

6. Nseir S, Pronnier P, Soubrier S, Onimus T, Saulnier F, Mathieu D, Durocher A. Fatal streptococcal necrotizing fasciitis as a complication of axillary brachial plexus block. *Br J Anaesth* 2004; 92 (3): 427.
7. Unglaub F, Guehring T, Fuchs PC, Perez-Bouza A, Groger A. Necrotizing fasciitis following therapeutic injection in a shoulder joint. *Orthopade* 2005; 1: 345.
8. Saw A, Kwan M K, Sengupta S. Necrotizing fasciitis: a life-threatening complication of acupuncture in a patient with diabetes mellitus. *Singapore Med J* 2004; 45 (4): 180-182.
9. Stamenkovic I, Lew PD. Early recognition of potentially fatal necrotizing fasciitis: the use of frozen-section biopsy. *N Engl J Med* 1984; 310: 11689-692
10. Dinubile MJ, Lipsky BA. Complicated infections of skin and skin structures: when the infection is more than skin deep. *J Antimicrob Chemother* 2004; 53: 37-50.

Absceso hepático por *Klebsiella oxytoca*

Sr. Director:

Las bacterias del género *Klebsiella* son bacilos gram-negativos que se caracterizan por poseer una prominente cápsula de polisacáridos. En la actualidad se considera que existen tres especies de estos microorganismos: *Klebsiella pneumoniae*, *K. oxytoca* y *K. variicola* (1). *K. pneumoniae* es el principal agente patógeno del grupo, mientras que las otras especies producen infecciones con mucha menor frecuencia. Describimos a continuación un caso de absceso hepático producido por *K. oxytoca*.

Paciente de 73 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, claudicación intermitente de los miembros inferiores, colecistectomía, y esfinterotomía por colangitis secundaria a litiasis biliar. Ingresa por fiebre y escalofríos que no ceden tras tres días de tratamiento con eritromicina. A la exploración presenta buen estado general, temperatura axilar 39 °C, auscultación cardiaca y pulmonar normal, abdomen blando y deprimible con signos de Murphy y de Blumberg negativos, pulsos pedios disminuidos y ausencia de focalidad neurológica.

Los análisis muestran leucocitos 7.250/mm³ con 78% de segmentados, hemoglobina 12,6 g/dl, plaquetas 162.000/mm³, glucosa 256 mg/dl, urea 43 mg/dl, creatinina 1,44 mg/dl, bilirrubina 1,16 mg/dl, proteína C reactiva 102 mg/dl, GOT 56 UI/l, GPT 63 UI/l, y amilasa y coagulación normales. La serología es normal. El análisis de orina es normal, y el urinocultivo es negativo. Los hemocultivos son positivos para *Klebsiella oxytoca*. Las radiografías de tórax y de abdomen y el electrocardiograma son normales. La ecografía abdominal muestra aerobilia con una vía biliar no dilatada. El TAC abdominal pone de manifiesto un absceso en el segmento antero-superior del lóbulo hepático derecho, de contorno irregular y de unos 4 cm de diámetro máximo. Durante los primeros días de su estancia presenta varios picos febriles con escalofríos; coincidiendo con uno de ellos sufre un episodio de pérdida de conciencia y convulsiones tónico-clónicas generalizadas, del que se recupera espontáneamente; el electroencefalograma es normal. Una vez establecido el diagnóstico de absceso hepático se inicia tratamiento con ciprofloxacino y metronidazol. Al recibirse el resultado de los hemocultivos se continúa el tratamiento con ciprofloxacino, que se mantiene 8 semanas; el TAC de control realizado dos meses después muestra la resolución del absceso. Tres años más tarde el paciente sigue asintomático.

El absceso piogénico hepático es un tipo de infección poco frecuente. Se trata de un proceso grave, que hasta hace pocos años presentaba una mortalidad superior al 50 %. No obstante, en la actualidad, su pronóstico ha mejorado substancialmente gracias al desarrollo de los procedimientos diagnósticos de imagen y

a la mayor disponibilidad de tratamientos eficaces, como el drenaje percutáneo (2).

Esta enfermedad puede estar producida por numerosos gérmenes, pero tradicionalmente se ha considerado a *Escherichia coli* como el principal agente responsable. Los abscesos hepáticos por *Klebsiella spp.* se describieron inicialmente en los países orientales (3). Pero en los últimos años, se han comunicado casos de dicha infección en varios países occidentales, entre ellos en España (4), y además, según algunos estudios (2,5), su incidencia está aumentando progresivamente.

La inmensa mayoría de abscesos hepáticos por *Klebsiella spp.* están producidos por *K. pneumoniae* (2,5). En una revisión de la literatura de los últimos 25 años por medio de la base de datos Medline (perfil de búsqueda: (liver OR hepatic) AND abscess AND oxytoca), sólo hemos encontrado descrito otro caso de dicha infección producido por *K. oxytoca*, similar al nuestro (6). En ambos casos el absceso hepático ocurre en pacientes con diabetes, se presenta con un proceso febril de causa no evidente, únicamente se logra establecer el diagnóstico al realizar estudios de imagen, y se obtiene una buena respuesta con tratamiento antibiótico y drenaje del absceso.

B. Roca, D. Ferrer, A. P. Pérez

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General. Castellón

1. Martínez J, Martínez L, Rosenblueth M, Silva J, Martínez-Romero E. How are gene sequence analyses modifying bacterial taxonomy? The case of *Klebsiella*. *Int Microbiol* 2004; 7: 261-268.
2. Rahimian J, Wilson T, Oram V, Holzman RS. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis* 2004; 39: 1654-1659.
3. Yang CC, Yen CH, Ho MW, Wang JH. Comparison of pyogenic liver abscess caused by non-*Klebsiella pneumoniae* and *Klebsiella pneumoniae*. *J Microbiol Immunol Infect* 2004; 37: 176-184.
4. Tordera P, Blanes M, Cercós A, Salavert M, Velasco J, López J. Abscesos hepáticos recidivantes por *Klebsiella pneumoniae*. *Rev Clin Esp* 2003; 203: 310-312.
5. Lederman ER, Crum NF. Pyogenic liver abscess with a focus on *Klebsiella pneumoniae* as a primary pathogen: an emerging disease with unique clinical characteristics. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 322-331.
6. Saad F, Ach K, Dallel Youssef N, Maarouf A, Chaieb Chadli M, Chaieb L. Absces hepaticque chez le diabetique. 2 observations. *Presse Med* 2004; 33: 98-100.

¿Cómo se presenta la espondilitis infecciosa?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado en su revista por Gómez Rodríguez y cols. (1) en el que realizan un análisis retrospectivo de las espondilitis infecciosas diagnosticadas en su área durante 20 años. Nos parece de interés comentar en este apartado, y a propósito de este artículo, un trabajo en el mismo sentido que nosotros hemos realizado recientemente en nuestro hospital, con la intención de poder aportar alguna información más sobre este tema ya que, al no ser una patología muy frecuente, el número de pacientes incluidos en las series suele ser muy pequeño.

En nuestro estudio revisamos las historias clínicas que incluyeron este diagnóstico en los últimos 5 años en nuestro hospital.