



Actinomyces como etiología de empiema

A. Mateos Colino, R. Monte Secades, D. Ibáñez Alonso, J. Santiago Toscano, R. Rabuñal Rey y J.L. Soilán del Cerro

Servicio de Medicina Interna. Sección de Neumología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo.

La actinomicosis torácica representa un 25% de los casos de actinomicosis, caracterizándose por una gran variabilidad de presentación. La afectación pleural es poco frecuente y es excepcional encontrarla de forma aislada. Se describen 2 casos de empiema por *Actinomyces* que cursaron bien con drenaje quirúrgico y antibioterapia.

Palabras clave: Actinomicosis torácica. Empiema. Actinomyces.

Arch Bronconeumol 1995; 31: 293-295

Introducción

La actinomicosis es una infección crónica supurativa producida por el género *Actinomicetae*, de los que *A. israelii* es el más frecuente. Ocasionalmente se han aislado otros agentes patógenos como *A. naeslundii*, *A. viscosus*, *A. odontolyticus* y *A. meyeri*. Son bacterias grampositivas, anaerobias, de crecimiento lento, saprofitas de boca, orofaringe, tubo digestivo y genitales femeninos que pueden ocasionar patología en situaciones especiales (mala higiene, traumatismos, cirugía, etc.).

Según el lugar anatómico de la afección, se ha dividido clásicamente la actinomicosis en cervicofacial, torácica y abdominopélvica, siendo la primera la más frecuente. La actinomicosis torácica (AT) representa un 15-25% y su forma de presentación puede ser muy variable: desde un infiltrado pulmonar, cavitación, masa pulmonar o afectación pleural, mediastínica o de pared torácica.

La afectación pleural es poco frecuente oscilando entre el 20-60% según las series. Describimos 2 casos de empiema por *Actinomyces* que cursaron bien con drenaje quirúrgico y penicilina a altas dosis.

Correspondencia: Dr. A. Mateos Colino.
Montero Ríos, 21, 4.º B. 27001 Lugo.

Recibido: 7-11-94; aceptado para su publicación: 17-11-94.

Empyema due to *Actinomyces*

Thoracic actinomycosis represents 25% of all cases of the disease, whose presentation varies greatly. Pleural involvement is unusual and only rarely is it found as an isolated sign. We describe 2 cases of empyema due to actinomycosis; both cases responded well to surgical drainage and antibiotics.

Key words: Thoracic actinomycosis. Empyema. Actinomyces.

Observaciones clínicas

Caso 1

Paciente de 40 años, fumador y bebedor importante, con criterios de bronquitis crónica que comenzó 10 días antes del ingreso con dolor pleurítico en la base del hemitórax derecho, tos y expectoración purulenta. Cuarenta y ocho horas antes del ingreso comenzó con fiebre de 38,5 °C. La exploración objetivó disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha, siendo el resto normal. La analítica mostraba una VSG de 105, leucocitosis de 24.100 con 97% LPN y gasometría con pO₂ 65, pCO₂ 31, pH 7,47, bicarbonato 23,5. La radiografía de tórax mostró condensación en el lóbulo superior derecho y derrame pleural del mismo lado. El líquido pleural tenía aspecto purulento, pH de 6,9, cifra de proteínas de 3,4 y LDH 501; el recuento celular fue de 77.000 leucocitos, con 96% polimorfonucleares, 2% mononucleares y 2% eosinófilos. Se colocó tubo de drenaje al ingreso y se inició tratamiento empírico con ceftriaxona. A los 5 días se retiró el tubo de drenaje permaneciendo el paciente afebril. Al día 20 de ingreso creció en el líquido pleural *A. odontolyticus*. Se cambió entonces el tratamiento por penicilina i.v. a altas dosis, pasando al cabo de 3 semanas a amoxicilina/clavulánico oral, con lo que permaneció 3 meses. En el control, 3 meses después, estaba bien clínicamente permaneciendo un pequeño engrosamiento pleural.

Caso 2

Paciente de 60 años, fumador y bebedor importante, tosedor y expectorador habitual, con antecedentes de claudicación intermitente que ingresó en el hospital por dolor en el

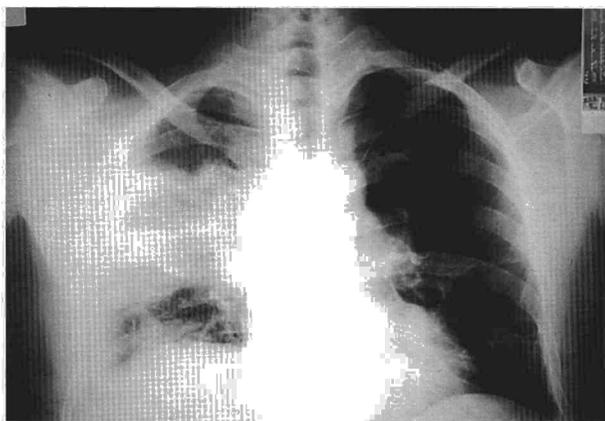


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax, en la que se aprecia un infiltrado pulmonar en el lóbulo superior derecho con derrame pleural.

tercio distal del muslo izquierdo, siendo diagnosticado de isquemia en dicho miembro. El paciente no había mostrado fiebre, dolor torácico, incremento de su tos habitual ni ninguna otra sintomatología. Al ingreso presentó imagen de derrame pleural sin afectación parenquimatosa. En la analítica presentaba leucocitosis de 12.900, siendo el resto normal. Se practicó toracocentesis mediante punción guiada por TAC, obteniéndose líquido purulento con pH 7,01, 56.000 leucocitos con 88% polimorfonucleares, glucosa 67 mg, proteínas 3,8 y LDH 342. Se colocó tubo de drenaje. Doce días más tarde se informó del crecimiento de *Actinomyces* spp. en el líquido pleural. Se inició tratamiento con penicilina i.v., a dosis de 2 millones de unidades cada 4 horas. El control radiográfico posterior demostraba engrosamiento pleural.

Discusión

La frecuencia con que la actinomycosis afecta el tórax oscila entre el 15-25%^{1,2}. Esta entidad puede tener gran variabilidad clínica pudiendo presentarse como infiltrado pulmonar, cavitación, masa pulmonar o afectación pleural, mediastínica o de pared torácica. Clásicamente se ha considerado la afectación pleural poco frecuente, siendo el derrame pleural aparentemente aislado muy raro^{1,2}. Series más recientes, sin embargo, observan engrosamiento pleural en todos los casos de AT analizados, con mayor incidencia del derrame pleural, pero considerando aún una rareza que éste sea cuantioso³.

Los factores de riesgo para AT considerados por otros autores son: boca séptica, enfermedad pulmonar previa y antecedentes de alcoholismo^{3-5,10}. En cuanto a la patogenia de la AT, el agente infeccioso, saprofito habitual de la boca y orofaringe, pasa al espacio aéreo por mecanismo de aspiración provocando inicialmente inflamación del espacio peribronquial, bronquial y alveolar. Posteriormente puede extenderse a estructuras contiguas si no se instaura tratamiento, pudiendo afectar a pleura, mediastino y pared torácica⁷.

Nuestros pacientes presentaban los factores de riesgo expuestos y pueden ilustrar el amplio espectro de variabilidad clínica del proceso. En el primer caso la presentación clínica fue compatible con proceso neu-



Fig. 2. TAC correspondiente al segundo paciente, en el que se demuestra derrame pleural, sin afectación parenquimatosa.

mónico^{8,9}, presentando en la radiografía posteroanterior de tórax un infiltrado pulmonar en el lóbulo superior derecho con derrame pleural que movilizaba en decúbito lateral (fig. 1). En el segundo caso se hace patente la cronicidad del proceso estando el paciente asintomático desde el punto de vista pulmonar, siendo el derrame pleural un hallazgo radiológico. No presentaba afectación parenquimatosa como se pudo apreciar por TAC (fig. 2).

El diagnóstico en ambos casos se estableció por crecimiento de *Actinomyces* en medio anaerobio a partir del líquido purulento extraído por toracocentesis. A diferencia de otras formas de AT en las que el diagnóstico microbiológico o histológico precisa en ocasiones de técnicas agresivas, cuando hay crecimiento del germen a partir del líquido pleural, el diagnóstico puede hacerse fácilmente, como ocurrió en nuestros 2 casos. El tiempo de crecimiento del germen osciló entre 2-3 semanas, lo cual demuestra su lento crecimiento y la necesidad de cultivos anaerobios lentos ante una afección pleuropulmonar de carácter tórpido como refieren Ibáñez-Nolla et al¹¹. En el caso 1 se identificó *A. odontolyticus*, hecho muy infrecuente en la literatura¹², no pudiéndose identificar la especie del *Actinomyces* aislado en el caso 2. Ambos crecieron de forma aislada, lo cual va en contra de lo habitualmente reseñado en la literatura que considera la AT como una infección mixta, si bien algún autor ya había constatado este hecho⁶.

La instauración de drenaje por medio de tubo torácico, junto con la instauración de tratamiento a base de penicilina intravenosa durante 3 semanas y posteriormente penicilina oral durante otras 8-12 semanas, solucionó totalmente el cuadro clínico permaneciendo asintomáticos ambos pacientes en controles posteriores, persistiendo en uno de ellos cierto grado de engrosamiento pleural.



Con estos 2 casos de empiema por *Actinomyces* queremos aportar nuestra experiencia en esta rara patología, considerando con Kwong et al³ que la utilización de nuevas técnicas de imagen hará de la afectación pleural algo más frecuente que en el pasado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bates M, Cruickshank G. Thoracic actinomycosis. *Thorax* 1957; 12: 99-123.
2. James R, Heneghan MA, Lipkansky V. Thoracic actinomycosis. *Chest* 1985; 87: 536-537.
3. Kwong JS, Muller NL, Godwin JD, Aberle D, Grymaloski MR. *Radiology* 1992; 183: 189-192.
4. Frank P, Strickland B. Pulmonary actinomycosis. *Br J Radiol* 1974; 47: 373-378.
5. Harrison RN, Thomas DJB. Acute actinomycotic empyema. *Thorax* 1979; 34: 404-407.
6. Brown JR. Human actinomycosis: a study of 181 subjects. *Hum Pathol* 1973; 4: 319-330.
7. Flynn MW, Felson B. The roentgen manifestations of thoracic actinomycosis. *AJR* 1970; 110: 707-716.
8. Cavin R, Besson A, Loosli H, Levenberger P, Jost A. Actinomycose pleuro-pulmonaire, exposé de 4 observations. *Schweiz Med Wochenschr* 1980; 110: 1.328-1.334.
9. Fantin M, Touaty E. Pleuresies purulentes. *Encycl Med Chir Poumon* 1988; 40: 15.
10. Fraser RG, Pare JAP. *Diagnosis of diseases of the chest*. Philadelphia: Saunders, 1989; 1.022-1.028.
11. Ibáñez-Nolla J, Carralata J, Cucurull J, Corbella X, Oliveras A, Curull V et al. Actinomycosis torácica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1993; 8: 433-436.
12. Dublanchet A, Durieux R, Guillou JP, Chevrièr L, Beuclère A. Un cas de pleuresie purulente a *Actinomyces odontolyticus*. *Med Mal Inf* 1978; 8: 125-126.