



Actinomicosis como causa de un derrame pleural

Sr. Director: La actinomicosis es una infección bacteriana crónica y supurativa, que se caracteriza por la formación de abscesos con tractos fistulosos y por la presencia macroscópica de "gránulos de azufre" en el exudado de la lesión. Puede afectar la cara, el cuello, el tórax y el abdomen.



Figura 1. TACV torácica (ventana mediastínica): derrame pleural izquierdo loculado con nodulaciones pleurales, destrucción del arco costal y fístula pleuro-cutánea.

Actinomyces israelii, comensal endógeno de baja virulencia, es la especie que con mayor frecuencia da origen a esta enfermedad. La actinomycosis pulmonar surge a partir de la aspiración del germen desde la boca, siendo factores determinantes en el huésped la enfermedad pulmonar crónica, el etilismo y los trastornos de la dentición. La afección pulmonar cursa como una neumonía, que puede evolucionar a cavitación y destrucción del parénquima. En su evolución puede extenderse a la pleura y la pared torácica, con destrucción costal y fistulización cutánea.

La actinomycosis torácica representa aproximadamente un 25% de los casos de actinomycosis. La afección pleural como única manifestación es poco frecuente. Presentamos un caso de actinomycosis cuyo inicio fue un derrame pleural sin otros hallazgos radiológicos característicos de la enfermedad. El diagnóstico hubo de realizarse por toracotomía. Se consiguió la resolución completa con antibioterapia.

Varón de 59 años, ingresado para el estudio de un derrame pleural. Desde un mes previo a su ingreso refería fiebre termometrada de 39 °C, artromialgias y dolor de características pleuríticas en el hemitórax izquierdo. Había perdido 5 kg de peso y en las últimas 2 semanas presentaba disnea de moderados esfuerzos. La exploración física objetivó una temperatura de 37,2 °C, una adenopatía supraclavicular izquierda y la abolición del murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax izquierdo. En la radiografía de tórax se visualizó un derrame pleural izquierdo de un 30% y lesiones fibróticas en el vértice derecho sugestivas de una tuberculosis residual. Las analíticas sanguíneas fueron normales salvo una hiperglucemia moderada y una VSG de 65 mm. El líquido pleural presentó las siguientes características: glucosa 254 mg%, LDH 514 U/l, proteínas 4,19 g%, ADA 19 U/l, hematíes 3.840 /l, leucocitos 3.600 /l (70% neutrófilos y 30% monocleares). La baciloscopia y los cultivos fueron negativos, con ausencia de células neoplásicas. Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona y claritromicina con escasa respuesta, por lo que se realizó una toracoscopia diagnóstica con extracción de 1.400 ml de líquido pleural de aspecto seroso, visualizándose una infiltración nodular difusa de ambas pleuras. La biopsia, la citología y el cultivo del líquido pleural fueron negativos. El paciente fue dado de alta por mejoría clínica. Reingresó al mes ante la reaparición de picos febriles y el deterioro

de su estado general, objetivándose en la radiografía de tórax una recidiva del derrame pleural de aspecto encapsulado. En la TC torácica se observó un derrame pleural izquierdo con engrosamiento pleural de aspecto nodular, adenopatías mediastínicas y retroperitoneales e infiltrados pulmonares bilaterales nodulares. Se realizó una fibrobroncoscopia en la que se apreciaron signos inflamatorios en el bronquio del lóbulo inferior izquierdo. El broncoaspirado con cultivo y citología fue negativo. Ante el deterioro progresivo del paciente y la ausencia de diagnóstico se realizó una toracotomía con resección pulmonar atípica. El cultivo de la biopsia pulmonar fue positivo para *Actinomyces israelii*. Se inició tratamiento con penicilina intravenosa. El postoperatorio fue tórpido, con fistulización de la herida quirúrgica en tres trayectos pleurocutáneos y destrucción del octavo arco costal izquierdo (fig. 1). El paciente evolucionó favorablemente sustituyéndose a los 30 días la penicilina por amoxicilina oral. Se apreció la resolución completa en la TC de control tras finalizar 9 meses de tratamiento antibiótico.

La afección torácica en la actinomycosis ocurre, según las series, en un 15-34% de los casos¹, en un 50% en forma de empiema pleural. Se ha descrito la afección pericárdica^{1,2} con compromiso pleural, pero son excepcionales los casos en que la actinomycosis tiene como única manifestación la de un derrame pleural que no presenta características de empiema³, sin otra afección torácica acompañante⁴. En estas situaciones el diagnóstico de la enfermedad se hace más difícil y, generalmente, los cultivos de las muestras obtenidas (tanto en la citología como en la biopsia) suelen ser negativos^{2,4}, a diferencia de aquellos casos que se presentan como empiema pleural, en los que suelen ser positivos^{3,5}. En nuestro paciente la presentación inicial de la enfermedad fue inusual. El único probable factor de riesgo asociado a su desarrollo fue la diabetes. La manifestación radiológica inicial fue la de un derrame pleural. Las características del líquido eran de exudado de aspecto seroso con cultivo repetidamente negativo, sin afección del parénquima pulmonar. El retraso diagnóstico llevó a la aparición posterior de las manifestaciones descritas, como formación de fístulas cutáneas y destrucción ósea. El diagnóstico sólo pudo obtenerse tras la realización de una toracotomía. Es importante resaltar la necesidad de realizar cultivos a gér-

menes no habituales (como anaerobios lentos) en casos de derrame pleural de etiología no aclarada⁶, siendo frecuente que las muestras sean polimicrobianas. La instauración de un tratamiento antibiótico con penicilina a altas dosis y, posteriormente, amoxicilina resolvió el cuadro. El paciente permanece en la actualidad asintomático, con mínimas secuelas pleurales.

N. Avisbal Portillo^a,

C. Rueda Ríos^a y A. Benítez Domenech^b

^aServicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

^bServicio de Cirugía Torácica Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

1. Fife TD, Finegold SM, Grennant T. Pericardial actinomycosis: case report and review. *Rev Infect Dis* 1991;13:120-6.
2. Datta JS, Raff MJ. Actinomycotic pleuropericarditis. *Am Rev Respir Dis* 1974;110:338-41.
3. Bates M, Cruickshank G. Thoracic actinomycosis. *Thorax* 1957;12:99-123.
4. Coodley EL, Yoshinaka R. Pleural effusion as the major manifestation of actinomycosis. *Chest* 1994;106:1615-7.
5. Mateos Colino A, Monte Secades R, Ibáñez Alonso D, Santiago Toscano J, Rabun Rey R, Soilán del Cerro JL. Actinomycosis como etiología del empiema. *Arch Bronconeumol* 1995;31:293-5.
6. Ibáñez-Nolla J, Carratalá J, Cucurull J, Corbella X, Oliveras A, Curull V. Actinomycosis torácica. *Enferm Inf Microbiol Clin* 1993;8:433-6.