



hospitalarios. Creemos que la biopsia pleural puede ser evitada en estos casos, dado que es un cuadro clínico de diagnóstico claro y que cuando se realiza no aporta datos específicos<sup>6</sup>.

**J. Boldú Mitjans, P. Caballero García,  
F.J. Orriols Martínez, M.C. Cuartero Iturralde\*,  
A Ladaria Ferrer y F. de la Calle del Moral**

Sección de Neumología. Servicio de Ginecología y Obstetricia\*.  
Hospital de la S.S. Virgen de Lluç. Palma de Mallorca.

## BIBLIOGRAFIA

1. Schenker JG, Weinstein D. Ovarian hyperstimulation syndrome: a current survey. *Fertil Steril* 1978; 30:255-268.
2. Engel T, Jewelewicz R, Dyrenfurth I, Speroff L, Vandewiele RL. Ovarian hyperstimulation syndrome: report of a case with notes on pathogenesis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 112:1052-1060.
3. Fraser RG, Pare JAP. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Salvat Editores SA. Barcelona 1980.
4. Fishman AP. Tratado de Neumología. Doyma SA-Mc Graw Hill. Barcelona 1983.
5. Jewelewicz R, Vande Wiele RL. Acute hydrothorax as the only symptom of ovarian hyperstimulation syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 121:1121-1122.
6. Martí S, Pahissa A, Figrau C, Clotet B, Bacardí R. Derrame pleural como manifestación predominante del síndrome de hiperestimulación ovárica. *Med Clin* 1982; 79:419-421.
7. Shapiro AG, Thomas T, Epstein M. Management of hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril* 1977; 28:237-836.
8. Mc Ardle CR, Sacks BA. Ovarian hyperstimulation syndrome. *Am J Roentgenol* 1980; 135:835-836.
9. Yuen BH, Mc Comb P, Sy L, Lewis J, Cannon W. Plasma prolactin, human chorionic gonadotropin, estradiol, testosterone and progesterone in the ovarian hyperstimulation syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133(3):316-320.
10. Tyack AJ, Ellis JD. Management of severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Br Med J* 1971; 2:263.

## Empiema pulmonar secundario a actinomicosis

**Sr. Director:** La actinomicosis es una infección producida por bacterias gram positivas, filamentosas, que provocan cuadros clínicos que recuerdan a los producidos por hongos<sup>1</sup>; su incidencia es baja, a pesar de la existencia de *Actinomyces israelii* en saliva, placas dentales, criptas y secreciones bronquiales<sup>2, 3</sup>. Se diagnostica mediante cultivo o presencia del microorganismo en material de biopsia, requiriendo incubación anaerobia o microaerofílica<sup>1, 4</sup>. Presentamos un caso de empiema secundario a actinomicosis; el corto tiempo de evolución, la ausencia de afectación costal, la rápida respuesta al tratamiento médico con penicilina y la baja incidencia de este tipo de afectación torácica nos ha hecho creer indicado su presentación.

Varón de 30 años de edad, que acude a urgencias por leve traumatismo costal; desde 3 días an-

tes presentaba dolor torácico pleurítico; dos semanas antes se había extraído manualmente una pieza dentaria. En el estudio radiológico del tórax se evidencia la existencia de derrame pleural derecho; en la toracocentesis se obtiene un líquido purulento con pH de 6,97; 17.000 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 97% de pmn; glucosa: 31 mg% proteínas: 5 g/litro, todo ello compatible con empiema; se coloca un tubo de drenaje torácico y se inicia tratamiento con cefoxitin y tobramicina. Ante la existencia de insuficiencia respiratoria severa, que progresa durante las primeras 24 horas y que no se corrige con oxigenoterapia, es ingresada en la UCI; en sucesivos controles radiológicos se evidencia imágenes de condensación neumónica en LSI y LII. El cultivo de líquido pleural es positivo para *Actinomyces israelii* y *Fusobacterium nucleatum*, iniciándose tratamiento con penicilina (12 millones de unidades/día); con ello existe mejoría clínica y de la insuficiencia respiratoria. Durante la evolución del cuadro aparece importante afectación de la bioquímica hepática, siendo la ecografía hepática y el HBsAg negativo; hemocultivos y estudio serológico a virus también negativos. Continúa la mejoría clínica siendo el enfermo dado de alta asintomático, en tratamiento con penicilina oral que se ha mantenido durante 8 meses; posteriores controles radiológicos, ecografía abdominal y bioquímica hepática han sido normales.

La actinomicosis torácica se produce por aspiración, penetración esofágica, extensión directa en mediastino, o crecimiento transdiafragmático desde el abdomen<sup>2</sup>. Los síntomas pueden ser agudos o crónicos, e incluyen tos, fiebre, pérdida de peso, dolor torácico, edema de pared costal y fístulas cutáneas; la existencia de osteomielitis costal, shunts vasculares o empiema, pueden ser claves en el diagnóstico clínico<sup>5</sup>. No obstante, la clásica afectación torácica con infiltración costal y de pared aparece actualmente en pocas ocasiones<sup>6</sup>. Pueden aparecer infiltrados alveolares, fibrosis, cavitación y afectación pleural, existiendo esta última en menos del 2% de los casos<sup>5-8</sup>. La mayoría de los pacientes con afectación torácica presentan mala higiene oral con severa periodontitis, desarrollando la infección pulmonar por aspiración de este material<sup>3, 5</sup>. Es frecuente la existencia de infección asociada por otros gérmenes (*haemophilus*, *fusobacterium*, *estropococos anaerobios*)<sup>1, 5, 9, 10</sup>. El caso que presentamos debutó de forma aguda como un empiema pulmonar; como factor desencadenante existía la extracción dental en un enfermo con mala higiene oral, solamente 15 días antes; no ha existido la característica evolución crónica aunque sí la asociación de infección por *fusobacterium*. El diagnóstico de actinomicosis pulmonar puede ser difícil de establecer en ausencia de afectación de la pared torácica, pudiendo retrasarse hasta la aparición de



material de drenaje o aspirado para cultivo<sup>1,6</sup>. En ocasiones pueden ser necesarios métodos diagnósticos agresivos<sup>5</sup>. El tratamiento de elección sigue siendo la penicilina a dosis de 10-20 millones de unidades/día durante 4-6 semanas, seguido de penicilina oral 2-4 gramos/día durante 3-6 meses<sup>1,2</sup>. La cirugía puede utilizarse como método diagnóstico cuando éste se basa en la muestra reseca. Con este tipo de actuación terapéutica pueden resolverse más del 90% de los casos de actinomicosis, siendo el pronóstico bueno en general<sup>4,10</sup>. El caso que presentamos respondió bien al drenaje torácico y al tratamiento con penicilina.

A. Puras Tellaeche, J. Etreros Huerta,  
M. Sanz Millán y V. del Villar Sordo  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital del INSALUD. Soria.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Lerner PI. Actinomyces, arachnia and nocardia pneumonias. En: Pennington JE: Respiratory infections: Diagnosis and management. Raven Press New York 1983; 387.
2. Lerner PI. Actinomyces and arachnia species. En: Mandell GL, Douglas RG: Principles and practice of infectious diseases. Ed. John Wilkey Sons 1979; 1969.
3. Varkey B, Landis FB, Tang TT, Rose HD. Thoracic actinomyces. Arch Intern Med 1974; 134; 689-693.
4. Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomyces over a 36-years period; a diagnostic «failure» with good prognosis after treatment. Arch Intern Med 1975; 135:1562-1568.
5. Balikian JP, Cheng TH, Costello P, Herman PG. Pulmonary actinomyces. A report of three cases. Radiology 1978; 128:613-616.
6. McQuarrie DG, Hall VH. Actinomyces of the lung and chest wall. Surgery 1968; 63:905-911.
7. Brown JR. Human actinomyces. A study of 181 subjects. Hum Pathol 1973; 4:319-330.
8. Prather JR, Eastgrigge CE, Hughes FA, McCaughan JJ. Actinomyces of the thorax. Diagnosis and treatment. Ann Thorac Surg 1970; 9:307-312.
9. Gorbach SL. Fusobacterium. En: Mandell GL, Douglas RG. Principles and practice of infectious diseases. Ed. John Wilkey Sons New York, 1979; 1983.
10. Harrison RN; Thomas DJB. Acute actinomyces empyema. Thorax 1979; 34:406-407.

### Tumor carcinoide tímico

**Sr. Director:** El término «carcinoide», fue introducido por Oberndorper (1907), para designar a los tumores que histológicamente eran carcinomas indiferenciados, pero que sin embargo, tenían un comportamiento benigno<sup>1</sup>. En 1949, Pearson<sup>2</sup>, demostraba el potencial maligno de estos tumores. Los tumores carcinoideos se originan de la proliferación de las células de Kultchinsky, o células argentafines, que se hallan en las estructuras derivadas del canal endodérmico primitivo.

Los carcinoideos de localización tímica, son infrecuentes, pudiéndose presentar asociados a neoplasias endocrinas múltiples<sup>3</sup>, síndromes de Cushing<sup>4</sup> u otras manifestaciones sistémicas. Sin embargo, representan los tumores carcinoideos más frecuentes en el mediastino, probablemente debido a la presencia de células de Kultchinsky en el tejido tímico normal<sup>3</sup>. En 1972, Rosai et al<sup>5</sup>, comunicaron 8 casos y hallaron otros 8, descritos en la literatura. Desde entonces, otros casos han sido publicados, ya sea aisladamente, o asociados a otros procesos, especialmente neoplásicos. El diagnóstico<sup>2-7</sup>, se obtendrá en la intervención quirúrgica, aunque la realización de exploraciones complementarias preoperatorias (TAC, angiografía, gammagrafía tiroidea), permitirán excluir otro tipo de tumoraciones, que requerirán otras estrategias quirúrgicas. El tratamiento deberá ser en todos los casos, la extirpación quirúrgica de la tumoración. Debido a la infrecuente aparición de este tipo de tumor, presentamos el caso de un paciente de 57 años de edad, con antecedentes de traumatismo torácico, con fractura de la 1.<sup>a</sup> costilla derecha a los 51 años. Acudió a un centro hospitalario, por la presencia, desde hacía dos meses, de dolor torácico retroesternal de características opresivas, que irradiaba del cuello. En los estudios angiológicos, radiológicos y tomográficos efectuados se observó la presencia de una tumoración en el mediastino anterior, sin relación con las estructuras vasculares intratorácicas. Con el diagnóstico de tumoración sólida mediastínica, fue remitido a nuestro servicio, para estudio y tratamiento. La exploración física fue normal, y el estudio analítico, no demostró alteraciones. La radiografía de tórax (fig. 1), demostró y confirmó la presencia de una tumoración en el mediastino anterior. Se realizó una fibrobroncoscopia, que no demostró lesiones endobronquiales, observándose una compresión extrínseca de la pared anterior de la tráquea y de los bronquios principales. El TAC torácico, mostró una tumoración de 13 × 13 cm de

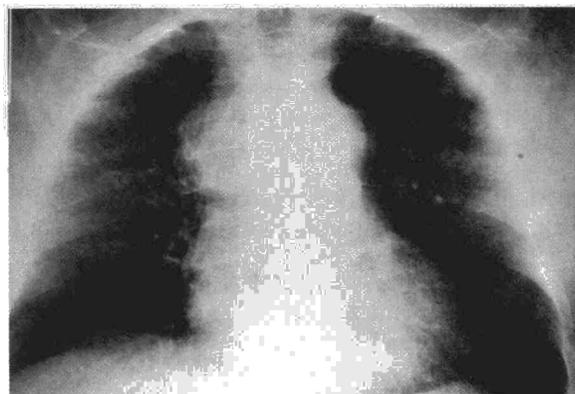


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax que muestra la presencia de una imagen paramediastínica derecha.