

pautado de corticoides más metotrexato, realizándose controles periódicos.

## Bibliografía

- Rybicki BA, Iannuzzi MC, Frederik MM, Thompson BW, Rossman MD, Bresnitz EA, et al. Familial aggregation of sarcoidosis. A case-control etiological study of sarcoidosis (ACCESS). *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;164:2085-91.
- Newman LS, Rose C, Bresnitz E, Rossman MD, Barnard J, Frederick M, et al., ACCESS Research Group. A case-control etiological study of sarcoidosis: environmental and occupational risk factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004;170:1324-30.
- Romero Gómez J, Martínez García S, Vera Casaño Á. Sarcoidosis en la infancia. *Piel.* 2003;18:306-12.
- Pattishall EN, Kendig Jr EL. Sarcoidosis in children. *Pediatr Pulmonol.* 1996;22:195-203.
- Merten DF, Kirks DR, Grossman H. Pulmonary sarcoidosis in children. *AJR Am J Roentgenol.* 1980;135:673-9.

- Baculard A, Blanc N, Boulé B, Fauroux B, Chedelat K, Bocconigbod L, et al. Pulmonary sarcoidosis in children: A follow-up study. *Eur Respir J.* 2001;17: 628-35.

Alicia Mesa Álvarez<sup>a,\*</sup>, Gonzalo Anes González<sup>a</sup> y Paloma Ruiz del Árbol Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alimesa76@hotmail.com](mailto:alimesa76@hotmail.com) (A. Mesa Álvarez).

doi:10.1016/j.arbres.2010.10.002

## Silicosis en trabajadores de conglomerados de cuarzo

### Silicosis in quartz conglomerate workers

Sr. Director:

Hemos leído la reciente publicación titulada *Silicosis, una enfermedad con presente activo* de la Dra. C. Martínez et al<sup>1</sup>. En primer lugar, queremos expresar nuestra coincidencia con las reflexiones de los autores y, para ello, aportar nuestra experiencia al respecto.

Desde julio de 2009 hasta febrero de 2010 hemos diagnosticado de silicosis a seis trabajadores pertenecientes a tres empresas de la misma localidad, expuestos al polvo generado por la manipulación de encimeras de cocina y sanitarios de conglomerados artificiales de cuarzo.

Todos los pacientes son varones y es destacable su juventud, con una media de edad de 29 años (rango: 26-37 años), y un corto periodo de exposición: entre 5 y 12 años (media: 9 años) (tabla 1), lo que nos podría indicar una alta toxicidad de estos materiales<sup>2</sup> o que las medidas preventivas no sean suficientes o no se estén llevando a cabo de forma adecuada.

En el estudio radiológico del tórax hemos encontrado un patrón intersticial micronodular de predominio en lóbulos superiores y adenopatías hiliares bilaterales muy compatibles con las imágenes típicas de la silicosis<sup>3</sup>. Estos hallazgos, junto con una alteración funcional restrictiva y una historia laboral de

exposición a polvo de sílice, nos parecen suficientes para el diagnóstico de silicosis<sup>4</sup>. En nuestros primeros cuatro casos, además, también realizamos una biopsia pulmonar, confirmándose un diagnóstico histológico de fibrosis intersticial compatible con neumoconiosis.

Creemos que el actual aumento de casos de neumoconiosis por exposición a sílice en pequeñas industrias dedicadas a piedras sintéticas ornamentales hace obligatorio un riguroso control de las medidas preventivas<sup>5</sup>, así como una búsqueda activa en trabajadores de estas industrias.

## Bibliografía

- Martinez C, Prieto A, Garcia L, Quero A, Gonzalez S, Casan P. Silicosis, una enfermedad con presente activo. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:97-100.
- Guía de Buenas Prácticas para la Elaboración de Silestone y Eco by Cosentino. Abril 2009. Silestone (Sede Web). Barcelona: Cosentino 2009 Health and Safety department. Guía de Buenas Prácticas para la elaboración de Silestone y Eco by Cosentino. Disponible en: <http://www.silestone.com/in/quality-certificate/good-practice-guide-manufacture-silestone-and-eco.pdf>. Acceso Diciembre 2010.
- Calvo J, Prieto A, Rivela M. Diagnóstico por imagen. Silicosis y neumoconiosis de los mineros del carbón. En: Martínez, C., editor. Editorial Ergon Manual de Neumología Ocupacional. Madrid, 2007;6:67-86.
- Glazer CS, Newman LS. Occupational interstitial lung diseases. *Clin Chest Med.* 2004;25:467-78.
- Silicosis y otras neumoconiosis. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2005.

**Tabla 1**

Características de los pacientes, hallazgos radiológicos y espirometría

	Edad/sexo	Tabaquismo	Exposición en años	Motivo de consulta	TAC de tórax/patrón radiológico	Espirometría
1	30 ♂	No fumador	11	Bronquitis	Micronodular difuso. Adenopatías hiliares	FVC: 74%. FEV <sub>1</sub> : 81%. FEV <sub>1</sub> %: 87%
2	37 ♂	No fumador	9	Revisión empresa	Micronodular campos superiores. Adenopatías hiliares	FVC: 61%. FEV <sub>1</sub> : 68%. FEV <sub>1</sub> %: 88%
3	25 ♂	No fumador	5	Bronquitis	Retículo-nodulillar difuso. Adenopatías hiliares y mediastínicas	FVC: 66%. FEV <sub>1</sub> : 77%. FEV <sub>1</sub> %: 92%
4	30 ♂	Exfumador	10	Revisión empresa	Micronodular difuso	FVC: 57%. FEV <sub>1</sub> : 51%. FEV <sub>1</sub> %: 71%
5	28 ♂	Exfumador	12	Revisión empresa	Micronodular difuso. Adenopatías hiliares	FVC: 63%. FEV <sub>1</sub> : 56%. FEV <sub>1</sub> %: 70%
6	26 ♂	No fumador	8	Revisión empresa	Micronodular campos superiores	FVC: 66%. FEV <sub>1</sub> : 72%. FEV <sub>1</sub> %: 85%

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; TAC: tomografía axial computarizada.

Cristina García Vadillo\*, Jesús Sánchez Gómez y José Romero Morillo

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mc.garcia.vadillo.sspa@juntadeandalucia.es (C. García Vadillo).

doi:10.1016/j.arbres.2010.09.005

## Neumonía necrotizante por *Finegoldia magna*

### *Necrotising pneumonia due to Finegoldia magna*

Sr. Director:

La neumonía necrotizante es una forma de infección del parénquima pulmonar que se caracteriza, desde el punto de vista radiológico, por la existencia de una condensación con múltiples cavitaciones menores de 1 cm. La distinción entre neumonía necrotizante y absceso pulmonar no tiene excesivo interés clínico, ya que a menudo representan distintos estadios evolutivos de un mismo proceso. Presentamos un caso de neumonía necrotizante por *Finegoldia magna* que, hasta donde sabemos, no ha sido descrito en la literatura debido, probablemente, a que es preciso utilizar técnicas especiales para la recogida de muestras que eviten la contaminación con flora de cavidad oral y permitan el aislamiento de microorganismos anaerobios.

Un varón de 54 años, ex fumador de 30 paquetes/año de cigarrillos hasta hace 10 años y bebedor de 100 g de etanol al día hasta hace 2 meses, consultó por tos con expectoración mucosa de 8 semanas de evolución, ocasionalmente hemoptoica, asociada inicialmente a fiebre e hiporexia, y acompañada de una disminución de peso no cuantificada. En la radiografía de tórax se observó un infiltrado en lóbulo inferior izquierdo con discreta pérdida de volumen. Se solicitaron 3 baciloscopias de esputo (que fueron negativas) y se pautó tratamiento con moxifloxacin (400 mg/día durante 7 días). Un mes más tarde no había mejoría radiológica, por lo que se realizó una TC torácica en la cual se observó una condensación heterogénea con pérdida de volumen en lóbulo inferior izquierdo, con pequeños neumatoceles en su interior, no asociada a masa hilar y acompañada de enfisema centroacinar en lóbulos superiores (fig. 1).

Se decidió ingresar al paciente porque en los 10 días previos había presentado hemoptisis cuantificada como leve. En la

exploración física destacó fiebre de 38,3 °C y una boca de aspecto séptico. Se practicó una broncoscopia en la que se observaron secreciones blanquecinas a la entrada del segmento 6 izquierdo. La amplificación de DNA de *Mycobacterium tuberculosis* resultó negativa. El cultivo ordinario fue informado como flora mixta orofaríngea y en la tinción Gram se observaron cocos grampositivos. Se obtuvo crecimiento de más de 1.000 ufc/ml de *Finegoldia magna* en la muestra recogida por catéter telescópico; el cultivo para hongos fue negativo. Se inició tratamiento con levofloxacino 500 mg durante 1 semana, evolucionando el paciente de forma favorable y siendo dado de alta a la semana del ingreso con amoxicilina/ácido clavulánico (2 g/12 h durante 8 semanas) a la vista del resultado del antibiograma. En la consulta externa, dos meses después, el paciente estaba asintomático, había ganado peso y se comprobó la resolución radiológica del cuadro.

La neumonía necrotizante y el absceso pulmonar comparten etiología microbiológica. Los gérmenes más frecuentemente implicados son anaerobios de la flora orofaríngea: *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium*; también flora mixta anaerobia y aerobia como *Streptococcus milleri* y *Staphylococcus aureus*<sup>1</sup>.

La *Finegoldia magna*, anteriormente llamada *Peptostreptococcus magnus*, es el coco grampositivo anaerobio más común seguido del *P. asaccharolyticus*<sup>2</sup>. Los *Peptostreptococcus* forman parte de la flora normal humana colonizando la piel, boca, tracto gastrointestinal, vagina y uretra y la infección puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, incluyendo cabeza, cuello, SNC, tórax, abdomen y pelvis<sup>3,4</sup>. Las condiciones predisponentes para la infección son la inmunodeficiencia, diabetes, tratamiento con esteroides, cirugía previa, neoplasias y otros<sup>5</sup>. El paciente descrito en este artículo era un bebedor, ex fumador y con mala higiene de la boca. El mejor método para obtener la muestra es mediante broncoscopia con cepillo protegido o lavado broncoalveolar. En la mayoría de los casos, la *Finegoldia* es sensible a múltiples antibióticos<sup>6</sup>: betalactámicos, quinolonas, vancomicina, lincosami-

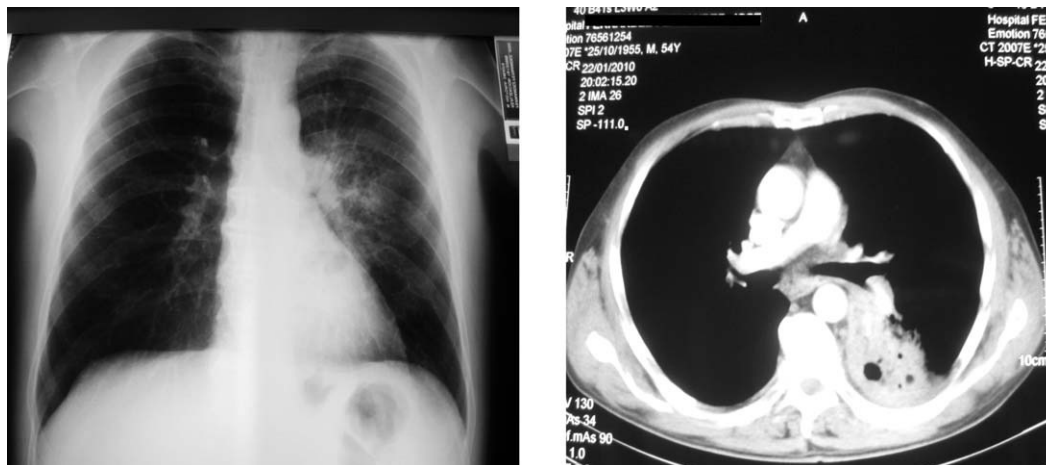


Figura 1. Radiografía de tórax y tomografía computarizada de tórax en las que se aprecia la presencia de una consolidación con cavitaciones en su interior, localizada en el lóbulo inferior izquierdo.