



vías básicas de infección: diseminación hematológica por invasión desde el foco gastrointestinal, aspiración de secreciones gastrointestinales infectadas y extensión desde una localización vecina³. La mayoría de pacientes infectados presenta patología pulmonar subyacente o inmunodepresión^{2,3}. De hecho, se ha atribuido a la depresión inmune celular en el huésped inmunocomprometido, un posible mecanismo patogénico en la infección extraintestinal por salmonella⁴, sugiriéndose que la infección surgiría de un foco latente en el sistema reticuloendotelial que se activaría al fallar éste². En nuestro paciente, dado que no creció salmonella en los hemocultivos ni en el coprocultivo, la ausencia de síntomas gastrointestinales y el antecedente de cirrosis hepática, consideramos que este último mecanismo de infección sería el más probable. Respecto al tratamiento, destacar la buena respuesta a cefotaxima. Las cefalosporinas de tercera generación constituyen una buena alternativa a la terapia clásica, aunque la experiencia clínica en las formas extraintestinales de infección por salmonella es todavía escasa^{3,5}.

E. Zamora, C. Arrate y J. Ancochea

Servicio de Neumología. Hospital de la Princesa. Universidad Autónoma. Madrid.

1. Saphra I, Winter JW. Clinical manifestations of salmonellosis in man: an evaluation of 7779 human infections identified at the New York Salmonella Center. *N Engl J Med* 1957; 256:1.128-1.134.

2. Aguado JM, Obeso G, Cabanillas JJ, Fernández-Guerrero M, Ales J. Pleuropulmonary infections due to nontyphoid strains of salmonella. *Arch Intern Med* 1990; 150:54-56.

3. Cohen JI, Bartlett JA, Corey GR. Extraintestinal manifestations of salmonella infections. *Medicine* 1987; 66:349-388.

4. Sperber SJ, Schleupner CJ. Salmonellosis during infection with human immunodeficiency virus. *Rev Infect Dis* 1987; 9:925-934.

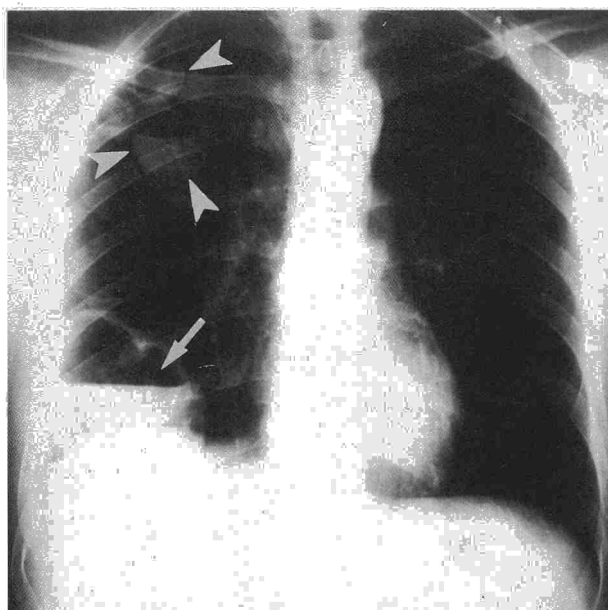
5. Bryan JP, Rocha H, Scheld WM. Problems in salmonellosis: Rationale for clinical trials with newer beta-lactam agents and quinolones. *Rev Infect Dis* 1986; 8:189-207.

Neumonía estafilocócica hematológica tras forunculosis

Sr. Director: La neumonía por *Staphylococcus aureus* es un proceso de alta mortalidad, infrecuente en la población sana^{1,2}. Constituye menos de un 5% de las neumonías adquiridas en la comunidad³.

El mecanismo patogénico de la infección pulmonar es por inhalación, aspiración o vía hematológica. En este último caso suele ser secundaria a infección venosa y se observa fundamentalmente en pacientes con catéteres infectados, drogadicción, etc., pero sólo más raramente es secundaria a la infección de tejidos blandos⁴. A este respecto presentamos un caso de neumonía por *Staphylococcus aureus* que apareció como complicación de una infección cutánea en un paciente previamente sano, sin alteraciones inmunes conocidas ni otros factores de riesgo.

Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax, mostrando cavitaciones con nivel hidroaéreo (flechas).



Se trataba de un varón de 19 años de edad, previamente sano que desarrolla un pequeño furúnculo en mejilla izquierda, que él mismo manipula con intención de drenarlo. Realizó un tratamiento con amoxicilina (1,5 g) durante sólo dos días. Siete días después comienza con fiebre alta, dolor pleurítico y malestar del estado general. Se realiza estudio radiológico de tórax, donde se evidencia infiltrado alveolar en el lóbulo inferior derecho, que no responde ambulatoriamente a un tratamiento irregular con penicilina G-sódica y cloxacilina. El paciente evolucionó mal y en la radiografía de control se observó el desarrollo de imágenes cavitarias con niveles hidroaéreos en el lóbulo inferior y superior del pulmón derecho (fig. 1). Análiticamente: leucocitos $13,9 \times 10^9/l$ con 77,4% neutrófilos; hemoglobina 124 g/l; hematócrito 37,9%; glucosa 113 mg/dl; urea 21 mg/dl; GOT 23 U/L; GPT 45 U/L; F. alcalina 132 U/L; subpoblaciones celulares en sangre venosa: linfocitos T3 73%, linfocitos T4 51%, linfocitos T8 32%, cociente T4/T8 1,60, linfocitos B 13%. Anticuerpos anti-HIV-1 por EIA negativos. El ecocardiograma no demostró verrucosidades valvulares ni otras alteraciones.

Tras el ingreso se realizó punción percutánea con aspiración de una de las formaciones abscesificadas, extrayéndose material purulento que se remitió para cultivo en medio Portagerm (Biomérieux, Marcy l'Etoile, Francia) y se comenzó tratamiento con Vancomicina por vía parenteral. El paciente permaneció apirético y asintomático con mejoría progresiva y resolución total de las imágenes radiológicas. Tras 24 horas de cultivo, se observó un crecimiento abundante y puro de *Staphylococcus aureus* sensible a cloxacilina.

El caso que aportamos se trata de un paciente sin antecedentes de drogadicción, ni ningún otro factor debilitante subyacente y sin la evidencia de otro foco infeccioso que no fuese su forunculosis facial previa, que había tratado inadecuadamente con antibióticos y manipulado de forma séptica. Por lo

demás, su aspecto radiológico corresponde a una neumonía de origen hematológico⁵ y la etiología se pudo documentar por punción-aspiración percutánea. Este método diagnóstico que presenta baja morbilidad y alta rentabilidad⁶ nos permitió establecer con absoluta fiabilidad su diagnóstico correcto. Esta forma de neumonía hematológica ha sido documentada infrecuentemente^{2,4} y en nuestro caso además, aparece como complicación de una infección cutánea que en principio se pensó que era banal.

A. Vázquez Fidalgo, H. Vereja Hernando y C. Montero Martínez

Sección de Neumología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

1. Waldovogel FA. *Staphylococcus aureus* (including toxic shock syndrome). En: Mandell, Douglas, Bennett, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 3.^a ed. London: Churchill Livingstone 1990; 1.489-1.510.

2. Kaye MG, Fox MJ, Bartlett JG, Braman SS, Glassroth J. The clinical spectrum of *Staphylococcus aureus* pulmonary infection. *Chest* 1990; 97:788-792.

3. MacFarlane JT, Finch RG, Ward MJ, Macrae AD. Hospital study of adult community-acquired pneumonia. *Lancet* 1982; 31:225-258.

4. Sirus Naraqi MD, Macdonnell G. Hematogenous staphylococcal pneumonia secondary to soft tissue infection. *Chest* 1981; 79:173-175.

5. Fraser RG, Paré JAP, Genereux G. *Diagnosis of diseases of the chest*. 3.^a ed. Philadelphia: Saunders Company 1989.

6. Dorca J. Técnicas invasivas en el diagnóstico de las neumonías. *Arch Bronconeumol* 1989; 25:270-281.