

cando sin embargo una forma localizada como endoftalmitis. La mortalidad alcanzó el 70% pese al tratamiento antibiótico correcto siendo un factor determinante la enfermedad subyacente.

En conclusión seguimos considerando la listeriosis como una grave infección oportunista cuya incidencia está en aumento. Los clínicos debemos recalcar las medidas de profilaxis en poblaciones susceptibles dada su elevada mortalidad.

M. C. Cienfuegos Basanta, E. M. Fonseca Aizpuru, F. J. Nuño Mateo, I. M. Arias Miranda

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón

1. Arias Miranda IM, Nuno Mateo FJ, Noval Menéndez J, Fonseca Aizpuru EM, Menéndez Calderón MJ. Listeriosis en el adulto: Revisión de 10 casos. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 31-6.

Análisis de los microorganismos aislados en cultivos de sangre durante un año en un hospital del grupo 2

Sr. Director:

El aislamiento de bacterias en la sangre se asocia en la mayoría de las ocasiones a un cuadro clínico de gravedad, con una mortalidad que oscila entre el 15 y el 25% (1).

La heterogénea evolución de los pacientes con hemocultivos positivos se puede explicar por múltiples factores tales como la edad, foco de infección, origen nosocomial o no del episodio, tipo de microorganismo aislado, enfermedades concomitantes y tratamiento antibiótico empírico adecuado o no (2-5).

La relación entre la edad y el riesgo de muerte más elevado de la bacteriemia en los pacientes ancianos, se explica por la mayor incidencia de enfermedades crónicas, el propio envejecimiento del sistema inmune, el retraso diagnóstico y/o terapéutico asociado a una mayor frecuencia de presentaciones atípicas (6).

La incidencia de bacteriemia oscila entre el 4,5 y 36 por mil ingresos, dependiendo del ámbito de realización del estudio, de la población analizada y del lugar de adquisición de la bacteriemia (7,8).

La bacteriemia produce un aumento de la estancia media hospitalaria y requiere una mayor utilización de recursos, contribuyendo a incrementar los costes sanitarios de forma significativa, por lo que constituye un factor de la máxima importancia, que hay que tener en cuenta constantemente (9).

Se considera hemocultivo positivo al crecimiento de un microorganismo en al menos una muestra de sangre, excepto que se desarrollara un estafilococo coagulasa negativo y en éste caso se exige habitualmente el desarrollo en dos o más muestras, aunque también hay que tener en cuenta la totalidad de los datos clínicos y epidemiológicos.

Analizamos todos los microorganismos aislados en cultivos de sangre de pacientes hospitalizados, excepto de los ingresados en la unidad de vigilancia intensiva, durante el año 2005 en un hospital del grupo 2.

Se remitieron para cultivo de sangre un total de 5966 muestras y de ellas resultaron positivas 975, lo que representa el 16,34%.

Analizando los microorganismos aislados, predominaba Estafilococo coagulasa negativo con un total de 460 muestras positivas, lo que representa un 45,68% del total de hemocultivos positivos.

Con respecto a los estafilococo coagulasa negativos, no disponemos de la información completa para referir el porcentaje de contaminantes y de aislamientos patógenos verdaderos, aunque con los datos que tenemos, al menos un 75% de estos aislamientos eran contaminantes.

Entre los estafilococos coagulasa negativos aislados, predominaba el *Staphylococcus epidermidis*, con el 60% del total, seguido del *Staphylococcus hominis*.

Seguían en incidencia los aislamientos de *E. coli*, con 150 aislados (14,9% del total de aislados positivos), *Staphylococcus aureus* con 111 aislados, lo que representa el 11,02% del total de positivos, *Enterococcus faecalis* con 41 aislados, que representa el 4,07%, *Klebsiella pneumoniae* con 34 aislados, que significa el 3,4%, *Streptococcus viridans* con 27 aislados, que significa el 2,7%, *Proteus mirabilis* con 23 aislados, que representa el 2,3% del total de positivos, *Serratia marcescens*, con 19 aislados (1,9%), *Streptococcus pneumoniae* con 17 aislados, lo que significa el 1,7% y *Streptococcus pyogenes* con 12 aislados (1,2%), etc.

La identidad del microorganismo implicado tiene una gran importancia pronóstica, así se considera que tienen mayor mortalidad las bacteriemias producidas por *Pseudomonas spp*, *Klebsiella spp*, *Clostridium spp*, *S. aureus*, hongos y bacteriemias poli-microbianas (10,11).

En nuestros resultados, los aislamientos de los citados microorganismos representan únicamente menos del 15% del total de positivos.

El conocimiento de los microorganismos implicados en los hemocultivos, tiene la máxima importancia, dado que el conocer el tipo de bacterias aisladas significará una mejor adecuación de los tratamientos empíricos que tenemos que indicar en la mayoría de estos casos, con la mayor precocidad posible, para reducir la elevada mortalidad de las bacteriemias.

F. Marcos Sánchez, T. Gil Ruiz¹, F. Árbol Linde², A. Biurrun Larralde³, P. del Valle Loarte

Servicios de Medicina Interna y ¹Análisis Clínicos. ²Unidad de Vigilancia Intensiva y ³Medicina Preventiva. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

1. Corredoira Sánchez JC, Casariego Vales E, Alonso García P, Coira Nieto P, Varela Otero L, López Álvarez MJ, et al. Bacteriemia en ancianos. Aspectos clínicos y factores pronósticos. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 165-70.
2. Bates DW, Pruess KE, Lee TH. How bad are bacteremia and sepsis?. Outcomes in a cohort with suspected bacteremia. *Arch Intern Med* 1995; 155: 593-8.
3. Renaud B, Brun-Buisson C, and the Bacteremia Study Group. Outcomes of primary and catheter-related bacteremia. A cohort and case-control study in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1584-90.
4. Rojo MD, Pinedo A, Clavijo E, García-Rodríguez A, García MV. Factores que influyen en la evolución de la bacteriemia. Estudio prospectivo en un hospital universitario. *Enf Infec Microbiol Clin* 1999; 17: 439-44.
5. Pazos Añón R, Fernández Rodríguez R, Paz Vidal I, Tinajas A, Cantón I, Abel V, et al. Factores pronósticos de la bacteriemia: Estudio prospectivo. *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 415-20.
6. García Ordóñez MA, Moya Benedicto R, López González JJ, Colmenero Castillo JD. Características epidemiológicas de la bacteriemia de origen comunitario y nosocomial en pacientes hospitalizados mayores de 65 años. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 62-5.
7. Simonsen L, Conn LA, Pinner RW, Teutsch S. Trends in infectious disease hospitalisations in the United States 1980-1994. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1923-8.

8. McBean M, Rajamani S. Increasing rate of hospitalization due to septicemia in the US elderly population, 1986-1997. *J Infect Dis* 2001; 183: 596-603.
9. Lizzarralde Palacios E, Gutiérrez Macías A, Martínez Odriozola P, Ibarria Lahuerta J, de la Villa FM. Pronóstico de las bacteriemias adquiridas en la comunidad ingresadas en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2005; 22: 108-13.
10. Bishara J, Leibovici L, Ashkenazi S, Samra Z, Pitlik S. Seven-year study of bacteraemic pneumoniae in a single institution. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000; 19: 926-31.
11. Pedersen G, Schonheyder HC, Sorensen HT. Antibiotic therapy and outcome of monomicrobial gram negative bacteremia: A 3-year population-based study. *Scand J Infect Dis* 1997; 29: 601-6.

Linfoma esofágico primario en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida: a propósito de un caso

Sr. Director:

Mujer de 41 años, ex-ADVP con coinfección VHC y VIH diagnosticada en 1987. Hacía un seguimiento irregular en la consulta de infecciosas. Desde el año 2002 pertenecía a una categoría C₂ y siempre había rechazado tratamiento antirretroviral. Acude en Agosto/05 al hospital por un cuadro de 1 mes de evolución de disfagia progresiva y adelgazamiento de 10 Kg. A la exploración física presentaba una hepatomegalia no dolorosa sin adenopatías periféricas. En la analítica presentaba una bicitopenia discreta, (Hb: 11g/dl, VCM: 92f; 91000 plaquetas/ μ l), una LDH de 754 U/l, una β_2 microglobulina de 3,88 mg/l y un patrón de colestasis disociada (GGT: 165 U/L, FA: 174 U/L, Brb: 1,3 mg/dl). Su situación inmunológica era de 208 CD4 y una CV de 61000 copias/ml. Se le realizó una gastroscopia, demostrándose la existencia de una masa estenosante en el tercio distal del esófago, tomándose muestra para biopsia y un TC toracoabdominal observándose una masa esofágica (Fig. 1), hepatoesplenomegalia con adenopatías medias-tínicas, paraaórticas, portales y en tronco celiaco.

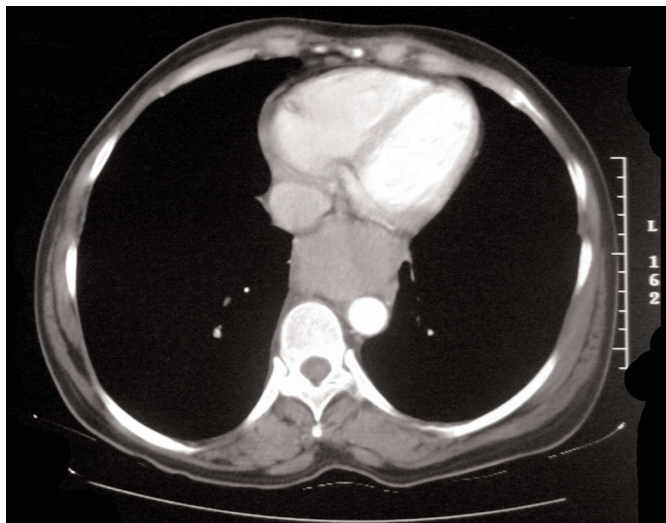


Fig. 1. Masa esofágica desde la bifurcación bronquial hasta la unión esofagogástrica.

Diagnóstico. Linfoma no Hodgkin-B esofágico tipo inmunoblástico.

Recibe cinco ciclos de quimioterapia tipo CHOP con remisión completa del tumor. En noviembre/05 se inicia tratamiento antirretroviral con tenofovir, lopinavir/ritonavir y lamivudina. En enero/06 ingresa por una sepsis secundaria a una infección del tracto urinario falleciendo a los pocos días.

Los primeros casos de linfomas no Hodgkin (LNH) relacionados con el SIDA se describen en el año 1982 (1). El LNH es la 2ª neoplasia más frecuente tras el sarcoma de Kaposi. Ambos representan el 90% de los tumores malignos en esta población (2), siendo la neoplasia más frecuente entre los ADVP y los hemofílicos (3). La coinfección por el virus de la hepatitis C no se asocia a un incremento en la posibilidad de desarrollar este tipo de tumores (4). El inicio de la terapia HAART en 1997 ha supuesto una disminución significativa en la incidencia y mortalidad, sobre todo el LNH primario del SNC (5).

Los linfomas asociados al SIDA tienen mayor afinidad por las localizaciones extraganglionares, en particular por el sistema nervioso central (SNC), tracto gastrointestinal (estómago), hígado y médula ósea (6). Los LNH extranodales gastrointestinales tanto en pacientes VIH como no VIH se localizan en: estómago (55%), intestino delgado (31%), intestino grueso (11%) y esófago (1%) (3). El subtipo histológico más frecuente es el LNH difuso de células B grande seguido del L. Burkitt (6). La edad avanzada, los CD4 < 100 células/ml y los años de infección por el VIH son factores de riesgo para desarrollar LNH (6). La presentación clínica más frecuente del LNH esofágico es la disfagia severa y odinofagia, lo que conlleva una pérdida importante de peso. Otros síntomas incluyen dolor abdominal, diarrea, rectorragia, distensión abdominal y sensación de saciedad (2,7). La gastroscopia con toma de biopsia es indispensable para establecer el diagnóstico (8). El tratamiento con quimioterapia tipo CHOP es el de elección tanto en pacientes seronegativos como seropositivos (9). El uso del anticuerpo monoclonal anti-CD20, asociado al tratamiento con CHOP demuestra mejoría en pacientes mayores de 60 años no VIH; sin embargo en pacientes VIH no ha sido demostrado hasta el momento un claro beneficio, incrementándose el riesgo de muertes por infección. Se ha observado que aquellos pacientes con fracaso virológico al tratamiento antirretroviral presentan mayor incidencia de este tipo de tumores y peor pronóstico tras el tratamiento (5). Straus et al. identifican 4 factores asociados a un peor pronóstico: edad mayor de 35 años, CD4 < 100 células/ml, estadio del tumor III/IV e historia previa de uso de drogas por vía parenteral (10).

En conclusión, LNH es la 2ª neoplasia maligna en frecuencia tras el sarcoma de Kaposi en pacientes infectados por el VIH. La mayoría de ellos tienen una presentación extranodal y el subtipo histológico más frecuente es el difuso de célula B grande.

El LNH esofágico primario asociado al VIH es muy infrecuente con menos de 25 casos publicados en la literatura. La supervivencia es muy corta a pesar del tratamiento con quimioterapia. El LNH primario esofágico debe de ser descartado en todo paciente VIH con clínica de disfagia, odinofagia y/o pérdida de peso.

C. Fernández Canal, M. Campoamor Serrano¹, M. L. García Alcalde Fernández¹

Servicio de Hematología y Hemoterapia. ¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes