

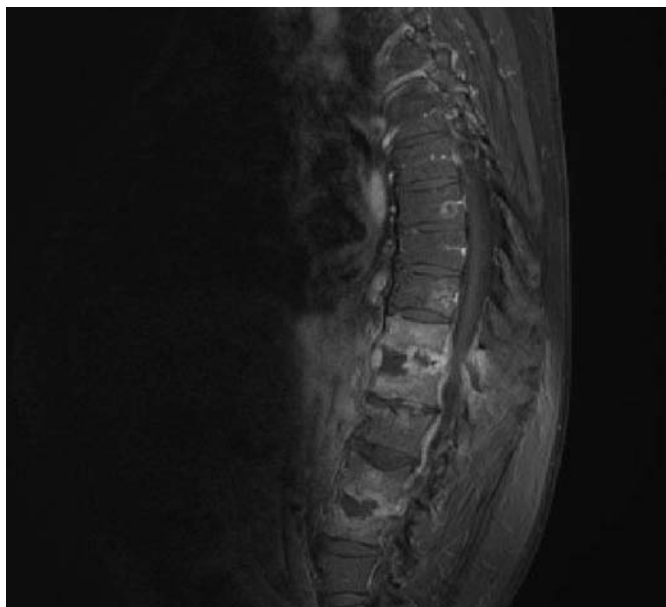


Fig. 1.

tratarse de una urgencia neuroquirúrgica e infectológica es importante conocer el AEE para poder sospecharlo y diagnosticarlo precozmente, si es posible en su estadio inicial cuando suele ser oligosintomático. El diagnóstico clínico de sospecha de dolor raquídeo y fiebre, sobre todo en pacientes con factores predisponentes, se confirmará mediante una RM para la actuación neuroquirúrgica y la instauración antibiótica sin demoras, esencial para evitar secuelas irreversibles.

Agradecimiento: A José L. González Darder, neurocirujano, por su disponibilidad y colaboración directa en el caso.

R. Monferrer Guardiola, I. Bonig Trigueros, M. Albert Coll, J. M. Marco Lattur

Servicio de Medicina Interna. Hospital General. Castelló

1. Hlavin ML, Kammski HJ, Ross JS, Ganz S. Spinal epidural abscess: A ten-year perspective. *Neurosurgery* 1990; 27: 177-84.
2. Darouiche RO, Hamill RJ, Greenberg SB, Weathers SW, Musher DM. Bacterial spinal epidural abscess. Review of 43 cases and literature survey. *Medicine (Baltimore)* 1992; 71: 369-85.
3. Rigamonti D, Liem L, Sampath P, Knoller N, Namaguchi Y, Schreiberman DL et al. Spinal epidural abscess: contemporary trends in etiology, evaluation and management. *Surg Neurol* 1999; 52: 189-96.
4. Bleck TR, Greenlee JE. Absceso epidural. En: Mandell, Douglas, Bennett, editores. *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica*. 5a ed. Madrid: Panamericana 2002; 1: 1252-4.
5. Danner RL, Hartman BJ. Update of spinal epidural abscess: 35 cases and review of the literature. *Rev Infect Dis* 1987; 9: 265-74.
6. Numaguchi Y, Rigamonti D, Rothman MI, Sato S, et al. Spinal epidural abscess: evaluation with gadolinium-enhanced MR imaging. *Radiographics* 1993; 13: 501-20.
7. Khanna RK, Malik GM, Rock JP, Roseblum ML. Spinal epidural abscess: evaluation of factors influencing outcome. *Neurosurgery* 1996; 39: 958-64.
8. Parkinson JF, Sekkon LH. Surgical management of spinal epidural abscess: selection of approach based on MRI appearance. *J Clin Neurosci* 2004; 11: 130-3.
9. Rea GL, McGregor JM, Miller CA, Miner ME. Surgical treatment of the spontaneous spinal epidural abscess. *Surg Neurol* 1992; 37: 274-79.
10. Fernández Fernández FJ, Martínez Vázquez C, Conde Alonso C, Sousa

Otero J, Alfaya Fernández B, Sopena Pérez-Argüelles B. Absceso epidural espinal sin espondilodiscitis. Descripción de cuatro casos. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 545-8.

Celulitis por *Aeromonas hydrophila* en anciana inmunodeprimida

Sr. Director:

El género *Aeromonas* está formado por bacilos gramnegativos cuyo hábitat natural es el agua corriente o estancada y el suelo. El cuadro clínico más frecuente es la gastroenteritis aguda, tanto en adultos como en niños. De forma ocasional, *Aeromonas spp* puede producir infecciones extraintestinales entre las que destacan: bacteriemia, meningitis, endocarditis, artritis, peritonitis, infecciones abdominales, neumonías, conjuntivitis, osteomielitis, endoftalmitis e infecciones de piel y partes blandas (1). Estas últimas presentan un espectro clínico muy amplio y habitualmente son secundarias a traumatismos en contacto con agua o tierra. Presentamos un caso de celulitis por *A. hydrophila* en una enferma inmunodeprimida sin ningún antecedente traumático, que probablemente tuvo su origen en la diseminación hematógena desde el tracto gastrointestinal.

Se trataba de una mujer de 92 años con antecedente de linfoma no Hodgkin difuso de célula grande (estadio III-A) en tratamiento quimioterápico, que acudió a urgencias por presentar fiebre y dolor en el miembro inferior derecho de 24 horas de evolución. No refirió ningún antecedente traumático ni sintomatología gastrointestinal. En la exploración física la enferma se encontraba consciente, orientada y febril (38,1 °C). Se observó una intensa celulitis con edema y empastamiento del tercio medio de la pierna derecha que se extendía hasta el dorso del pie derecho, acompañado de eritema, calor y dolor a la palpación. No se observaron signos de abscesificación ni crepitación. Al ingreso presentó los siguientes datos analíticos: 15.880 leucocitos/mm³ (78% neutrófilos, 7,5% linfocitos, 8,6% monocitos), Hb 10,7 g/dl, Hcto 31,9%, VCM: 88 fL, plaquetas 146.000/mm³, tiempo de protrombina 91%, tiempo de trombina parcial activada: 33 segundos y fibrinógeno 551 mg/dl. Se extrajeron hemocultivos y una muestra de aspirado de la lesión cutánea (obtenida mediante punción) y se inició tratamiento con antitérmicos, meropenem (1g/8h i.v.) y vancomicina (1g/12h i.v.). A las 24 horas del ingreso, en el hemocultivo y en el cultivo del aspirado cutáneo se aislaron bacilos gramnegativos, oxidasa positivos y fermentadores de glucosa, que fueron identificados como *A. hydrophila* mediante el sistema automático Vitek 2 (bioMérieux). El estudio de sensibilidad se efectuó mediante microdilución en el citado sistema, siendo resistente a ampicilina y cotrimoxazol, y sensible a amoxicilina-clavulánico, cefuroxima, cefotaxima, gentamicina, ciprofloxacino, imipenem y meropenem. No se realizó coprocultivo. Una vez conocida la identificación del microorganismo, se retiró la vancomicina y se mantuvo el tratamiento con meropenem hasta completar 14 días de tratamiento. La fiebre desapareció a las 24 horas de iniciar el tratamiento antibiótico y la lesión cutánea mejoró de forma progresiva. La enferma fue dada de alta a las 2 semanas del ingreso tras la resolución del cuadro clínico.

La celulitis por *Aeromonas spp* es infrecuente. El origen de la infección suele ser la presencia de soluciones de continuidad en la piel secundarias a traumatismos en contacto con agua o tierra

(1). De forma ocasional se han descrito casos relacionados con contaminación de heridas quirúrgicas (2) o por mordeduras de animales acuáticos (3). La ausencia de traumatismos previos es muy infrecuente (4). La mayor parte de las celulitis ocurren en personas sanas, aunque las complicaciones en forma de bacteriemia son casi exclusivas de enfermos con patologías subyacentes, especialmente diabetes *mellitus*, cirrosis hepática y neoplasias (1). En enfermos inmunodeprimidos (como probablemente ocurrió en nuestro caso) el origen puede ser la diseminación hematogena desde del tracto gastrointestinal. En este sentido, *Aeromonas spp* es una causa reconocida de gastroenteritis pero este microorganismo puede formar parte de la flora intestinal normal de personas sanas asintomáticas. El porcentaje de personas sanas portadoras intestinales puede llegar hasta el 3% en regiones de clima templado (5), siendo mucho mayor en zonas tropicales o subtropicales (30%) (6). Nuestra enferma no refirió antecedentes de sintomatología gastrointestinal y existe la posibilidad de que fuera una portadora asintomática, pero desgraciadamente no se pudo confirmar al no realizarse coprocultivo.

El espectro clínico de las infecciones de piel y partes blandas por *Aeromonas spp* es muy amplio, variando desde la celulitis hasta la mionecrosis, que es la forma clínica de mayor gravedad (1). La mayoría son debidas a *A. hydrophila* y es muy frecuente que sean infecciones polimicrobianas, especialmente si son secundarias a traumatismos. La celulitis es la forma clínica más frecuente y en su evolución puede abscesificarse y ocasionalmente dar lugar a ampollas, o bien la infección puede progresar localmente a través de las fascias. La abscesificación subcutánea de la celulitis por *Aeromonas spp* es más frecuente que en las de origen estafilocócico o estreptocócico y el pus puede tener olor a pescado (1). La presencia de bullas con contenido hemorrágico es más habitual en enfermos con cirrosis hepática (2). También se han descrito celulitis crepitantes y celulitis necrotizantes sinérgicas, que son las que presentan mayor gravedad (1). En estos casos la evolución puede ser rápidamente progresiva y en ocasiones es necesario realizar tratamiento quirúrgico.

Todos los aislados de *Aeromonas spp* son universalmente resistentes a penicilina y ampicilina, y más del 50% lo son a amoxicilina-clavulánico (7). Los antibióticos más activos son las cefalosporinas de segunda y tercera generación, fluorquinolonas, cotrimoxazol y aminoglucósidos (8,9). Entre estos últimos, gentamicina y amikacina tienen mayor actividad in vitro que tobramicina. En general, imipenem presenta elevada actividad pero en algunos estudios se han comunicado elevadas tasas de resistencia (hasta un 24%) que limitaría su uso de forma empírica (10). El tratamiento quirúrgico en diferentes grados (limpieza, exéresis, drenaje, desbridamiento o amputación) puede ser necesario en las formas más graves y en aquellas que se complican con mionecrosis. La mortalidad es mayor en las celulitis que cursan con diseminación hematogena y es casi nula en las formas no bacteriémicas (11).

En resumen, *Aeromonas spp* debe ser tenido en cuenta como agente causal de celulitis en enfermos inmunodeprimidos en los que no existan antecedentes traumáticos. El tracto gastrointestinal puede ser el origen de esta infección aunque no exista sintomatología gastrointestinal previa.

D. Tena, C. Gimeno, M. Díaz¹, J. Bisquert

Sección de Microbiología. ¹Servicio de Hematología. Hospital Universitario. Guadalajara

1. Gold WL, Salit IE. *Aeromonas hydrophila* infections of skin and soft tissue: report of 11 cases and review. Clin Infect Dis 1993; 16: 69-74.
2. De la Fuente J, Nodar A, Touza F, Crespo M, Arnillas E, Martínez C. Celulitis por *Aeromonas hydrophila*. An Med Interna (Madrid) 1999; 16: 635-6.

3. Fenollar F, Fournier PE, Legre R. Unusual case of *Aeromonas sobria* cellulitis associated with the use of leeches. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1999; 18: 72-73.
4. Voss LM, Rhodes KH, Johnson KA. Musculoskeletal and soft tissue *Aeromonas* infection: an environmental disease. Mayo Clin Proc 1992; 67: 422-7.
5. Millership SE, Curnow SR, Chattopadhyay B. Faecal carriage rate of *Aeromonas hydrophila*. J Clin Pathol 1983; 36: 920-923.
6. Pitarangsi C, Echeverria P, Whitmore R, Tirapat C, Formal S, Dammin GJ, et al. Enteropathogenicity of *Aeromonas hydrophila* and *Plesiomonas shigelloides*: prevalence among individuals with and without diarrhea in Thailand. Infect Immun 1982; 35: 666-77.
7. Walsh TR, Stunt RA, Nabi JA, McGowan AP, Bennett PM. Distribution and expression of β -lactamase genes among *Aeromonas spp*. J Antimicrob Chemother 1997; 40: 171-8.
8. Vila J, Marco F, Soler L, Chacón M, Figueras MJ. In vitro antimicrobial susceptibility of clinical isolates of *Aeromonas caviae*, *Aeromonas hydrophila* and *Aeromonas veronii* biotype *sobria*. J Antimicrob Chemother 2002; 49: 701-2.
9. Overman TL, Janda JM. Antimicrobial susceptibility patterns against *Aeromonas jandaei*, *A. schubertii*, *A. trota*, *A. veronii* biotype *veronii*. J Clin Microbiol 1999; 37: 706-8.
10. Reina J, Parras F, Alomar P. Sensibilidad de 100 cepas pertenecientes al grupo de las *Aeromonas* mesófilas, aisladas en heces, a 23 antimicrobianos. Rev Esp Quimioterap 1989; 2: 346-52.
11. Lau SM, Peng MY, Chang FY. Outcomes of *Aeromonas* bacteremia in patients with different types of underlying disease. J Microbiol Immunol Infect 2000; 33: 241-7.

Efectos adversos por sonda nasogástrica

Sr. Director:

El empleo de sondas nasogástricas flexibles para llevar a cabo la alimentación enteral en los pacientes malnutridos es una práctica clínica habitual que aunque segura, en ocasiones ha generado distintas complicaciones que afectan al árbol bronquial (1,2). Sin embargo no aparecen trabajos que comuniquen la asociación entre el sondaje nasogástrico y efectos adversos sobre la faringe, existiendo únicamente casos, e incluso series, donde se describen perforaciones faríngeas asociadas a otros procedimientos más agresivos, como son la ecocardiografía transesofágica, las intubaciones orotraqueales traumáticas, las extracciones dentales o ade-noideas, así como en los procesos infecciosos locales, en los traumatismos o ingestión accidental de cuerpos extraños (3-6).

Paciente de 84 años de edad que ingresa en el hospital debido a una hernia crural de la que es intervenida. Durante su evolución en planta desarrolla una insuficiencia respiratoria secundaria a una neumonía. A pesar de tratamiento con antibióticos de amplio espectro presenta síndrome febril que le impide recibir un adecuado soporte nutricional por vía oral, por lo que se implanta sonda nasogástrica. A las 24 horas de la misma comienza con afectación de su estado general con desarrollo de hipotensión, oliguria, e intenso dolor faríngeo. La laringoscopia evidencia una tumoración en la pared postero-lateral izquierda de la laringe que no desplaza la úvula, motivo por el que se realiza una TAC de laringe con contraste donde aparece un gran absceso retrofaríngeo izquierdo extendido hasta aritenoides (Fig. 1). Se practica una resección y drenaje del mismo. La paciente es dada de alta a planta tras 2 semanas de permanencia en UCI.