

casos de tuberculosis en *cavum*, como es el caso que hemos presentado. Así, en la serie de Lecointre et al¹ era normal en 17 de 37 casos de tuberculosis de vía aérea superior, y en 15 casos existían imágenes residuales. En la mayoría de los casos de tuberculosis en *cavum* la radiografía de tórax es normal, como en el que hemos presentado.

El diagnóstico diferencial incluye los procesos neoplásicos y entidades inflamatorias crónicas^{1,4,6}. Dentro de los procesos neoplásicos se incluyen el carcinoma epidermoide, los linfomas, los tumores linfopiteliales, el carcinoma anaplásico, el melanoma amelanótico, el rabdomiosarcoma y el plasmocitoma extramedular. Las enfermedades infecciosas a considerar son las infecciones por micobacterias, sífilis, lepra y ántrax y otras afecciones inflamatorias crónicas de causa desconocida como sarcoidosis y granulomatosis de Wegener. La biopsia de *cavum* es importante para lesiones regionales con aumento de ganglios linfáticos⁶. El diagnóstico definitivo de la tuberculosis se basa en el aislamiento de *M. tuberculosis* en el cultivo, no en la tinción de Ziehl-Nielsen⁴. También se acepta el diagnóstico ante la existencia de granulomas necrosantes, excluyendo otras causas de granulomatosis. Las células de Langhans y la necrosis caseosa asociada indican la etiología tuberculosa, pero por sí solas no son diagnósticas. De los casos publicados todos se trataban médicamente con fármacos antituberculosos en distintos regímenes, con resultados excelentes, y no existe ningún caso de resistencia ni ninguno preciso cirugía.

M. Iriberrí, E. Zenarruzabeitia y J.I. Iraragorri*

Unidad de Patología Respiratoria.

*Servicio de Otorrinolaringología.

Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

1. Lecointre F, Marandas P, Micheau C, Lacombe H, Schwaab G, Cachin Y. Tuberculosis of the mucosa naso-pharynx. A clinical study of 37 cases seen at the Gustave-Roussy Institute between 1961 and 1978. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1980; 97: 423-433.
2. Dupon M, Neau D, D'Ivernois C, Bebear JP, Traissac L, Lacut JY. Cavum tuberculosis. A propos of 2 cases. *Ann Med Interne (París)* 1991; 142: 233-235.
3. López González MA, Barrón Reyes FJ, Martínez Garrido R, Quito Rodríguez JW, Delgado Moreno F. Tuberculosis de *cavum*. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1998; 49: 411-413.
4. Marrakchi R, Fathallah M, Ben Romdhane K, Ben Abid H, Sioud H. Tuberculosis of the cavum, report of two cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 1990; 111: 149-152.
5. Paul C, Teillac-Hamel D, Fraïtag S, Bodeimer C, Fischer A, De Prost Y. Lésions granulomateuses cutanées au cours des déficits immunitaires congénitaux. Cinq observations. *Ann Dermatol Venereol* 1995; 122: 501-506.
6. Buffé P, Trannoy P, Cudennec YF, Goutteyrans JF. Une localisation peu fréquente de la tuberculose des voies aéro-digestives supérieures: le cavum. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac (París)* 1984; 101: 601-602.

Empiema pleural y derrame pericárdico por *Campylobacter fetus* en adulto inmunocompetente

Sr. Director: *Campylobacter fetus* (CF), inicialmente denominado *Vibrio fetus*, es un bacilo gramnegativo microaerófilo ubicuo, que rara vez es causa de enfermedad en humanos. El primer caso descrito de infección apareció en 1948 cuando un trabajador de laboratorio desarrolló una pústula facial¹. Afecta al endotelio vascular, especialmente cuando existe daño previo, como tromboflebitis, endocarditis o aneurismas². El 75% de los casos ocurren en paciente con enfermedades crónicas de base como alcoholismo, insuficiencia renal o hepática, diabetes mellitus, linfoma, lupus eritematoso, agammaglobulinemia, etc. La mortalidad referida en la bibliografía es del 17 al 43%³.

Describimos un caso de bacteriemia por CF con presentación clínica de pleuropericarditis en un paciente joven previamente sano.

Varón de 32 años, que acudió al hospital por presentar disnea y fiebre de 8 días de evolución. Como antecedentes personales destacaba residencia en un centro de acogida y estar en tratamiento con neurolépticos por una esquizofrenia. No refería antecedentes de tuberculosis. El cuadro clínico consistió en disnea progresiva hasta hacerse de reposo, fiebre de 38,5 °C, tos con expectoración blanquecina y dolor en el hemitórax izquierdo de características pleuríticas que abarcaba el hombro. En la exploración física el enfermo estaba febril, taquipeánico (32 rpm) y taquicárdico, con pulso paradójico y roce pericárdico. Se apreciaban hipofonésis y disminución de la transmisión de las vibraciones vocales en la base pulmonar izquierda. Los datos de laboratorio fueron: leucocitos, 13.500/ml (neutrófilos, 88%; linfocitos, 6%, y monocitos, 5%); hemoglobina, 8,4 g/dl; hematócrito, 26,1%; plaquetas, 298.000/ml; VSG, 84 mm. Los datos de la gasometría arterial respirando aire ambiente son los que siguen: PO₂, 65 mmHg; PACO₂, 28 mmHg; PH, 7,56. La serología para el VIH y gérmenes causantes de neumonía atípica fue negativa. El líquido pleural presentaba características de exudado, con 5.000 leucocitos/ml (95% de neutrófilos; proteínas, 3,5 g/dl; pH, 7,23; glucosa, 67 mg/dl; LDH, 1.946 U/l, y ADA, 24 U/l). La intradermorreacción con 2 U de PPD fue negativa. En la radiografía de tórax se observaron aumento de la si-

lueta cardiopericárdica, un tenue infiltrado basal izquierdo y un derrame pleural ipsilateral (fig. 1). El ecocardiograma al ingreso demostraba la presencia de un derrame pericárdico importante (sin signos de taponamiento pericárdico ni alteraciones en cavidades de válvulas cardíacas). Se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico (2 g/8 h) con desaparición de la fiebre y evolución clínica favorable. Los hemocultivos fueron positivos para *C. fetus* a los 3 días en las 3 extracciones consecutivas practicadas con intervalos de 30 min obtenidos por venopunción periférica. El mismo microorganismo se aisló en el líquido pleural, siendo negativa la tinción de Ziehl. La cepa aislada presentaba sensibilidad a la ampicilina, amoxicilina-ácido clavulánico, norfloxacino y gentamicina. A la amoxicilina-ácido clavulánico se añadió gentamicina (80 mg/kg de peso tres veces al día), manteniendo el tratamiento por vía parenteral durante 17 días. A la semana de tratamiento se resolvieron tanto el roce pericárdico como las alteraciones ecográficas y de la radiografía de tórax. Se completó el tratamiento por vía oral durante 2 semanas más con amoxicilina-ácido clavulánico en régimen ambulatorio. El paciente se mantiene asintomático al mes del alta.

En la búsqueda bibliográfica sólo encontramos dos casos de *C. fetus* con aislamiento de dicho germen en el líquido pleural y 6 casos de pericarditis. En 4 de ellos se asociaban enfermedades crónicas, como hipotiroidismo, linfoma, nefropatía poliquística y estenosis mitral. En todos los casos se demostraba una historia de semanas de evolución con síntomas inespecíficos, como fiebre, pérdida de peso, tos y dolor torácico. El diagnóstico fue por cultivo en todos los casos (3 en hemocultivo, 3 en líquido pericárdico y 2 en líquido pleural)³⁻⁵. La fuente de infección ha sido muy discutida, y se cree asociada al contacto con animales (pájaros, ovejas y, especialmente, gatos), pero solamente en un tercio de los casos se demostró esta circunstancia. Otro mecanismo postulado es la ingestión de agua y alimentos contaminados, pero los casos se han presentado de modo esporádico, no en forma de epidemias. También se ha implicado la manipulación dental como causa de bacteriemia, sin que se haya demostrado. En nuestro paciente no se descubrió la fuente de infección. El tratamiento aplicado de forma empírica fue adecuado según el antibiograma, si bien al ter-

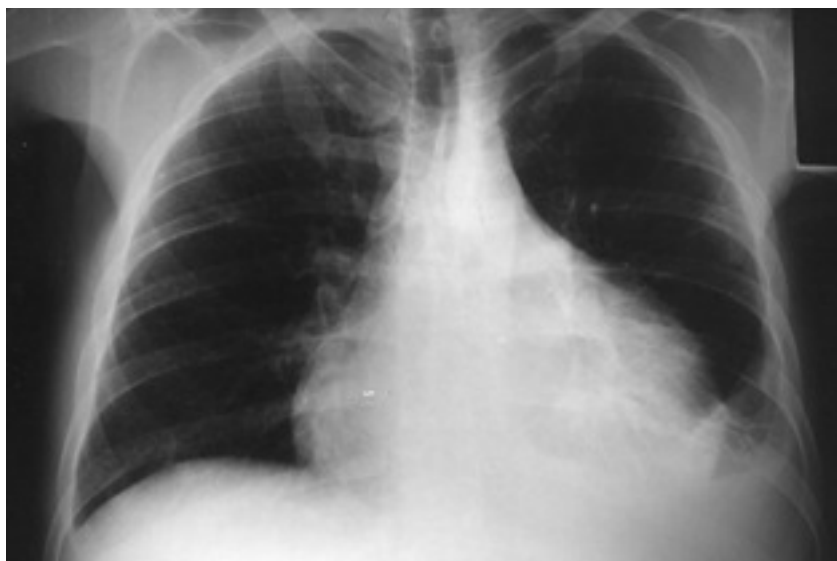


Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se observan derrame pleural y pericárdico por *Campylobacter fetus*.

cer día se añadió gentamicina. Estudios de susceptibilidad *in vitro* demuestran frecuentemente resistencia a la penicilina y cefalosporinas. Se recomienda un tratamiento prolongado para evitar la recaída⁶.

J.J. Blanco Pérez*, **M. Pérez García****
e I. Paz Vidal***

Servicios de *Neumología,

Medicina de Familia y *Microbiología.
Complejo Hospitalario de Ourense.

1. Lawrence GD, Biggs RD, Woodward TE. Infection cause by *Vibrio fetus*. Arch Intern Med 1967, 120: 459-464.
2. Farrugia DC, Eykjin SJ, Smith E. *Campylobacter fetus* endocarditis: two case reports and review. Clin Infect Dis 1994, 18: 443-446.
3. Morrison VA, Lloyd BK, Chia JK, Tuazon C. Cardiovascular and bacteremic manifestations of infection: case report and review. R Infect Dis 1990; 12: 387-392.
4. Tagan SR, Chow AW, Guze LB. *Campylobacter fetus* associated with pulmonary abscess and empiema. Chest 1997, 71: 105-107.
5. Rojo P, Cid M, Latorre M, Álvarez M, Cisterna R. Pericarditis por *Campylobacter fetus*. Enferm Infect y Microbiol Clin 1990, 8: 593-594.
6. Chow AW, Patten V, Bednorz D. Susceptibility of *Campylobacter fetus* to twenty-two antimicrobial agents. Antimicrob Agents Chemother 1978, 13: 416-417.