

Bibliografía

- Lipschütz B. Ulcus vulvae acutum. Handbuch der Haut und Geschl. 1927;21:392-414.
- Pelletier F, Aubin F, Puzenat E, Deprez P, Blanc D, Estavoyer JM, et al. Lipschütz genital ulceration: a rare manifestation of paratyphoid fever. Eur J Dermatol. 2003;13:297-8.
- Fleta-Asín B, Buenache-Espartosa R, Beà-Ardébol S, Jaén-Olasolo P. Úlceras vulvares agudas en niña púber de 12 años. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29:66-7.
- Navarro Llanos A, Doménech Climent V, Elizalde Eguinoa J, Pujol de la Llave E. Primoinfección por el virus de Epstein-Barr: una causa poco conocida de úlcera genital aguda. ¿Úlcera de Lipschütz? Rev Clin Esp. 1996;196:570-1.
- Burguete Archel E, Chugo Gordillo S, Ruiz Goikoetxea M, Gómez L, Recari E, Torroba L, et al. Caso clínico: úlcera de Lipschütz, ¿es posible llegar al diagnóstico etiológico? Bol S Vasco-Nav Pediatr. 2010;42:89.
- Farhi D, Wendling J, Molinari E, Raynal J, Carcelain G, Morand P, et al. Non-sexually related acute genital ulcers in 13 pubertal girls. A clinical and microbiological study. Arch Dermatol. 2009;145:38-45.
- Korting GW, Hinterberger G. Ulcus vulvae acutum with cold-agglutinin-positive, Mycoplasma-caused atypical pneumonia. Hautarzt. 1979;30:550-2.
- García Reymundo M, Montero Salas A, González Álvarez CM, Real Terrón R. Úlcera de Lipschütz: causa poco conocida de úlcera genital aguda. An Pediatr (Barc). 2010;75:443-4.
- Weter D, Bruce A, MacLaughlin K, Rogers R. Ulcus vulvae acutum in a 13-year-old girl after influenza A infection. Dermatol Clin. 2008;7:95-8.
- Martin JM, Godoy R, Calduch L, Villalon G, Jordá E. Lipschütz acute vulvar ulcers associated with primary cytomegalovirus infection. Pediatr Dermatol. 2008;25:113-5.
- Huppert JS, Gerber MA, Deitch HR, Mortensen JE, Staat MA, Adams PJ. Vulvar ulcers in young females: a manifestation of aphthosis. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006;19:195-204.

F.J. Eizaguirre^{a,*}, L. Lucea^a, E. Artola^a
y K. Goiri^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España

^b Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

franciscoj.eizaguirre@osakidetza.net

(F.J. Eizaguirre).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.09.015

Infección invasora por *Blastoschizomyces capitatus*

Invasive infection due to *Blastoschizomyces capitatus*

Sr. Editor:

En pacientes oncohematológicos, el tratamiento empírico y profiláctico con anfotericina B y azoles ha contribuido a la emergencia de nuevos géneros y especies en las infecciones fúngicas diseminadas. Krcmery et al comunican la mayor serie de fungemias pediátricas, incluyendo 51 niños con cáncer, donde otros géneros (*Blastoschizomyces*, *Trichosporon*, *Rhodotorula* y *Cryptococcus*) constituyeron el 14,8%¹. *Blastoschizomyces capitatus* es considerado actualmente un patógeno emergente en estos pacientes. En el H. Infantil Niño Jesús (2007-2010) se documentaron 44 fungemias correspondientes a 22 pacientes (14 oncológicos): *Candida albicans* (8), *Candida parapsilosis* (22), *Candida guilliermondii* (2), *Candida famata* (2), *Candida krusei* (1), *Candida tropicalis* (1), *Rhodotorula* spp. (1) y *Blastoschizomyces capitatus* (7). Los 7 *B. capitatus* correspondieron a nuestro paciente-caso y a un mismo episodio. *B. capitatus* (anteriormente *Trichosporon capitatum* y *Geotrichum capitatum*) fue identificado morfológicamente por cultivo estándar y pruebas bioquímicas específicas: ausencia de ureasa, incapacidad para utilizar KNO₃ como única fuente nitrogenada y asimilación de glucosa y galactosa. Las CMI de anfotericina B, fluconazol, posaconazol, voriconazol y caspofungina fueron 0,25, 32, 0,25, 0,5 y 16 µg/ml, res-

pectivamente. El paciente-caso es un varón de 9 años con aplasia medular idiopática, sometido a trasplante de MO HLA-idéntico con fallo del injerto primario (+24 pos-trasplante) e infección fúngica invasora con aislamiento de *B. capitatus* en hemocultivos obtenidos por catéter venoso central (CVC) (criterios de la EORTC/MSG-European Organization for Research and Treatment of Cancer/Mycoses Study Group-). El *B. capitatus* aislado fue sensible a anfotericina B, posaconazol y voriconazol, administrándose anfotericina B complejo liposomal y posaconazol. En radiología simple aparece consolidación pulmonar en hemitórax izquierdo e imágenes nodulares en base derecha. Ingresó en UCIP por insuficiencia respiratoria. En controles radiográficos persiste consolidación con aparición de derrame pleural. Por sospecha de bacteriemia asociada a CVC, este se retira siendo su cultivo positivo para *B. capitatus*. En radiología simple y TC tórax-abdomen sin contraste destaca derrame pleural masivo con fístula enteropleural. En parénquima pulmonar e hígado aparecen imágenes de infiltrados pseudonodulares y cavitación compatibles con infección fúngica. Del cultivo pleural, fecaloideo, se aislaron *B. capitatus*, *S. epidermidis* resistente a meticilina y *B. fragilis*. La cirugía abdominal evidenció perforación gástrica y de colon transversal por micosis invasora así como micosis hepato-esplénica. Del cultivo de colon y líquido ascítico se aisló *B. capitatus*. Se añade metronidazol. Por progresión severa de la infección y sin respuesta terapéutica se sustituye posaconazol por voriconazol más micafungina. Tres meses después fallece por progresión fúngica, ausencia de respuesta y gravedad clínica. El caso refleja el carácter oportunista de *B. capitatus*, aunque asimismo es reconocido patógeno en inmunocompetentes. Martino et al y Girmenia et al publican dos de

las series más numerosas (26 y 35 casos, respectivamente) de infección probable/probada por *B. capitatus* en pacientes oncohematológicos^{2,3}. La taxonomía del género ha sido revisada atendiendo a la formación de aneloconidias y artroconidias, crecimiento a 45°C, resistencia a cicloheximida y carencia de ureasa. Las vías de acceso habituales son piel y tractos digestivo y respiratorio. Sus manifestaciones clínicas son variadas, frecuentemente similares a una candidiasis invasora de inicio febril refractario al tratamiento en el contexto de neutropenia grave^{2,4}, fungemia y diagnóstico por hemocultivos positivos en más del 70% de los casos³. No obstante, dada la reactividad cruzada con el antígeno galactomanano de *Aspergillus*, Bonini et al proponen una alternativa diagnóstica y de manejo terapéutico interesante que obviaría la demora de un crecimiento detectable mediante hemocultivos y respondería a aquellos casos sin fungemia o cuando su aislamiento de mucosas dificulta su discriminación como colonización o infección. Así un galactomanano positivo, no siendo un marcador diagnóstico específico de infección por *B. capitatus*, sí orientaría precozmente un antifúngico eficaz frente a *Aspergillus* spp. y *B. capitatus*⁴. La terapia óptima es aún incierta. Frente a los limitados estudios de sensibilidad *in vitro*^{5,6}, la experiencia clínica sugiere elevada actividad de la anfotericina B y reducida sensibilidad a fluocitosina, fluconazol e itraconazol^{7,8}. Problemas farmacocinéticos, de dosificación o absorción, junto a fenómenos de resistencia, pueden explicar los fracasos terapéuticos con cepas de *B. capitatus* sensibles a los antifúngicos habituales². Respecto a las nuevas equinocandinas, su utilidad en la asociación con un azol o anfotericina B requiere de evidencia clínica⁹. En nuestro estudio, micafungina más voriconazol no tuvo efecto terapéutico. La variabilidad de respuesta *in vivo* a los antifúngicos disponibles y el papel esencial de la neutropenia ha planteado una posible terapia combinada con citoquinas, con experiencia clínica aún limitada¹⁰.

Bibliografía

1. Krcmery V, Laho L, Huttova M, Ondrusova A, Kralinsky K, Pevalova L, et al. Aetiology, antifungal susceptibility, risk factors and outcome in 201 fungaemic children: data from a 12-year prospective national study from Slovakia. *J Med Microbiol.* 2002;51:110–6.
2. Martino R, Salavert M, Parody R, Tomás JF, De la Cámara R, Vázquez L, et al. *Blastoschizomyces capitatus* infection in

- patients with leukemia: report of 26 cases. *Clin Infect Dis.* 2004;38:335–41.
3. Girmenia C, Pagano L, Martino B, DiAntonio D, Fanci R, Specchia G, et al. Invasive infections caused by *Trichosporon* species and *Geotrichum capitatum* in patients with hematological malignancies: a retrospective multicenter study from Italy and review of the literature. *J Clin Microbiol.* 2005;43:1818–28.
 4. Bonini A, Capatti C, Parmeggiani M, Gugliotta L, Micozzi A, Gentile G, et al. Galactomannan detection in *Geotrichum capitatum* invasive infections: report of 2 new cases and review of diagnostic options. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2008;62:450–2.
 5. Girmenia C, Pizzarelli G, DiAntonio D, Cristini F, Martino P. In vitro susceptibility testing of *Geotrichum capitatum*: comparison of the E-test, disk diffusion, and sensititre colorimetric methods with the NCCLS M27-A2 broth microdilution reference method. *Antimicrob Agents Chemother.* 2003;47:3985–8.
 6. Gadea I, Cuenca-Estrella M, Prieto E, Díaz-Guerra TM, García-Cía JI, Mellado E, et al. Genotyping and antifungal susceptibility profile of *Dipodascus capitatus* isolates causing disseminated infection in seven hematological patients of a tertiary hospital. *J Clin Microbiol.* 2004;42:18232–6.
 7. Ikuta K, Torimoto Y, Yamamoto M, Okamura N, Hosoki T, Sato K, et al. Successful treatment of systemic *Geotrichum capitatum* infection by liposomal amphotericin-B, itraconazole, and voriconazole in a Japanese man. *Intern Med.* 2010;49:2499–503.
 8. D'Antonio D, Mazzoni A, Iacone A, Violante B, Assunta Capuani M, Schioppa F, et al. Emergence of fluconazole-resistant strains of *Blastoschizomyces capitatus* causing nosocomial infections in cancer patients. *J Clin Microbiol.* 1996;34:753–5.
 9. Fianchi L, Montini L, Caira M, Voso MT, Maviglia B, Posteraro B, et al. Combined voriconazole plus caspofungin therapy for the treatment of probable *Geotrichum* pneumonia in a leukemia patient. *Infection.* 2008;36:65–7.
 10. DeMaio J, Colman L. The use of adjuvant interferon-(therapy for hepatosplenic *Blastoschizomyces capitatus* infection in a patient with leukemia. *Clin Infect Dis.* 2000;31:822–4.

M.J. González-Abad*, M. Alonso Sanz
y B. Hernández Milán

Sección de Microbiología, Servicio de Análisis Clínicos,
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mjglezabad@yahoo.es
(M.J. González-Abad).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.09.026

Infundíbulo-neurohipofisitis: evolución a 10 años de un caso en la edad pediátrica

Infundibulo-hypophysitis in a girl: 10 years follow-up

Sr. Editor:

La hipofisitis linfocítica (HL) es un proceso inflamatorio crónico de la glándula hipofisaria con probable base autoinmunitaria y amplio espectro clínico, pudiéndose afectar

hipófisis y/o tallo hipofisario¹⁻³ produciendo déficits hormonales variables adeno y/o neurohipofisarios⁴. Esta entidad es rara en la edad pediátrica, habiéndose comunicado 19 casos en menores de 14 años⁵⁻⁷. Las características clínicas, manejo y evolución a largo plazo son poco conocidos. El diagnóstico definitivo se basa en estudios histológicos, pero se acepta el diagnóstico de presunción basado en criterios clínicos específicos². El tratamiento es controvertido, siendo aceptados el abordaje médico, quirúrgico o el conservador mediante seguimiento estrecho con resonancia magnética (RM) craneal². En el caso que se presenta destacan la evolución autolimitada con un seguimiento a 10 años.