



Mediastinitis y empiema pleural por *Streptococcus constellatus*

Sr. Director: El estreptococo que coloniza la boca y la vía aérea superior suele considerarse un comensal no patógeno. Estos gérmenes combinados con anaerobios pueden ser los causantes de neumonías y empiemas en determinados grupos de pacientes en los cuales se producen ciertos elementos favorecedores. La mortalidad en estos casos es elevada y las complicaciones, frecuentes. Presentamos un caso de mediastinitis y empiema pleural secundario a *Streptococcus constellatus*.

Varón de 63 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y reflujo gastroesofágico, bebedor moderado, que refería clínica de 6 días de tos, disnea, odinofagia y fiebre de 39 °C. En la exploración física destacaba la afectación del estado general, con crepitantes en la base derecha. La analítica mostró leucocitosis (13.500 l) con desviación izquierda; bioquímica con patrón de colestasis y glucemia de 376 mg/dl. La gasometría mostraba hipoxemia moderada. La radiografía de tórax evidenció ensanchamiento mediastínico con discreta cardiomegalia y pinzamiento del seno costofrénico derecho. Se realizó una tomografía computarizada de tórax que mostró la existencia de derrame pleural derecho, con infiltrado alveolar perihiliar y aumento de la grasa mediastínica superior, compatible con mediastinitis (fig. 1). Se realizó toracocentesis que mostró un líquido purulento, del que se aisló *S. constellatus*. Se colocó un tubo de drenaje pleural y se trató con penicilina G a dosis altas. La evolución fue favorable, con resolución del derrame y desaparición de la afectación mediastínica.

Los gérmenes del grupo *Streptococcus milleri*, el cual incluye a *S. constellatus*, tienen mayor importancia en el desarrollo de las infecciones respiratorias de lo que antes se pensaba¹. *S. constellatus* es un comensal orofaríngeo. En condiciones normales no produce enfermedad, salvo en situaciones de manipulación previa (endoscopia, broncoscopia), cirugía o infección. Estos gérmenes pueden ser causa de neumonías agudas, abscesos y empiemas^{2,3}. Su aislamiento junto a bacterias anaeróbicas orales indica una sinergia entre estos 2 grupos. La mortalidad es más elevada, con presencia de grandes complicaciones como absceso pulmonar, empiema o medias-

tinitis, como en nuestro paciente. La mediastinitis por *S. milleri* sin existencia de manipulación es infrecuente⁴. La perforación esofágica, la cirugía cardiotorácica y las infecciones de la cabeza y el cuello serían causas habituales^{4,6}. El cuadro clínico es brusco, con escalofríos y fiebre, posteriormente aparecen dolor torácico y disfagia. En la exploración pueden observarse crepitantes y edema en el cuello y el tórax. La radiografía de tórax muestra ensanchamiento mediastínico, niveles hidroaéreos y enfisema subcutáneo. La tomografía computarizada permite un mejor enfoque diagnóstico. Si se sospecha perforación esofágica, el esofagograma debe hacerse con un contraste yodado que se tolere por vía parenteral. El tratamiento con penicilina G sigue siendo de elección, con buena actividad frente a las bacterias anaerobias de la cavidad oral. En caso de alergia pueden utilizarse vancomicina y clindamicina, siendo útiles también las quinolonas de tercera y cuarta generación. La duración del tratamiento depende de la virulencia del germen y de factores del huésped, y oscila entre varias semanas y meses. En algunos casos de mediastinitis puede ser necesario el drenaje quirúrgico complementario. En nuestro caso la anamnesis reveló la existencia de una manipulación endoscópica alta varias semanas antes de la clínica. Probablemente tras esta manipulación se pudo producir la afectación mediastínica y la neumonía con el empiema pleural asociado. El drenaje torácico y el tratamiento con penicilina G resolvieron el cuadro clínico.

En conclusión, debemos tener en cuenta los antecedentes de manipulación de la vía aérea y esofágica en aquellos casos de infección respiratoria con presentación de mediastinitis, infiltrado pulmonar y derrame pleural, y sospechar el posible origen orofaríngeo de los gérmenes causantes, de cara a una actitud terapéutica adecuada.

**J. Ortiz de Saracho^a,
S. Barbancho^b y J.L. Mostaza^c**

^aUnidad de Neumología. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital de León. León. España.

1. Porta G, Rodríguez-Carballeira M, Gómez L, Salavert M, Freixas N, Xercavins M, et al. Thoracic infection caused by *Streptococcus milleri*. Eur Respir J 1998;12:357-62.

2. Shinzato T, Uema H, Inadome J, Shimoji K, Kusano N, Fukuhara H, et al. Bacteriological and clinical studies in 23 cases of thoracic empyema: the role of oral streptococci and anaerobes. Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi 1993;31:486-91.
3. Shinzato T, Saito A. The *Streptococcus milleri* group as a cause of pulmonary infections. Clin Infect Dis 1995;21(Suppl 3):238-43.
4. Shishido H, Watanabe K, Matsumoto K, Murakami K, Sato K. Primary purulent mediastinitis due to *Streptococcus milleri*. Respiration 1997;64:313-5.
5. Chow AW. Life-threatening infections of the head and neck. Clin Infect Dis 1992;14:991-1004.
6. Moghissi K, Pender D. Instrumental perforations of the oesophagus and their management. Thorax 1988;43:642-6.

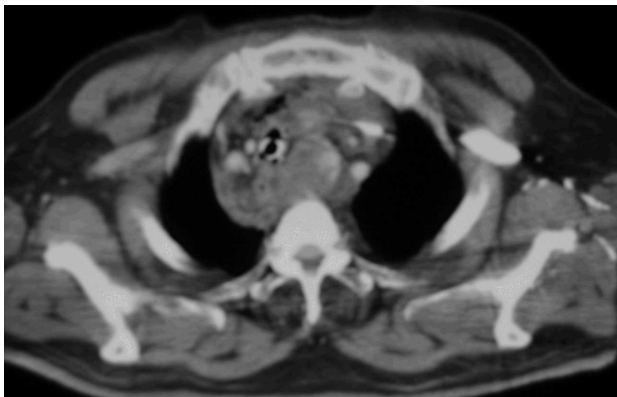


Fig. 1. Tomografía computarizada de tórax que evidencia desestructuración mediastínica.