fumador de un paquete de cigarrillos diarios. Consulta por un cuadro de cuatro meses de evolución de tumefacción dolorosa palpebral bilateral, con cefalea bifrontal intensa, sin otra clínica acompañante. En la exploración presentaba edema con enrojecimiento palpebral bilateral, sin quemosis, sin aumento de lacrimales, con una exploración neurológica y sistemática normal. Días más tarde, desarrolla una proptosis derecha con diplopia. En el TAC se objetiva una masa etmoidal, que erosionaba la pared orbitaria derecha y comprimía el globo ocular. Se le realizó una etmoidectomía derecha, que demostró un infiltrado inflamatorio con linfocitos, plasmáticas, polimorfonucleares y eosinófilos, con tejido fibroso y proliferación endotelial. No se objetivaron datos de malignidad. Tanto el hemograma, bioquímica, Rx de tórax, TSH, TSI, ANA, ENA, FR, ECA, proteinograma, cuantificación de inmunoglobulinas, tránsito intestinal, gastroscopia fueron normales. Fue tratado con prednisona 1,5 mg/kg de peso, con mejoría inicial, pero recayendo cuando la dosis se bajaba de 30 mg/día. Por ello se añadió ciclosporina a 2 mg/kg/día, con control de la enfermedad.

El pseudotumor orbitario es una entidad rara, cuya presentación es unilateral en el 85-90% de los casos (1,2). La edad media de presentación son a los 48 años, con un tiempo medio para el diagnóstico entre los 6 y los 8 meses (1). El comienzo es gradual en el 80% de los casos. El síntoma más frecuente de presentación es la proptosis (1,2). Otros síntomas habituales son la limitación de la motilidad, la pérdida de agudeza visual, la masa palpebral y la diplopia (1,2). En el TAC se pueden ver afectaciones difusas y formas focales (miositis, masa lacrimal, masa intraocular, perineuritis y periescleritis) (2). Son excepcionales las erosiones óseas y la afectación de SNC (1). Ha habido controversia sobre si tratar con esteroides directamente o hacer un diagnóstico anatomopatológico, pero ésta es la única forma de descartar procesos neoplásicos y autoinmunes, que pueden responder inicialmente a esteroides. En la actualidad se recomienda biopsiar. En aquellos centros que disponen de citometría de flujo o Southern-blot realizar PAAF con control de TAC, ya que esta técnica tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 100% (1). Se puede obviar la biopsia cuando hay afectación del nervio óptico, ya que ésta podría incrementar la inflamación y dañar el nervio (3) y, además, estos casos responden en un 90% a tratamiento esteroideo (3). También se puede evitar en niños y adolescentes con hallazgos típicos, tras excluir infecciones y enfermedades neoplásicas (4). Los tratamientos convencionales incluyen esteroides, inmunosupresores, radioterapia y cirugía. Las formas difusas, las miositis y las periescleritis responden en un 70% a los esteroides, pero con una tasa de recaídas del 50% (3). En las recaídas se puede utilizar radioterapia e inmunosupresores. Las formas miosíticas responden muy bien a la radioterapia (2). La cirugía es lo más indicado cuando existen masas, con una curación de un 73% (2). Nuestro caso precisó dosis altas de esteroides, recayendo cuando se reducía por debajo de los 30 mg/día, y presentando importantes efectos secundarios. Decidimos introducir ciclosporina, ya que a la dosis recomendada para estos casos se presentan muy pocos efectos secundarios y es eficaz (5,6). El paciente tuvo una buena respuesta y tolerancia. El seguimiento de estos casos es fundamental, ya que hasta un 25% de los casos desarrollan linfomas (7).

C. Lacambra Calvet

Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid

1. Char DH, Miller T. Orbital Pseudotumor. Fine needle aspiration biopsy and response to therapy. *Ophthalmology* 1993; 100: 1702-1710.
2. Gunalp I, Gunduz K, Yazar Z. Idiopathic orbital inflammatory disease.

Acta Ophthalmol Scand 1996; 74: 191-193.

3. Mombaens I, Schlingemann R. O., Goldschmeding R., Koornneef L. Are systemic corticosteroids useful in the management of orbital pseudotumors? *Ophthalmology* 1996; 103: 521-28.
4. Matesanz JL, García Alonso A, Gracia Chapulle A, Llana Ruiz J. Uveítis anterior como forma de presentación del pseudotumor orbitario en el niño. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 77-8.
5. Bielory L, Frohman LP. Low-dose Cyclosporine therapy of granulomatous optic neuropathy and orbitopathy. *Ophthalmology* 1991; 98: 1732-36.
6. Díaz-Llopis M, Menezo JL. Idiopathic inflammatory orbital pseudotumor and low-dose Cyclosporine. *Am J Ophthalmol* 1989; 547-548.
7. Jakobiek F, Knowles DM. An overview of ocular adnexal lymphoid tumors. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1989; 87: 420-444.

Meningitis por *Listeria monocytogenes* tras colonoscopia en paciente con infección por VIH y citomegalovirus

Sr. Director:

La enfermedad producida por *Listeria monocytogenes* en humanos afecta a tres grandes grupos de pacientes: recién nacidos, embarazadas y adultos con patología de base, generalmente inmunodeprimidos, aunque también se ha descrito en pacientes sanos (1-4). A pesar de que la listeriosis afecta sobre todo a pacientes con déficit de la inmunidad celular, la infección por *Listeria monocytogenes* en pacientes con infección por VIH es excepcional (2-4). Presentamos el caso de un paciente con infección por VIH que precisó ingreso hospitalario por un cuadro de diarrea y síndrome constitucional, siendo diagnosticado de infección por citomegalovirus (CMV), que presentó un cuadro de meningitis varios días después de realizarse una colonoscopia.

Varón de 56 años, con antecedentes de fumador y bebedor moderado, habitante de medio rural y con prácticas sexuales de riesgo. Presentaba diarrea y anorexia de 15 días de evolución y pérdida de 10 kg de peso en los dos últimos meses. En la exploración destacaba discreta palidez mucocutánea, con exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica normales. En los análisis destacaba Hb de 11,2 gr/dl, VCM 78 fl, VSG 33 mm/h, $3,9 \times 10^9$ leucocitos/l ($0,5 \times 10^9$ /l linfocitos), hierro 2,50 mmol/l, transferrina 1,37 g/l y ferritina 1.787 µg/L. La radiología de tórax fue normal. El estudio de hemorragias ocultas en heces, coprocultivos, la detección de parásitos, la determinación de toxina de *Clostridium difficile* en heces y el test de tuberculina fue negativo. La serología para el VIH fue positiva por la técnica de ELISA y Western-Blot. El estudio de las poblaciones linfocitarias demostró CD4 de 15/µl y la carga viral era de 211.900 copias/ml. En el examen de fondo de ojo se objetivó una retinitis por CMV, la determinación del antígeno para CMV y el cultivo fueron positivos. Se inició tratamiento con ganciclovir y antirretrovirales. Diez días después se realizó colonoscopia objetivándose una pancolitis. A los diez días de la colonoscopia el paciente comienza con un síndrome febril sin focalidad, y presentó dos días después disminución del nivel de conciencia y síndrome meníngeo. El TC craneal fue normal y en la punción lumbar, se observó un líquido de aspecto claro, presión 22 mmHg, proteínas 217 mg/dl, glucosa 24 mg/dl, 650 leucocitos con un 55% de neutrófilos. En el estudio microbiológico se objetivaron bacilos grampositivos; ADA y antígeno para *Cryptococcus* negativos. En el cultivo del líquido cefalorraquídeo se aisló *Listeria monocytogenes* sensible a ampicilina en antibiograma. Se inició tratamiento con ampicilina 200 mg/kg/día y cefotaxima 2 gr/6h

durante 21 días. Con mejoría clínica progresiva, siendo dado de alta sin secuelas neurológicas.

La *Listeria monocytogenes* es un bacilo grampositivo que se ha aislado en el suelo, polvo, agua y vegetales, en animales y en las heces del 5% de personas sanas (5). El modo de transmisión de este bacilo no es bien conocido, salvo en los casos de transmisión transplacentaria en el recién nacido (5) y en los veterinarios por contacto directo (1). La vía digestiva, por consumo de alimentos contaminados (leche y derivados) se ha implicado como la vía de contagio tanto en brotes epidémicos como en casos esporádicos (2,4). En el caso presentado el paciente habitaba en el medio rural donde el consumo de leche no comercializada o alimentos contaminados es más probable.

En la bibliografía revisada se han descrito dos casos de meningitis por este germen tras la realización de una colonoscopia en pacientes con cirrosis hepática y colitis ulcerosa, respectivamente (6,7). La *Listeria monocytogenes* atraviesa la mucosa intestinal quizás ayudada por endocitosis activa de las células endoteliales, y una vez en el torrente sanguíneo el organismo puede diseminarse a cualquier sitio con especial predilección por el sistema nervioso y la placenta (5). En nuestro caso la aparición de la meningitis tras la realización de la colonoscopia con toma de biopsia, implican al tracto intestinal como posible foco de bacteriemia (8), a pesar de no poder demostrar en los cultivos de heces este germen por precisar para su crecimiento medios enriquecidos.

En los pacientes con VIH la infección por *Listeria* es una manifestación tardía y se asocia con un recuento de CD4 < 50/μL², a pesar de que los pacientes mas susceptibles de desarrollar enfermedad sintomática son los que presentan trastornos severos de la inmunidad celular (1-4). Esta escasa frecuencia se atribuye a la actividad macrofágica y a los altos niveles de factor de necrosis tumoral que presentan estos pacientes, así como a la actividad bactericida del trimetoprim-sulfametoxazol frente a la *Listeria* (9,10). En nuestro caso el diagnóstico prácticamente coincidente en el tiempo de meningitis por *Listeria* e infección por VIH, podría haber impedido el posible efecto beneficioso del trimetoprim-sulfametoxazol.

J. García Castaño, A. I. Farfán Sedano, J. M. Gironés Pérez, M. Ortiz Vega

Departamento de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

1. Pigrau Serrallach C. Listeriosis del adulto. Med Clin (Barc) 1993; 101: 99-101.
2. Bula CJ, Bille J, Glauser MP. An epidemic of food-borne Listeriosis in Western Switzerland: Description of 57 cases involving adults. Clin Infect Dis 1995;20:66-72.
3. Jurado RL, Farley M, Pereira E, Harvey RC, Schuchat A, Wenger JD, et al. Increased risk of meningitis and bacteremia due to *Listeria monocytogenes* in patients with human immunodeficiency virus infection. Clin Infect Dis 1993; 17: 2247.
4. Aladro Y, Pérez Correa S, Elcuaz R, Angel-Moreno A, Granados R. Listeriosis en el adulto no gestante durante un brote epidémico en Gran Canaria. Rev Clin Esp 1995; 195: 1549.
5. Lorber B. Listeriosis. Clin Infect Dis 1997; 24: 1-11.
6. Shemesh O, Bornstein IB, Weissberg N, Braveman D, Rudensky B. Listeria septicemia after colonoscopy in an ulcerative colitis patient receiving ACTH. Am J Gastroenterol 1989; 84: 1127-8.
7. Sheehan GJ, Galbraith JCT. Colonoscopy-associated listeriosis: report of a case. Clin Infect Dis 1993; 17:1061-2.
8. Mascola M, Lieb L, Chiu J, Fannin S, Linnan MJ. Listeriosis: an uncommon opportunistic infection in patients with acquired immunodeficiency syndrome. A report of five cases and review of the literature. Am J Med 1988; 84: 162-4.
9. Berenguer J, Solera J, Diaz MD, Moreno S, López Herce JA, Bouza E. Listeriosis in patients infected with human immunodeficiency virus. Rev

Infect Dis 1991; 13:115-9.

10. Decker CF, Simon GL, DiGioia RA, Tuazon CU. *Listeria monocytogenes* infectious in patients with AIDS: report of five cases and review. Rev Infect Dis 1991;13:413-7.

Reflexiones sobre la Medicina Interna

Sr Director:

Muchos ríos de tinta corren sobre las supuestas pérdidas o crisis de identidad de internistas y especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), así como de las interferencias que estas crisis están provocando entre ambas especialidades (1).

Desde su nacimiento la Medicina Interna ha padecido contradicciones al tratarse de una especialidad básicamente horizontal, con una formación multidisciplinaria e integradora al igual que la MyC, pero con la diferencia en su campo de actuación. Posiblemente esto hace que sea una especialidad dinámica y tenga que adaptarse al ritmo de los tiempos (2-4).

Nosotros pretendemos ofrecer nuestra visión desde la óptica del internista que trabaja en un hospital comarcal con un centro periférico de especialidades que dista 45 km. Es probable que en hospitales de ámbito provincial o regional, el internista haya ido perdiendo terreno en favor de la supra o multispecialización y allí tenga una falta de ilusión por la especialidad o sufra cierta crisis de identidad. En el hospital comarcal creemos que esto no sucede así, pues a parte de las especialidades contempladas, el internista dispone de un amplio campo para desarrollar su labor tanto en variedad como en cantidad, así como de enriquecer y enriquecerse de conocimientos por el contacto diario con otros especialistas (5).

No creemos que los internistas estén interesados en desembarcar en atención primaria (AP), ni tampoco creemos que lancen globos sonda de manera periódica para ver la reacción de otros especialistas, en particular de AP (6), no es su cometido ni campo de actuación. Otra circunstancia es que haya casos de internistas que estén trabajando en AP. Aunque nuestra labor es básicamente hospitalaria, ésta no es exclusiva y nos remitimos al origen y trayectoria de la especialidad, así como en el campo de actuación de muchos internistas, tanto de la medicina pública como de la privada. Recordemos además que durante los primeros años de la reforma sanitaria hubo una importante oferta de plazas de AP y unos baremos que valoraban el título de internista en situación intermedia entre MFyC y otras especialidades. Esto favoreció que internistas optaran por estas plazas, no por crisis de identidad, sino por necesidad de tener una estabilidad laboral. Tampoco ha sido excepcional el caso contrario de especialistas en MFyC que hayan trabajado en los Servicios de Medicina Interna de algunos hospitales comarcales o se les solicite para trabajar en los Servicios de Urgencias de cualquier hospital.

Se nos reprocha que infravaloramos a nuestros compañeros de AP (1). Esto no deja de ser una apreciación subjetiva de quienes lo dicen. Nosotros no emitimos juicios de calificación acerca de la competencia profesional, lo que sí tenemos, son dudas sobre si la nueva AP ha sabido solucionar ciertos defectos de organización heredados del pasado y que tras varios años, desde el inicio de la reforma sanitaria, no percibimos que estén resueltos. Creemos que gran parte del debate que se ha originado obedece a algo tan sencillo como una falta de comunicación entre los niveles de atención sanitaria, así como de asumir de una manera exclusivista los campos de actuación de cada una de las especialidades médicas. No pretendemos que los médicos de familia funcionen como filtros o porteros del sistema sanitario. Su misión principal es la de actuar bien, de manera individual o colectiva, para preservar el máximo nivel de salud de su comunidad.