

1. Steere AC. Lyme Disease. N Engl J Med 1989; 321: 586-596.
2. Williams AE, Bergl S, Twycross RG. A 5-year review of a lymphoedema service. Eur J Cancer Care 1996; 5(1): 56-59.
3. Steere AC, Bartenhagen NJ, Craft JE, et al. The early clinical manifestations of Lyme disease. Ann Intern Med 1983; 99: 76-82.
4. Duffy J. Lyme Disease. Ann Allergy 1990; 65: 1-13.
5. Fritschi J. Der Fall aus der Ptaxis (128). Patient: Herr BL, geb. 1947, Ingenieur. Schweiz Rundsch Med Prax 1981; 78(4): 74-75.
6. Budmiger H. et al. Beinschwellung, Hautatrophie. Schweiz Rundsch Med Prax 1987; 76(16): 32-35.

Quemaduras en la mucosa oral y erosiones cutáneas

Sr. Director:

El término pénfigo se refiere a un grupo de enfermedades ampollosas autoinmunes de la piel y mucosas, caracterizadas histológicamente por ampollas intraepidérmicas debidas a acantolisis e inmunopatológicamente por el depósito de IgG e IgG circulante dirigida contra la superficie celular de los queratinocitos (1). Se distinguen dos tipos mayores de pénfigo: vulgaris, en el que las ampollas están en la parte más profunda de la epidermis, sobre la membrana basal y foliácea, con ampollas más superficiales en la capa granulosa. Recientemente se describió el pénfigo paraneoplásico con características clínicas e histopatológicas únicas. El pénfigo es una enfermedad poco frecuente, tanto para el médico de atención primaria como para el internista, lo que dificulta su diagnóstico.

Presentamos el caso de una mujer de 70 años que consultó porque unos tres meses antes del ingreso comenzó con molestias en orofaringe, por lo que hizo enjuagues bucales con alcohol de 96° en varias ocasiones, apareciendo posteriormente úlceras en la mucosa oral muy dolorosas, con hipersalivación continua y que finalmente le impedían la ingesta. Un mes después se añadieron lesiones cutáneas erosivas y pérdida de 20 kg de peso en este tiempo. En la exploración física destacaban erosiones en la mucosa oral, lengua y paladar con hipersialorrea y en la piel erosiones de 2 x 3 cm, no confluyentes, de distribución predominante en tronco y extremidades superiores, con signo de Nikolsky positivo. Las exploraciones complementarias básicas incluído hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG), bioquímica, coagulación, proteinograma y radiografía de tórax eran normales. Se realizó un cultivo de exudado faringo-amigdalal que fue negativo. En la endoscopia digestiva alta se apreciaban lesiones erosivas en la mucosa oral, lingual y faríngea, con sobreinfección candidiásica y en esófago dos pequeñas lesiones mucosas vesiculares con signo de Nikolski positivo. La biopsia de piel realizada demostró zonas de acantolisis, con ampollas intraepidérmicas justo por encima de la capa basal. En la inmunofluorescencia se vio la presencia de depósitos a nivel de la epidermis entre los queratinocitos positivos para IgG y C3, diagnosticándose a la paciente de pénfigo vulgaris.

En la mayoría de pacientes el signo de presentación del pénfigo son erosiones mucosas tremendamente dolorosas, precediendo incluso en meses a las lesiones cutáneas, como en nuestro caso (2). Otras enfermedades que pueden cursar con lesiones erosivas en cavidad oral, y con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial son, otras enfermedades ampollosas autoinmunes, estomatitis gingival herpética, estomatitis micótica, estomatitis química, estomatitis acompañando a colagenosis, liquen plano y tumores (3). En nuestra paciente coexistía afectación oral por pénfigo, además de estomatitis química inducida por el alcohol y sobreinfección candidiásica. La afectación esofágica parece relativamente común según se desprende de una serie publicada de 25 pacientes con pénfigo vulgaris, en la cual 18 (72%) tenían afectación esofágica en la endoscopia (4). De todas formas ésta es la

única serie publicada en la que se valora dicha afectación, correspondiendo el resto de publicaciones a algún caso aislado (5).

En el pénfigo vulgar los anticuerpos IgG van dirigidos contra desmogleína 3 en los desmosomas de la piel y mucosas. Aunque la presencia de estos autoanticuerpos puede ser de ayuda en el diagnóstico y seguimiento de la actividad de la enfermedad, el diagnóstico definitivo viene dado por la biopsia de piel y/o mucosas y para el seguimiento resulta más útil basarse en la clínica que en el título de anticuerpos (6)

El pénfigo vulgar es una enfermedad mortal sin tratamiento. La introducción de glucocorticoides sistémicos y posteriormente inmunosupresores ha mejorado claramente el pronóstico de estos enfermos, pero todavía es una enfermedad no exenta de morbimortalidad sobre todo por las complicaciones derivadas del tratamiento. Ha habido controversia sobre el tratamiento con esteroides a dosis altas (> 100 mg/d) o intermedias. La tendencia actual es usar esteroides a dosis intermedias y añadir inmunosupresores, lo que permite el control de la enfermedad con disminución importante de los efectos secundarios relacionados con el tratamiento. Es muy importante la monitorización de posibles efectos adversos relacionados con la medicación. En nuestra paciente se inició tratamiento con prednisona (90 mg/día) y un mes después se inició descenso de la dosis de esteroides comenzando con azatioprina (50 mg/día) evolucionando la enferma de forma lenta pero favorable.

E. Ameneiros Lago, A. Mariño Callejo, A. Echarri Piudo, P. Sesma Sánchez

Servicio de Medicina Interna y Digestivo. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. La Coruña

1. Stanley JR. Pemphigus. En: Fitzpatrick TB et al. (eds): Dermatology in General Medicine 4a th. New York, McGraw-Hill 1993; 606-614.
2. Rye B, Webb JM. Autoimmune bullous diseases. Am Fam Physician 1997; 55 (8): 2709-18.
3. Ishii T, Furusawa S, Iguti Y, Kuno T, Nishiyama K, Yamamoto K et al. One case of pemphigus vulgaris observed in the oral cavity. Acta Otolaryngol (stocckh) 1996; Suppl 524: 73-78.
4. Deo&ar KP. Esophageal involvement in pemphigus vulgaris. Indian J Gastroenterol 1994; 13 (4): 133-134.
5. Amichai B, Grumwald MH, Gasper N, Finkelstein E, Halevy S. A case of pemphigus vulgaris with esophageal involvement. J Dermatol 1996; 23 (3): 214-215.
6. Thivolet J. Pemphigus: past, present and future. Dermatology 1994; Suppl 189: 26-29.

Bacteriemia por *Flavimonas oryzihabitans* en un paciente no neutropénico con enfermedad cardiaca

Sr. Director:

Flavimonas oryzihabitans, antes conocido como *Pseudomonas oryzihabitans*, CDC grupo Ve 2 o *Chromobacterium typhi flavum*, es un bacilo gram negativo, no fermentador, que presenta un color amarillo característico (1). Se trata de una bacteria frecuentemente recuperada de ambientes tales como plantaciones de arroz, suelos y agua estancada; sin embargo, también se encuentra en el ámbito hospitalario (lavabos, equipos de inhalación y otras superficies ambientales) (2). *Flavimonas oryzihabitans* raramente causa infecciones en humanos y en muy pocos casos estas infecciones son clínicamente significativas. Estas últimas

son, principalmente, bacteremias asociadas a catéteres en pacientes inmunocomprometidos y peritonitis en pacientes sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria (DCPA) (3-5); no obstante, la infección en pacientes inmunocompetentes es muy rara (6,7). Presentamos un caso de bacteriemia en un paciente inmunocompetente con un catéter venoso periférico.

Varón de 72 años que ingresa en nuestro hospital por angina de esfuerzo progresivo. Tres días más tarde es sometido a tratamiento trombolítico con urokinasa (2×10^6 UI) por presentar infarto agudo de miocardio. El periodo posinfarto se complicó con angina precisando de la administración prolongada de nitroglicerina intravenosa. En la segunda semana de ingreso, el paciente manifestó fiebre, escalofríos y signos de flebitis en la zona de entrada de un catéter (*Abbot*) situado en el antebrazo. El recuento leucocitario fue de 10.000 leucocitos/mm³ con un 85% de neutrofilos. A las 24 horas de retirar el catéter y tras la extracción de los correspondientes hemocultivos se inició el tratamiento empírico con amikacina (500mg/8h) y vancomicina (1g/12h).

Las tres tomas de hemocultivos (Bactec System, Organon Tecnika) fueron positivas y subcultivadas en placas de agar sangre y agar chocolate incubadas a 37° C en atmósfera de aire y aire con 5% de CO₂. En las placas crecieron colonias rugosas, amarillas, no hemolíticas de un bacilo gram negativo móvil. El microorganismo fue identificado como *Flavimonas oryzihabitans* usando las pruebas bioquímicas habituales, el sistema Api 20 y Vitek (bioMérieux, Francia). Se realizaron pruebas de sensibilidad a antibióticos mediante el método de difusión en disco y se determinaron las CMI's mediante E-test (AB Biodisk, Suecia). La bacteria fue sensible a piperacilina, aminoglicósidos, ciprofloxacina, ofloxacina, tetraciclina, imipenem, ceftazidima, cefipiro y cefepima, y resistente a ampicilina, amoxi-clavulánico, cefoxitina, cefaclor, cefuroxima, cloramfenicol, aztreonam y cotrimoxazol. Tras conocer estos resultados y dada la persistencia de fiebre y escalofríos, se sustituyó la vancomicina por piperacilina-tazobactam (4g/8h) durante catorce días. Cuarenta y ocho horas después del inicio del nuevo tratamiento la fiebre desapareció. Los hemocultivos obtenidos al concluir la terapia antimicrobiana fueron estériles.

La mayoría de los pacientes infectados por *Flavimonas oryzihabitans* tienen problemas clínicos suyacentes como intervenciones quirúrgicas recientes o algún tipo de inmunosupresión (enfermedad hematológica, cáncer, infección por VIH, diabetes) (3, 4, 8, 9). El caso expuesto representa una situación excepcional ya que la sepsis por *Flavimonas oryzihabitans* se produjo en un individuo sin deficiencias inmunológicas. Aunque no se envió el catéter para estudio microbiológico, consideramos que, probablemente, esta fue la puerta de entrada del bacilo al interior del organismo.

Flavimonas oryzihabitans es, generalmente, sensible a penicilinas, cefalosporinas de tercera generación, carbapenemas, aminoglicósidos, quinolonas y cotrimoxazol, resistente a cefalosporinas de primera y segunda generación, monobactams y glicopéptidos, y variable en su susceptibilidad a cloranfenicol (4). Sin embargo, la cepa aislada de la sangre de nuestro paciente fue resistente a cefalosporinas de tercera generación, aminopenicilinas, cloranfenicol y cotrimoxazol.

El paciente fue tratado con piperacilintazobactam durante dos semanas. Su evolución fue satisfactoria y los hemocultivos obtenidos una y dos semanas después del episodio febril fueron negativos.

En conclusión, *Flavimonas oryzihabitans* es un patógeno poco común que puede producir enfermedad en humanos, principalmente bacteriemia asociada a catéter en pacientes inmunodeprimidos, y peritonitis en pacientes sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria; no obstante, también puede causar enfermedad en pacientes sin deficiencias inmunológicas. El pronóstico suele ser bueno cuando se suministra un antibiótico adecuado, incluso aunque el catéter no sea retirado.

M. Treviño Castellano, A. García-Zabarte, E. Losada Arias*, C. García-Riestra, B. J. Regueiro García

*Servicio de Microbiología. *Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela*

- Holmes B, Stegertwalt AG, Weaver RE, Brenner DJ. *Chryseomonas luteola* comb. and *Flavimonas oryzihabitans* gen. nov. comb., *Pseudomonas*-like species from human. *J Sys Bacteriol* 1987; 37: 245-250.
- Giraldi GL. *Pseudomonas* and related genera. En Balows A, Hausler WJ, Herrmann KL, Isenberg HD, Shadomy HJ. *Manual of Clinical Microbiology*. Washington. Am Soc Microbiol 1991: 429-441.
- Lucas KG, Kiehn TE, Sobek KA, Armstrong D, Brown AE. Sepsis caused by *Flavimonas oryzihabitans*. *Medicine* 1994; 73: 209-214.
- Esteban J, Valero-Moratalla M, Icazar R, Soriano F. Infections due to *Flavimonas oryzihabitans*: Case report and review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993; 12: 797-799.
- Verhasselt B, Claeys G, Elaichouni A, Verschragen G, Laureys G, Vanechoutte M. Case of recurrent *Flavimonas oryzihabitans* bacteremia associated with an implanted central venous catheter: assessment of clonality by arbitrary primed PCR. *J Clin Microbiol* 1995; 33: 3047-3048.
- Lam S, Isenberg HD, Edwards B, Hilton E. Community-acquired soft-tissue infections caused by *Flavimonas oryzihabitans*. *Clin Infect Dis* 1994; 18: 808-809.
- Munro R, Buckland G, Neville S. *Flavimonas oryzihabitans* infection of a surgical wound. *Pathology* 1990; 22: 230-231.
- Kiris S, Over U, Babacan F, Lawrence R, Korten V. Disseminated *Flavimonas oryzihabitans* infection in a diabetic patient who pted with suspected multiple splenic abscess. *Clin Infect Dis* 1997; 25: 3-325.
- Mutters R, Kopley H, Krause TH. Isolation of *Flavimonas oryzihabitans* (CDC group Ve-2) from catheter-induced bacteremia in an immunocompromised patient. *Eur J Epidemiol* 1990: 436-437.

Impacto de la alarma de contaminación ambiental por ozono en un servicio de urgencias hospitalario

Sr Director:

El ozono es un contaminante del aire ambiente de tipo oxidante. Su origen es fotoquímico, estimulándose su producción por efecto de la radiación solar. Niveles elevados de otros contaminantes como el óxido de nitrógeno e hidrocarburos también incrementan los niveles de ozono ambientales. La presencia de ozono atmosférico tiene una variación estacional, aumentando durante el mes de mayo al de septiembre, fechas en las que la radiación solar es mayor. En poblaciones industriales sigue una tendencia inversa al del resto de contaminantes ya que durante esas fechas la actividad industrial es menor. Debido a que se produce por efecto de la radiación solar, sus concentraciones son mayores de día que de noche. Los síntomas más frecuentes que producen en el organismo humano niveles elevados de ozono ambiental son irritación conjuntival, tos, dificultad respiratoria, cefalea y disminución de la concentración y de las capacidades físicas. Está demostrado que niveles elevados de ozono pueden producir un aumento de la morbilidad en pacientes con historia previa de patología respiratoria y alérgica (1). Presentamos el caso de la repersusión sobre la frecuentación en un servicio de urgencias ante niveles elevados de contaminación por ozono. El miércoles 12 de agosto de 1998 del total de 46 estaciones con analizador de ozono de la Red Catalana de Vigilancia de la Contaminación Atmosférica, 35 se encontraban en funcionamiento y conectadas con el Departament de Medi Ambient de la Generalitat de Catalunya. De éstas, en un total de 9 detectaron niveles superiores a 180 mcgr/m³h: Terrassa (191 mcgr/m³h), Sant Cugat del Vallés (189 mcgr/m³h), Santa Perpétua de la Mogoda (221 mcgr/m³h), Mollet (190 mcgr/m³h), Santa María de Palautordera (194 mcgr/m³h), Amposta (202 mcgr/m³h), Vic (218 mcgr/m³h) y