

Bibliografía

- Martínez-Rebollar M, Larrousse M, Calvo M, Muñoz A, González A, Loncà M, et al. Estado actual de la hepatitis aguda C. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:210-5.
- León P, López JA, de Ory F, Elola C, Echevarría JM. Detección de anticuerpos IgG de baja avididad en el diagnóstico de la infección primaria aguda por virus de la hepatitis C. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1997;15:14-8.
- Echevarría JM, León P, Domingo CJ, López JA, Elola C, Madurga M, et al. Laboratory diagnosis and molecular epidemiology of an outbreak of hepatitis C virus infection among recipients of a human intravenous immunoglobulin in Spain. *Transfusion.* 1996;36:725-30.
- Castell J, Gutiérrez G. Brote de 18 casos de hepatitis C en una unidad de hemodiálisis. *Gac Sanit.* 2005;19:214-20.
- Kanno A, Kazuyama Y. Immunoglobulin G antibody avidity assay for serodiagnosis of hepatitis C virus infection. *J Med Virol.* 2002;68:229-33.
- Coppola M, Pisapia R, Tonziello G, Masiello A, Martini S, Pisaturo M, et al. Improvement in the aetiological diagnosis of acute hepatitis C: a diagnostic

protocol based on the anti-HCV-IgM titre and IgG Avidity Index. *J Clin Virol.* 2009;46:222-9.

- Gaudy-Graffin C, Lesage G, Kousignian I, Laperche S, Girault A, Dubois F, et al. Use of an anti-hepatitis C virus (HCV) IgG avidity assay to identify recent HCV infection. *J Clin Microbiol.* 2010;48:3281-7.

José Manuel Echevarría* y Ana Avellón

Área de Virología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda. Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmecheva@isciii.es (J.M. Echevarría).

doi:10.1016/j.eimc.2011.05.001

Meningitis por *Streptococcus agalactiae* en un varón inmunocompetente

Streptococcus agalactiae meningitis in an immunocompetent male

Sr. Editor:

La meningitis bacteriana (MB) se define como la respuesta inflamatoria de las leptomeninges y su expresión en el líquido cefalorraquídeo (LCR) causada por una infección bacteriana. La MB del adulto adquirida en la comunidad está causada predominantemente por *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*¹⁻³. La MB por *Streptococcus agalactiae* es una entidad infrecuente en adultos, produciéndose la mayoría de los casos en pacientes con comorbilidades y en el puerperio. En menor medida se asocia a la presencia de antecedentes neuroquirúrgicos o fistulas de LCR^{4,5}.

Presentamos el caso de un varón de 27 años nacido en Marruecos, que acude a urgencias por cuadro de cefalea brusca e intensa que le impide conciliar el sueño, acompañada de escalofríos. A la exploración física, estaba afectado por el dolor, febril y taquicárdico, siendo el resto rigurosamente normal. Como único antecedente de interés, destaca un ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) dos años antes por un traumatismo craneoencefálico (TCE) tras accidente de moto. Se extrajeron hemocultivos, análisis generales, y se solicitó una radiografía de tórax. En los minutos siguientes, sufrió disminución progresiva del nivel de conciencia, precisando intubación orotraqueal. Ante la sospecha clínica de meningitis piógena, se administró ceftriaxona, vancomicina y dexametasona. Se realizó tomografía computarizada (TC) craneal, que fue normal, y punción lumbar cuyo análisis citobioquímico del LCR fue compatible con meningitis aguda bacteriana (leucocitos: 1.120/mm³; 65% de poimorfonucleares; glucosa 39 mg/dl; proteínas: 270 mg/dl), trasladándose al enfermo a la UCI de nuestro hospital de referencia. Tanto en los hemocultivos como en el cultivo del LCR se aisló *S. agalactiae*, tratándose al enfermo con ampicilina, y asociando aminoglucósidos los primeros días. La evolución clínica fue buena, siendo dado de alta a la planta de Medicina Interna de nuestro hospital. Reinterrogando al enfermo, refiere a raíz del TCE rinorrea acuosa unilateral desencadenada por maniobras de Valsalva. Ante la sospecha clínica de fistula nasal de LCR se solicitó la beta-traza proteína en la rinoliquorra. Los valores de dicha proteína estaban muy elevados apoyando así nuestra sospecha diagnóstica, comentándose entonces el caso con el Servicio de Otorrinolaringología para planificar tratamiento quirúrgico. Actualmente el enfermo está asintomático, sin secuelas, pendiente de ser intervenido.

Desde la descripción del primer caso de meningitis por *S. agalactiae* en adultos en 1942⁶ se han comunicado casos con mayor frecuencia. En las últimas décadas se ha observado un incremento de la incidencia de infecciones sistémicas por algunos grupos de *Streptococcus*, en concreto por *S. agalactiae*, aún así la frecuencia de MB por *S. agalactiae* en adultos es baja situándose en torno al 4%^{7,8}. Clínicamente es indistinguible de otras meningitis piógenas, sin embargo, podríamos resaltar el alto porcentaje de bacteriemias encontradas, alrededor del 80%, y que los casos son con frecuencia secundarios a la diseminación de un foco a distancia, especialmente de endometrio, vías respiratorias y endocardio. Como comentamos al principio, la mayoría de los casos en varones adultos se producen en pacientes con comorbilidades, fundamentalmente diabetes, cirrosis, enfermedades autoinmunes, cardiovasculares, neurológicas y neoplásicas^{4,5,8}. La mortalidad puede alcanzar el 34%, muy parecida a la descrita por *S. pneumoniae*^{4,5}. El tratamiento antibiótico de elección es ampicilina o penicilina G sódica, pudiéndose añadir un ciclo corto de aminoglucósidos. Como alternativa pueden usarse cefotaxima o ceftriaxona, y en alérgicos a betalactámicos vancomicina. Todos ellos deben administrarse por vía intravenosa, siendo la duración del tratamiento de 14 a 21 días⁹.

Nuestro caso tiene la peculiaridad de ocurrir en un varón joven, sin comorbilidades, pero que presenta una fistula nasal de LCR no diagnosticada con anterioridad, y provocada tras el TCE. Publicaciones recientes aconsejan el estudio en la rinoliquorra de proteínas como la beta2 transferrina, o la beta-traza proteína, ya que son métodos no invasivos y validados para el diagnóstico de las fistulas nasales de LCR¹⁰. Con ello podemos plantear a los enfermos para cirugía, ya que el cierre de la fistula nasal es fundamental para prevenir posibles recurrencias.

Bibliografía

- Torres-Tortosa M, Colmenero JD, González M, Jiménez E, Palomino J, Pérez S. Meningitis bacteriana en pacientes adultos. *Avances Enferm Infecc.* 2006;7 suppl 1:1-56.
- Escribano JC, Ramos MC, Pérez P. Meningitis. Concepto. Clasificación. Etiopatogenia. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico. *Medicine.* 2003;8:5227-32.
- Sigurdardottir B, Bjornsson O, Jonsdottir K, Erlendsdottir H, Gudmundsson S. Acute Bacterial Meningitis in Adults: A 20-Year Overview. *Archives of Internal Medicine.* 1997;157:425-30.
- Domingo P, Burquet N, Álvarez M, Coll P, Nava J, Garau J. Group B streptococcal meningitis in adults: report of twelve cases and review. *Clin Infect Dis.* 1997;25:1180-7.
- Jordano Q, Falcó V, Almirante B, Gasser I, Pigrau C, Pahissa A. Meningitis estreptocócicas no neumónicas: características clínicas y microbiológicas de 13 casos. *Med Clin (Barc).* 2003;120:739-41.

- Rantz LA. Streptococcal meningitis: four cases treated with sulfonamides in which the etiologic agent was an unusual streptococcus. *Ann Intern Med.* 1942;16:716-26.
- Farley MM, Harvey RC, Stull T, Smith JD, Schuchat A, Wenger JD, et al. A population-based assessment of invasive disease due to group streptococcus in nonpregnant adults. *N Engl J Med.* 1993;328:1807-11.
- Farley MM. Group B streptococcal disease in nonpregnant adults. *Clin Infect Dis.* 2001;33:556-61.
- Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL, Kaufman BA, Roos KL, Sheld WM, et al. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. *Clin Infect Dis.* 2004;39:1267-84.
- Sampaio MH, De Barros-Mazón S, Sakano E, Chone CT. Predictability of quantification of beta-trace protein for diagnosis of cerebrospinal fluid leak: cutoff determination in nasal fluids with two control groups. *Am J Rhinol Allergy.* 2009;23:585-90.

Antonio Reguera*, Miguel Ángel González, Adriana Sánchez y Carmen Aguayo

Servicio de Medicina Interna, Hospital Comarcal Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: krisjimeno@hotmail.com (A. Reguera).

doi:10.1016/j.eimc.2011.05.020

Staphylococcus aureus subespecie aureus catalasa negativa: un nuevo caso en España

Catalase-negative Staphylococcus aureus subsp. aureus: a new case in Spain

Sr. Editor:

La mayoría de las cepas de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) son cocos grampositivos, que se agrupan en parejas, tétradas o racimos, no móviles, no formadores de esporas, habitualmente anaerobias facultativas y productoras de catalasa. Esta última característica es utilizada universalmente como factor clave para la identificación de este patógeno a nivel de género, excepto para las especies anaerobias *S. aureus* subespecie *anaerobius* y *Staphylococcus saccharolyticus*, que crecen inicialmente en condiciones anaerobias y son catalasa negativa¹. Además, *S. aureus* subespecie *aureus*, se diferencia de *S. aureus* subespecie *anaerobius* por su capacidad para reducir nitratos y producir ácido utilizando como sustratos trealosa, manosa y lactosa¹. En lo referente a la actividad catalasa, ya en 1955 se comunicó el primer caso en humanos de infección por *S. aureus* subespecie *aureus* catalasa negativa, y desde entonces se han sucedido, aunque en número relativamente reducido, las referencias bibliográficas de cepas con esta característica en relación con diferentes patologías²⁻²⁴ (tabla 1). El caso que se presenta, supone la

segunda comunicación de un aislado de *S. aureus* subespecie *aureus* catalasa negativa en España²⁰.

Mujer de 27 años, técnico especialista de laboratorio, que presentaba lesiones de impétigo nasal y paroniquia, sin fiebre ni otras manifestaciones sistémicas. Se recogieron de cada lesión muestras para cultivo, y se procesaron mediante las técnicas habituales, inoculando agar sangre y agar chocolate en atmósfera con 5% de CO₂, a 37 °C, durante 48 h. Se aisló, en ambos casos, un microorganismo que inicialmente se evaluó por morfología de la colonia y tinción de Gram como probable *S. aureus*. El microorganismo era anaerobio facultativo. Se realizó la prueba de la catalasa con H₂O₂ al 3%, que fue repetidamente negativa, tanto en los aislamientos iniciales como en los más de 5 subcultivos realizados, en cultivos con antigüedad entre 1 y 5 días, y tras crecimiento en atmósfera aerobia y anaerobia. La aglutinación en portaobjetos para la detección simultánea de la afinidad para el fibrinógeno (*clumping factor*), de la proteína A y de los polisacáridos capsulares de *S. aureus* (Pastorex Staph-Plus, Bio-Rad, Marnes-la-Coquette, Francia) fue positiva. Esta identificación preliminar se confirmó por características bioquímicas y técnicas genéticas. Las características bioquímicas se estudiaron mediante dos sistemas comerciales, el sistema Wider (Panel MIC/ID Gram Positivos, Soria Melguizo, S.A.) y el sistema BBL-Crystal (identificación de microorganismos grampositivos; Becton Dickinson Company, Sparks, MD, Estados Unidos), mostrando ambos una buena correlación con *S. aureus* subespecie

Tabla 1
Casos de *Staphylococcus aureus* subespecie *aureus* catalasa negativa

País	Año	Origen aislado/n.º pacientes	Autores
EE. UU.	1955	Orina/1	Lucas y Seeley ²
EE.UU.	1976	Sangre/1	Tu y Palutke ³
EE.UU.	1981	Úlcera pierna/1	Carlson y Gorin ⁴
Alemania	1981	Orina/1	Schumacher-Perdreau et al ⁵
Reino Unido	1986	Paroniquia crónica/1	Millar et al ⁶
Reino Unido	1994	Sangre/1	Crawford et al ⁷
Reino Unido	1995	Úlcera pierna/1	Nice ⁸
Arabia Saudita	1996	Úlcera pierna/1	Al-Awagi et al ⁹
China	1996	Carbunco/1	Lee et al ¹⁰
EE. UU.	1996	Herida infectada/1	Klepies et al ¹¹
Francia	1996	Orina/6	Le Coustumier et al ¹²
Francia	1998	Sangre, herida, desconocido/18	Silhadi ¹³
Reino Unido	1999	Sangre/1	Turner et al ¹⁴
Turquía	2000	Absceso/1	Over et al ¹⁵
Francia	2002	Muestra bronquial/1	Bertrand et al ¹⁶
Brasil	2003	Sangre/1	Carvalho et al ¹⁷
Francia	2003	Sangre y catéter/1	Friedberg et al ¹⁸
Nigeria	2003	No descrito/?	Shittu ¹⁹
España	2003	Líquido pericárdico/1	Álvarez-García et al ²⁰
Turquía	2004	Sangre/1	Yilmaz M et al ²¹
Brasil	2007	Sangre/4	Del'Alamo et al ²²
Alemania	2007	Muestra traqueal/1	Grüner et al ²³
Francia	2008	Úlcera pierna/1	Piau et al ²⁴
España	2011	Impétigo y paroniquia/1	Caso que se expone