



6. Labre A, Petrus M, Sablayrolles B, Ghisolfi J, Dutau G. Hémisiderose pulmonaire idiopathique et syndrome celiac. Journées de Pneumologie Infantile. Tours, septembre 1980.

7. Rieu O, Ariole P, Lesbros D, Emberger JM, Jean R. Hémisiderose pulmonaire idiopathique et maladie celiac chez l'enfant. Press Medicales 1983; 12:2931-2933.

8. Pacheco Galván A, Pérez E, Fogue L, Carrillo F, Mellado N, Sueiro A. Hémisiderosis pulmonar idiopática, anticuerpos antirreticulares y enfermedad celíaca. XVII Congreso SEPAR. Arch Bronconeumol (supl.) 1985.

9. Leatherman JW, Davies SF, Moidal JR. Alveolar hemorrhage syndromes: diffuse microvascular lung hemorrhage in immune and idiopathic disorders. Medicine (Baltimore) 1984; 63:343-361.

10. Thomas HM, Irving RS. Classification of diffuse intrapulmonary hemorrhage. Chest 1975; 68:483-484.

Empiema pleural por *Actinomyces israelii* asociado a adenocarcinoma de colon

Sr. Director: La actinomicosis es una rara enfermedad producida en la mayoría de los casos, por el *Actinomyces israelii*^{1,2}, si bien y de forma inhabitual, otras especies como *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces odontolyticus*, *Actinomyces viscosus* y *Actinomyces meyeri* se han mostrado también como patógenos humanos³.

El *Actinomyces israelii* es un anaerobio habitual, gram positivo, saprofita de la orofaringe y flora gastrointestinal en el ser humano, patógeno en raras ocasiones y bajo determinadas circunstancias. Produce infecciones crónicas, supurativas, diseminándose por contigüidad o por vía hematológica. En ocasiones, los abscesos formados emanan pus de color amarillento, presentando en su interior los típicos granos con aspecto de azufre, invadiendo tejidos de la cara y cuello, pulmón y región ileocecal. Presentamos un caso de actinomicosis torácica en una paciente afecta de carcinoma de colon.

Paciente de 74 años, mujer, entre cuyos antecedentes destacan, cólico nefrítico 4 años antes de su ingreso, proceso bronconeumónico inespecífico tres años antes de su ingreso, presentando desde entonces tos y expectoración blanquecina matutina, así como disnea a medianos esfuerzos. Cinco meses antes de ingresar, a lo anterior se añade astenia, anorexia y pérdida de peso. Cinco días antes de su ingreso, aumenta la tos y aparece dolor en flanco y costado derecho que varía con los movimientos respiratorios. Exploración física al ingreso: TA 120/70 T^a: 37 °C pulso 86/min. Palidez de piel y mucosas. Cabeza y cuello normal. Auscultación P. abolición del murmullo vesicular en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho. A.C. normal. Abdomen: destaca la existencia de una masa dolorosa en vacío derecho.

Análítica: VSG 115-1.^a h; leucoc. 12.700 (C.21 S.65 L.11 M.2), hemoglob. 6,2; hcto. 20 %; htes. 3.000.000; VCM 62; HCM 19; plaquetas: 654.000; prot. tot. 6,3 g (alfa 1:16,7 % resto normal), U.Gl. Crea. Ionogr. Bil. GOT, GPT, GGT y F.A. normales; orina normal.

Radiografía de tórax: derrame pleural derecho; radiografía de abdomen: normal; ECG normal.

Se practica una toracocentesis exploradora, dando salida a un líquido denso, amarillo-parduzco y con grumos, cuya analítica refleja: LDH 5.600, glucosa 90, pH 4,7, leucoc. 12.900, con predominio linfocitario (60 %). En el cultivo se evidencia la existencia de *Actinomyces israelii*. Se instaura tratamiento con penicilina a dosis de 20.000.000 U/día más tubo endotorácico de drenaje. La fibrobroncoscopia con broncoaspirado resulta negativa. Enema opaco y colonoscopia: se objetiva masa vegetante, excrecente a nivel de colon ascendente. Se practican biopsias de la zona: adenocarcinoma de ciego medianamente diferenciado con imágenes intercelulares de *Actinomyces israelii*. Intervenida quirúrgicamente se objetiva una masa en ciego, que se extiende hacia colon, profusamente adherida a retroperitoneo, con múltiples metástasis hepáticas falleciendo una semana después de la intervención.

El empiema pleural por *Actinomyces israelii* es una afección infrecuente pero que puede ocurrir⁴. En nuestro caso y no teniendo nuestra enferma alteraciones odontológicas y sí por el contrario, carcinoma de colon donde se objetiva microscópicamente el actinomicos, y existiendo invasión retroperitoneal, creemos que desde retroperitoneo y a través del diafragma, es por donde se produce el acceso a pleura, como ya se ha descrito^{2,5,6}.

El antibiótico de elección es la penicilina⁵⁻⁷.

**J. Pinilla Moraza, P. Labarga Echeverría,
J. Burillo Lorente y G. Zubillaga Garmendia**

Servicio de Medicina Interna.
Hospital de Guipúzcoa. San Sebastián.

BIBLIOGRAFIA

1. Coe Z. Actinomycosis. London. Oxford University Press 1938.
2. Nates M, Cruickshank G. Thoracic actinomycosis. Thorax 1957; 12:99-124.
3. Lernes I. Pneumonia dueto actinomyces, Arachnia and Nocardia. En: Respiratory infections: diagnosis and management. Ed James E. Pennington, New York Raven Press 1983; 387-394.
4. Harrison RM, Thomas JB. Acute actinomycotic-empyema. Thorax 1979; 34:406-407.
5. Brown JR. Human actinomycosis. A study of 181 subjects. Hum Pathol 1973; 319-330.
6. Weese N, Smith IM. A study of 57 cases of actinomycosis over a 36 year period. Arch Intern Med 1975; 135:1562-1568.
7. Veysier P. Actinomycosis nocardioses. Encycl Med Chir Paris. Maladies Infectieuses 1979; 8. 123A 10,10.