

imagen porque la presión ejercida fue mayor en el lado izquierdo, lo que condujo a la compresión del neumotórax derecho, que quedó de manifiesto al resolverse el primero.

- Por último, podría haber habido una ventana pleural que comunicara los 2 espacios pleurales³. Dicha ventana podría ser de origen embrionario (por un defecto en la fusión de los pliegues pleuropericárdicos en la quinta semana del desarrollo), o bien una complicación de la cirugía toracocardiaca. De esta forma, en pacientes con neumotórax unilateral el aire, al fluir de un espacio al contralateral, causa un cuadro bilateral. Sin embargo, nuestro paciente presentaba bullas bilaterales, a diferencia de los casos con ventana pleural, en los que no se encuentra enfermedad en uno de los pulmones; pero, como en nuestro caso los defectos pleurales eran predominantemente izquierdos, cualquiera de las posibilidades antes descritas podría ser válida, incluida la ventana pleural.

Para el tratamiento quirúrgico de estos casos se indica efectuar una TAC de tórax⁴. De hecho, hay estudios que abogan por su realización en pacientes con neumotórax unilateral, a fin de determinar la presencia de bullas en ambos pulmones y el riesgo de recurrencia⁵. La TAC permite conocer la localización exacta del defecto pleural⁶ a fin de aplicar el tratamiento definitivo, para el cual la técnica de referencia es la bullectomía por videotoroscopia con abrasión pleural⁴.

En definitiva, el neumotórax bilateral espontáneo primario aún plantea dudas en cuanto a su etiología, que es necesario estudiar, con el fin de realizar un correcto tratamiento quirúrgico definitivo mediante videotoroscopia. Por ello, apoyamos la realización de la TAC torácica tanto en pacientes con neumotórax bilateral espontáneo primario como en aquéllos con neumotórax unilateral

espontáneo con colapso pulmonar, ante la sospecha de enfermedad pulmonar bullosa⁴.

Bibliografía

1. Lee SC, Cheng YL, Huang CW, Tzao C, Hsu HH, Chang H. Simultaneous bilateral primary spontaneous pneumothorax. *Respirol*. 2008;13:145-8.
2. Huang TW, Cheng YL, Tzao C, Hung C, Hsu HH, Chen JC, et al. Factors related to primary bilateral spontaneous pneumothorax. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;55:310-2.
3. Yamada S, Yoshino K, Inoue H. Simultaneous bilateral spontaneous pneumothorax with pleural window communicating with bilateral pleural spaces. *Ann Thorac Surg*. 2008;85:1434-6.
4. Rivas de Andrés JJ, Jiménez López MF, Molins López-Rodó L, Pérez Trullén A, Torres Lanzas J. Guidelines for the diagnosis and the treatment of spontaneous pneumothorax. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:437-48.
5. Sihoe AD, Yim AP, Lee TW, Wan S, Yuen EH, Wan IY, et al. Can CT scanning be used to select patients with unilateral primary spontaneous pneumothorax for bilateral surgery?. *Chest*. 2000;118:380-3.
6. Álvarez Kindelán A, Algar Algar FJ, Salvatierra Velázquez A, Baamonde Laborda C, López Pujol FJ. Neumotórax espontáneo primario masivo bilateral simultáneo. *Arch Bronconeumol*. 2002;38:339-40.

María del Pilar Guillén-Paredes*, Antonio Coll-Salinas y José Luis Aguayo-Albasini

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mapimed@hotmail.com (M.P. Guillén-Paredes).

doi:10.1016/j.arbres.2009.01.003

Absceso pulmonar por *Leuconostoc* spp. en un paciente no inmunodeprimido

Pulmonary Abscess Due to Leuconostoc Species in an Immunocompetent Patient

Sr. Director:

Leuconostoc spp. es una bacteria grampositiva, catalasa negativa, resistente a la vancomicina. A pesar de que su hábitat natural es la naturaleza, en ocasiones puede causar infecciones en humanos, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos un caso de absceso pulmonar por *Leuconostoc* spp. en un paciente sin factores de riesgo. En nuestro conocimiento, se trata del primer caso referido en la literatura médica en dicha localización¹.

Varón de 75 años, exfumador desde hacía 40 años (40 paquetes/año) y afectado de insuficiencia renal crónica (creatinina: 1,8 mg/dl; aclaramiento de creatinina: 27,6 ml/min) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica diagnosticada 10 años antes, en tratamiento con broncodilatadores. Ingresó por pérdida de unos 10 kg de peso en el último mes y tos con expectoración purulenta en los últimos 15 días sin acompañarse de fiebre. En la exploración física destacaba la presencia de crepitantes en el tercio inferior del hemitórax izquierdo, siendo el resto normal. Los datos de la analítica sanguínea fueron los siguientes: 15.600 leucocitos con un 82% de neutrófilos, hemoglobina de 11 g/dl, hierro de 50 µg/dl, transferrina de 122 mg/dl, saturación de transferrina del 32%, ferritina de 1.385 ng/ml con morfología normal y 65.000 plaquetas; proteína C reactiva de 18,22 mg/dl; valores normales de antígeno carcinoembrionario, CA 19/9 y alfafetoproteína. La gasometría

arterial, con fracción inspiratoria de oxígeno de 0,21, mostraba pH de 7,43, presión arterial de oxígeno de 80,9 mmHg, presión arterial de anhídrido carbónico de 34,2 mmHg y bicarbonato de 22,5 mM/l. En la radiografía de tórax y tomografía computarizada sin contraste intravenoso se observó una imagen parenquimatosa redondeada, de contornos bien definidos, unos 8 cm de diámetro y localización posterior en el lóbulo inferior izquierdo, con pequeño derrame pleural acompañante (figs. 1A y B).

El paciente inició tratamiento con levofloxacino (500 mg cada 12 h). El tercer día de ingreso se le practicó una fibrobroncoscopia que evidenció una disminución de calibre de los segmentos basales izquierdos y signos inflamatorios, sin tumoración endobronquial visible ni otros hallazgos. La citología del broncoaspirado y cepillado bronquial indicó extendido inflamatorio agudo, y en la biopsia transbronquial había metaplasia escamosa focal e inflamación crónica en la lámina propia, así como fragmentos de parénquima pulmonar con datos morfológicos indicativos de bronquiolitis obliterante/neumonía organizada. En el broncoaspirado y catéter telescópado protegido se observaron cocos grampositivos.

Se realizó una punción aspirativa con aguja fina y control radiológico de la lesión, con la obtención de 3 ml de pus maloliente, en cuyo cultivo creció un coco grampositivo identificado como *Leuconostoc* spp. sensible a penicilinas y cefalosporinas. Dicho microorganismo se aisló asimismo en el cultivo del broncoaspirado y catéter telescópado protegido.

El paciente presentó un pico febril el séptimo día de ingreso, siendo los hemocultivos negativos. Tras recibir el resultado del antibiograma se prescribió tratamiento con cefditoren pivoxilo (400 mg cada 12 h) durante 30 días, con lo que el paciente experimentó una mejoría clínica y resolución radiológica.

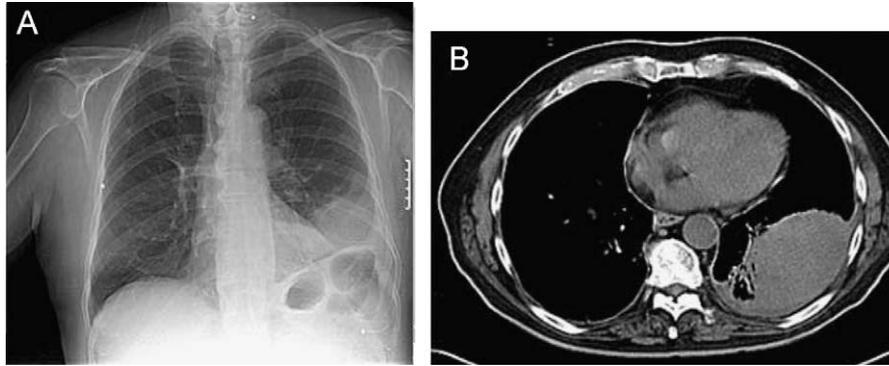


Figura 1. Radiografía de tórax (A) que muestra una imagen parenquimatosa redondeada, de 8 cm, contornos bien definidos y localización posterior en el lóbulo inferior izquierdo, con derrame pleural. Tomografía computarizada (B) que muestra un absceso pulmonar por *Leuconostoc* spp.

Leuconostoc spp. es un coco grampositivo, catalasa negativo y anaerobio facultativo, que forma parejas o cadenas y produce anhídrido carbónico a partir de la glucosa. Se caracteriza por ser resistente a la vancomicina y suele plantear problemas de diferenciación con otros patógenos (*Enterococcus*, *Lactococcus* spp. y *Streptococcus* grupo *viridans*). Para su identificación es importante recordar que es el único coco grampositivo, catalasa negativo, con negatividad a la pirrolidónil arilamidasa y la leucino aminopeptidasa, y resistente a vancomicina¹. Es un microorganismo ambiental que tiene una amplia distribución en la naturaleza. Se encuentra en la materia vegetal, vegetales verdes y raíces, que son su nicho ecológico, en productos lácteos y otros alimentos frescos, ya que se usa en la producción de vinos, quesos, lácteos y azúcares². Suele tener sensibilidad a penicilina, ampicilina, clindamicina, eritromicina y aminoglucósidos, y sensibilidad intermedia a cefalosporinas e imipenem¹. En ocasiones provoca infecciones en humanos, si bien las series publicadas son escasas y cortas^{3,4}. Es una bacteria oportunista que puede afectar a población de cualquier edad, aunque es más frecuente en recién nacidos y ancianos.

Se cree que como puerta de entrada desempeñan un papel importante la piel y el aparato digestivo. Puede producir bacteriemia, infección asociada a catéter, meningitis, infección del tracto urinario, osteomielitis y compromiso hepático, entre otros^{3,4}. En pocas ocasiones produce afectación pleuropulmonar, y en este sentido se ha descrito un caso de neumonía en un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana⁵ y un empiema pleural en un paciente inmunodeprimido⁶. Hasta la fecha no se ha documentado ningún caso de absceso pulmonar en paciente no inmunocomprometido.

Como factores de riesgo para una infección por este agente se han descrito el uso de catéteres venosos centrales, el empleo previo de vancomicina, la insuficiencia hepática, la insuficiencia

renal crónica con hemodiálisis, grandes quemados y alteraciones de la inmunidad. No se ha registrado mortalidad asociada a dicha bacteria.

La peculiaridad de nuestro caso radica en que el paciente no presentaba ninguna alteración de la inmunidad ni factores de riesgo para infección por este microorganismo. La importancia clínica de una infección por *Leuconostoc* spp. en pacientes no inmunocomprometidos no está clara, debido a la baja frecuencia de casos comunicados.

Bibliografía

1. Facklam R, Elliott JA. Identification, classification and clinical relevance of catalase-negative, gram positive cocci, excluding the streptococci and enterococci. *Clin Microbiol Rev.* 1995;8:479-95.
2. Hemme D, Foucaud-Scheunemann C. *Leuconostoc*, characteristics, use in dairy technology and prospects in functional foods. *Int Dairy J.* 2004;14:467-94.
3. Handwerker S, Horowitz KC, Kolokathis A, Wormser GP. Infection due to *Leuconostoc* species: six cases and review. *Rev Infect Dis.* 1990;12:602-10.
4. Carapetis J, Bishop S, Davis J, Bell B, Hogg G. *Leuconostoc* sepsis in association with continuous enteral feeding: two case reports and review. *Pediatr Infect Dis J.* 1994;13:816-23.
5. Giacometti A, Ranaldi R, Siquini FM, Scalise G. *Leuconostoc citreum* isolated from lung in AIDS patient. *Lancet.* 1993;342:622.
6. Borer A, Weber G, Avnon LS, Riesenber K, Alkan M. Pleural empyema caused by *Leuconostoc* spp. *Scand J Infect Dis.* 1997;29:311-2.

Ana Camarasa, Eusebi Chiner* y José Norberto Sancho-Chust

Sección de Neumología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chiner_eus@gva.es (E. Chiner).

doi:10.1016/j.arbres.2009.01.004

Ataxia aguda transitoria por lidocaína local durante la inserción de un catéter pleural

Acute transient ataxia caused by local lidocaine injection during insertion of a pleural catheter

Sr. Director:

El drenaje de la cavidad pleural mediante la inserción de un tubo o catéter intercostal es un procedimiento terapéutico común en derrames pleurales paraneumónicos complicados y empiemas.

Las complicaciones que pueden presentarse durante la colocación de un catéter torácico de pequeño calibre son escasas e incluyen dolor, cuadro vasovagal, hemorragia por lesión de vasos de la pared torácica o neumotórax¹. Rara vez se producen efectos adversos por la anestesia local, como en el caso que se expone.

Un varón de 46 años ingresó en el hospital por fiebre, tos y dolor pleurítico agudo en el lado izquierdo. Como único antecedente destacable presentaba diabetes mellitus tipo 1. Se detectó una condensación radiológica en la base pulmonar izquierda. Con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad se inició tratamiento empírico con ceftriaxona y azitromicina. A las 48 h