor:

Pasteurella pneumotropica (*P. pneumotropica*) es un bacilo gram-negativo que se encuentra presente en la flora orofaríngea y respiratoria de numerosos animales, incluyendo perros, gatos y roedores. La infección en humanos ha sido descrita de forma excepcional en la literatura, motivo por el que decidimos comunicar el siguiente caso clínico de un paciente inmunocompetente que desarrolló una infección bacteriémica por *P. pneumotropica*.

Caso clínico

Un varón de 67 años ingresa en el hospital por un cuadro de dos días de evolución de fiebre, escalofríos y dolor lumbar bajo de características mecánicas no irradiado a miembros inferiores. Entre sus antecedentes personales destacaba la existencia de HTA a tratamiento con candesartán, fibrilación auricular permanente anticoagulado con acenocumarol, diverticulosis de sigma y colocación de prótesis de St Jude 5 años antes por insuficiencia mitral severa. En la exploración física general no se apreciaban alteraciones significativas, ni tampoco tenía déficits neurológicos. El paciente vivía en el área rural y convivía con varios animales

domésticos, aunque en el interrogatorio dirigido refería no haber recibido ninguna mordedura o arañazo previamente. Los análisis de sangre mostraban leucocitosis con desviación izquierda (15.100 leucocitos/mm³, 11.630 neutrófilos/mm³, 1.060 cayados/mm³). El examen en fresco de los hemocultivos mostró cocobacilos que se tiñeron como negativos en la tinción de Gram. Los hemocultivos se sembraron en placas de Agar sangre, Agar chocolate y Agar MacConkey, y se obtuvo crecimiento en las dos primeras placas de unas colonias grises, lisas y no hemolíticas. Las pruebas bioquímicas realizadas con el sistema API20NE (Biomérieux) resultaron en la identificación de *P. pneumotropica*, confirmado en el Centro Nacional de Microbiología. Las reacciones de oxidasa, catalasa, indol y ureasa fueron positivas, produjo descarboxilación de la ornitina, acidificación de la xilosa, maltosa y sacarosa y redujo los nitratos a nitritos. El microorganismo resultó sensible a ampicilina (CIM ≤ 8), cefalosporinas (cefalotina ≤ 8, cefuroxima ≤ 4, cefotaxima ≤ 1), aminoglucósidos (gentamicina ≤ 4), quinolonas (ciprofloxacino ≤ 0,12) y trimetoprim-sulfametoxazol (≤ 2/38). Se realizó RM de columna lumbar, en la cual se observó un absceso epidural anterior a nivel L4-L5, con afectación del músculo psoas-iliaco izquierdo, así como de los platillos inferior de L5 y superior de S1 (fig. 1). Se pautó tratamiento con ciprofloxacino durante 4 semanas, por vía intravenosa la primera semana (400 mg/12 horas), y posteriormente oral (750 mg/12 horas). No fue necesario el drenaje quirúrgico o percutáneo de los abscesos. La evolución clínica fue favorable con resolución completa de la sintomatología, y en una



Figura 1. RM de columna vertebral ponderada en T1 con supresión grasa tras administración de contraste. Colección epidural de 3,4 × 2,9 cm en sentidos craneocaudal y anteroposterior, colección de psoas-iliaco izquierdo de 5,5 × 0,8 cm, y afectación de los platillos inferior de L5 y superior de S1 en su región posterior.

RM posterior realizada 6 semanas después se confirmó la resolución de los abscesos previamente descritos.

Discusión

La mayoría de las infecciones en humanos por especies del género *Pasteurella* están causadas por *P. multocida*, la cual representa aproximadamente el 70% de las infecciones¹. La tasa de incidencia anual de infecciones por microorganismos pertenecientes al género *Pasteurella* se ha estimado en un 0,19/100.000/año². Los aislamientos identificados por otras especies como *P. pneumotropica* son mucho menos frecuentes. Habitualmente *P. pneumotropica* es únicamente patógeno para los animales, aunque ocasionalmente puede producir infecciones potencialmente graves en humanos como un absceso epidural espinal³. En el hombre se comporta por tanto como patógeno accidental, y el mecanismo más probable de entrada en el organismo es la vía orofaríngea tras contacto con animales domésticos, si bien debemos destacar que no se ha podido identificar un antecedente de contacto directo con animales en todos los pacientes descritos con infección por este microorganismo.

Las manifestaciones clínicas posibles son muy diversas, y de hecho se ha implicado en celulitis secundaria a mordedura de animales, meningitis, osteomielitis, infección respiratoria, shock séptico o endocarditis⁴⁻⁹. En los casos publicados hasta el momento es muy frecuente la existencia de una enfermedad crónica subyacente, como cirrosis, neoplasia o SIDA, aunque ésta no resulta imprescindible como es evidente en nuestra descripción. Habitualmente *P. pneumotropica* es sensible a betalactámicos y quinolonas, por lo que estos antimicrobianos representan opciones terapéuticas eficaces demostradas en nuestro caso clínico y publicaciones previas. En la mayoría de los pacientes con absceso epidural es preciso el tratamiento quirúrgico asociado, el cual obviarnos en nuestro paciente debido a la ausencia de compromiso medular y la respuesta clínica favorable.

Bibliografía

1. Félix M, Tallón P, Salavert M, Navarro V, Bretón JR, Pérez-Ballés C, et al. Bacteriemia por *Pasteurella* spp.: una entidad infrecuente durante los últimos 8 años en nuestro centro. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003;21:334-9.
2. Nseir W, Giladi M, Moroz I, Moses AE, Benenson S, Finlestein R, et al. A retrospective six-year national survey of *P. multocida* infections in Israel. *Scand J Infect Dis.* 2009;41:445-9.
3. De Stefani A, Garosi LS, McConnell FJ, Llabres Díaz FJ, Dennis R, Platt SR. Magnetic resonance imaging features of spinal epidural empyema in five dogs. *Vet Radiol Ultrasound.* 2008;49:135-40.
4. Cuadrado-Gómez LM, Arranz-Caso JA, Cuadros-González J, Albarrán-Hernández F. *Pasteurella pneumotropica* pneumonia in a patient with AIDS. *CID.* 1995;21:445-6.
5. Minton EJ. *Pasteurella pneumotropica*: meningitis following a dog bite. *Postgrad Med J.* 1990;66:125-6.
6. Mansoor O, Mignot P, Guelon D, de Chamos Ch, Schoeffler P. Septicémie à *Pasteurella pneumotropica*. *Presse Med.* 1992;21:1775.
7. Casals C, Alemala M, Marco F, Sort P. Sepsis por *Pasteurella pneumotropica*. *Med Clin (Barc).* 1995;104:358-9.
8. Gadberry JL, Zipper R, Taylor JA, Wink C. *Pasteurella pneumotropica* isolated from bone and joint infections. *J Clin Microbiol.* 1984;19:926-7.
9. Medley S. A dog bite wound infected with *Pasteurella pneumotropica*. *Med J Aust.* 1977;2:224-5.

Francisco Javier Fernández-Fernández^{a,*}, Rubén Puerta-Louro^a, Irene Rodríguez-Conde^b y Javier de la Fuente-Aguado^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital POVISA, Vigo, Pontevedra, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital POVISA, Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fjfer@mun-do-r.com
(F.J. Fernández-Fernández).

doi:10.1016/j.eimc.2011.04.001