

CARTAS AL DIRECTOR

Hidroneumotórax en infección por *Eikenella corrodens*

Sr. Director: *Eikenella corrodens* es un bacilo gramnegativo, anaerobio facultativo, de crecimiento lento. Como patógeno pleuropulmonar es un agente etiológico poco común^{1,2}. Generalmente, forma parte de infecciones polimicrobianas, siendo poco frecuente su hallazgo como único agente causal³. En su patogenia es casi una constante el mecanismo de aspiración. Describimos por su particularidad el caso de un varón con severa periodontitis e infección pleuropulmonar por *E. corrodens*.

Varón de 24 años, fumador de heroína desde hacía 6 meses y consumidor ocasional de este opiáceo por vía parenteral en los tres últimos meses. Ingesta habitual de benzodiazepinas durante todo ese tiempo. No refería ingesta de alcohol ni conductas sexuales de riesgo. Acudió por un cuadro de 3 días de evolución consistente en tos, expectoración herrumbrosa, sensación distérmica y dolor en región anteroinferior de hemitórax derecho que se acentuaba con la inspiración. La exploración física objetivó: temperatura de 36,6 °C, boca séptica con ausencia de varias piezas dentarias y marcado deterioro de las restantes (fig. 1a). A la auscultación pulmonar se apreciaron únicamente roncus aislados en ambas bases. El resto de la exploración resultó anodino. Exploraciones complementarias más relevantes: VSG 52 mm en la primera hora; leucocitos $12,3 \times 10^3/\mu\text{l}$ (un 80% de polimorfonucleares). Serología VIH, hepatitis B y C positivas. La radiografía de tórax presentaba una imagen cavitada de paredes gruesas y bordes mal definidos de 3,5 x 3 cm en el lóbulo inferior derecho. Con el diagnóstico de absceso de pulmón se inició tratamiento antibiótico empírico intravenoso con cefotaxima y clindamicina. La fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar no permitió un diagnós-

tico etiológico. En tan sólo una ocasión se registró un pico febril con hemocultivos seriados negativos. El día undécimo de estancia hospitalaria presentó acentuación del dolor torácico, objetivándose un hidroneumotórax (fig. 1b) en el control radiológico. Se colocó un drenaje intratorácico que se mantuvo durante 32 días, precisando finalmente instilación local de urocinasa. En el cultivo del líquido pleural obtenido se aisló *E. corrodens* sensible a amoxicilina-clavulánico y resistente a clindamicina y eritromicina. En la radiografía de tórax practicada a su alta se objetivó un marcado engrosamiento pleural derecho y en la exploración funcional una restricción ventilatoria ligera como secuela del proceso.

Eikenella corrodens forma parte de la flora habitual de la cavidad oral y de la vía respiratoria superior³. Las infecciones clínicas más frecuentes afectan a las partes blandas de la cabeza y el cuello. También se han descrito infecciones ginecológicas por dispositivos intrauterinos, infecciones de líquido sinovial y óseas, abscesos cerebrales y endocarditis, sobre todo en heroínómanos⁴.

Este caso presenta, en primer lugar, la particularidad de su aislamiento en la muestra inicial del líquido pleural, lo que no suele ser frecuente⁵ y, en segundo lugar, el de ser el único patógeno detectado. En la revisión bibliográfica efectuada sólo 2 pacientes presentaban una periodontitis como única causa predisponente^{2,6}, asociándose en los restantes a un proceso crónico debilitante (neoplasia broncopulmonar, alcoholismo y tuberculosis)³. El paciente descrito, además de presentar una severa periodontitis, era portador del VIH. Otro dato a tener en cuenta es la constatación de sólo febrícula ocasional no superior a 37,5 °C y un pico febril aislado.

La presencia de un hidroneumotórax como complicación posterior puede justificarse como consecuencia de la fistulización del absceso pulmonar inicial. La sensibilidad de

este germen a penicilina, cefoxitina y a la asociación amoxicilina-clavulánico es conocida, así como su resistencia a la clindamicina, aminoglucósidos, metronidazol y algunas cefalosporinas de segunda y tercera generación⁶. Es probable que la demora en la instauración del tratamiento adecuado haya favorecido las complicaciones mencionadas, de ahí también la importancia de un diagnóstico precoz.

D. Ferrando, P. Morales y A. Pastor
Servicio de Neumología.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

1. Goldstein EJC, Kirby BD, Finegold SM. Isolation of *Eikenella corrodens* from pulmonary infections. *Am Rev Respir Dis* 1979; 119: 55-58.
2. Javaheri S, Smith RM, Wiltse D. Intrathoracic infections due to *Eikenella corrodens*. *Thorax* 1987; 42: 700-701.
3. Kentos A, De Vuyst P, Struelens MJ, Jacobs F, De Francquen P, Delaere B et al. Lung abscess due to *Eikenella corrodens*: three cases and review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14: 146-148.
4. Adler AG, Blumberg EA, Schwartz DA, Russin SJ, Pepe R. Seven-pathogen tricuspid endocarditis in an intravenous drug abuser. *Chest* 1991; 99: 490-491.
5. Miguélez M, Domínguez-Ortega L, Del Palacio A, García JM. Abscesos pulmonares múltiples por *Eikenella corrodens*. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 115-116.
6. Zgheib A, El Allaf D, Demonty J, Rorive G. Intrathoracic infections with bacteraemia due to *Eikenella corrodens* as a complication of peritonsillar abscesses: report of a case and review of the literature. *Acta Clin Belg* 1992; 47: 124-128.

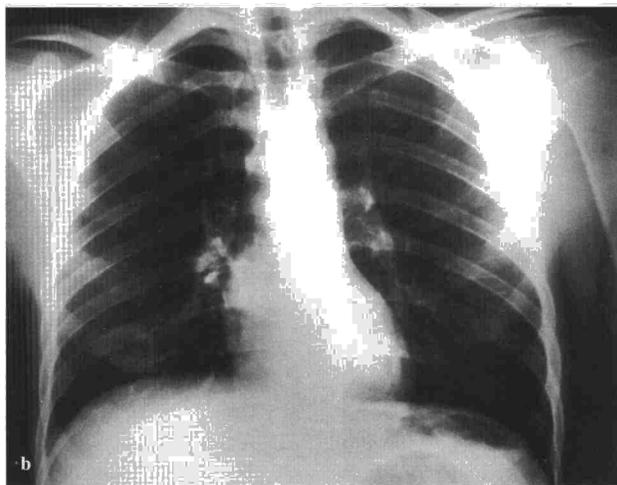
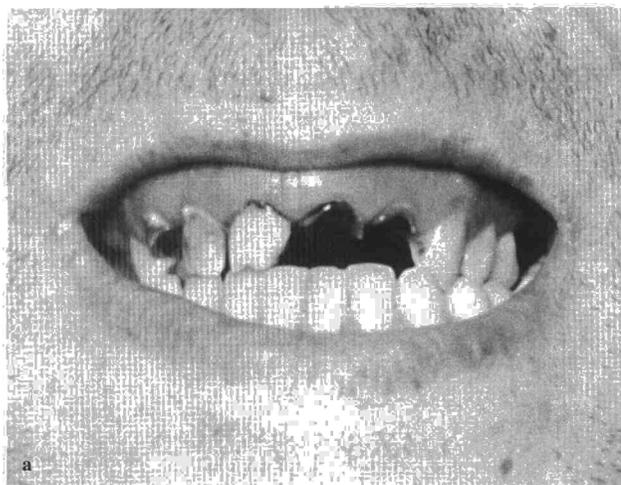


Fig.1. a) Severa afectación de la arcada dentaria superior. b) Radiografía posteroanterior de tórax: hidroneumotórax derecho.