

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 moxifloxacino (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*¹.

La *Finegoldia magna*, anteriormente llamada *Peptostreptococcus magnus*, es el coco grampositivo anaerobio más común seguido del *P. asaccharolyticus*². 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^{3,4}. Las condiciones predisponentes para la infección son la inmunodeficiencia, diabetes, tratamiento con esteroides, cirugía previa, neoplasias y otros⁵. 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 antibióticos⁶: betalactámicos, quinolonas, vancomicina, lincosami-

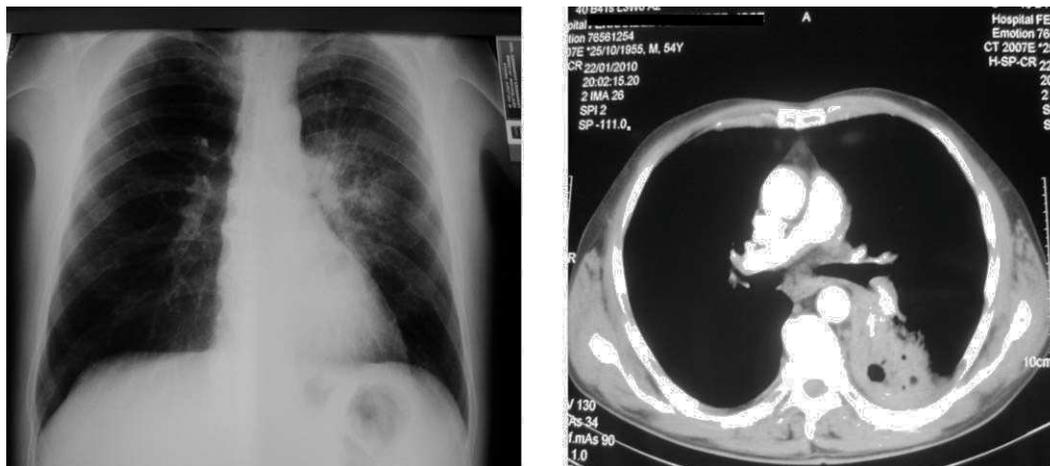


Figura 1. Radiografía de tórax y tomografía computarizada de tórax en las que se aprecia la presencia de una consolidación con cavitaciones en su interior, localizada en el lóbulo inferior izquierdo.

das, y sólo excepcionalmente es necesaria una intervención quirúrgica (drenaje del absceso, desbridamiento de tejido necrótico, descompresión).

En definitiva, la descripción de este caso permite añadir la neumonía necrotizante al espectro de infecciones clínicas que puede causar la *Finegoldia magna*.

Bibliografía

1. Takayanagi N, Kagiyama N, Ishiguro T, et al. Etiology and outcome of community-acquired lung abscess. *Respiration*. 2010;80:98-105.
2. Brook I. Recovery of anaerobic bacteria from clinical specimens in 12 years at two military hospitals. *J Clin Microbiol*. 1988;26:1181-8.
3. Bourgault A, Rosenblatt J, Fitzgerald R. *Peptococcus magnus*: a significant human pathogen. *Ann Intern Med*. 1980;93:244-8.
4. Finegold SM. *Anaerobic bacteria in human disease*. New York: Academic Press; 1977. p. 433.
5. Solen K, Matta M, Annie B, et al. Postoperative mediastinitis due to *Finegoldia magna* with negative blood cultures. *J Clin Microbiol*. 2009;12:4180-2.

6. Stein G, Schooley S, Tyrrell K, et al. Human serum activity of telithromycin, azithromycin and amoxicillin/clavulanate against common aerobic and anaerobic respiratory pathogens. *Int J Antimicrob Agents* Jan. 2007;29:39-43.

Gianina Emily Sedano Gómez^{a,*}, Luis A. Pérez de Llano^b y Julia Pita Carretero^c

^a Servicio de Geriátría, Hospital Xeral-Calde, Lugo, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Xeral-Calde, Lugo, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Xeral-Calde, Lugo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: g.emisg@hotmail.com (G. Emily Sedano Gómez).

doi:10.1016/j.arbres.2010.09.007

Tuberculoma pulmonar gigante: forma atípica de presentación de tuberculosis primaria en la infancia

Giant pulmonary tuberculoma: atypical form of presentation of primary tuberculosis in childhood

Sr. Director:

El tuberculoma constituye una forma de presentación muy infrecuente de la tuberculosis pulmonar (TBC-P)¹ en niños. Se trata de un nódulo o masa bien definido o localizado en el pulmón causado por *Mycobacterium tuberculosis*²⁻⁴. Presentamos un caso de tuberculoma gigante como forma de presentación de TBC-P primaria.

Se trata de un varón de 6 años sin antecedentes personales destacables y con historia familiar de TBC-P en abuela fallecida hacía dos años y madre y tías maternas tratadas exitosamente de TBC-P, sin sensibilidad conocida. Refería discreta pérdida de peso y anorexia en los últimos tres meses. Se realizó Mantoux que resultó positivo (20 mm) y radiografía anteroposterior de tórax (fig. 1A) que mostró una consolidación pulmonar en lóbulo medio con ensanchamiento paratraqueal derecho y una lesión enfisematosa en el hemitórax derecho. La TACAR pulmonar (fig. 1B-C) objetivó adenopatías mediastínicas derechas y una colección loculada bien delimitada de aspecto necrótico parcialmente calcificado, compatible con un tuberculoma pulmonar de gran tamaño (3,5 x 4 cm) e imágenes adyacentes de consolidación pulmonar con componente atelectásico en lóbulo inferior derecho y lóbulo medio y un enfisema lobar por efecto valvular endobronquial. Ante esta situación se instauró tratamiento de TBC-P con isoniazida (5 mg/kg/día), rifampizina (10 mg/kg/día) y pirazinamida (20 mg/kg/día) y se realizó exéresis del nódulo pulmonar mediante toracotomía. El

estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico. Tras la cirugía el paciente completó 6 meses de tratamiento antituberculoso, con evolución clínica-radiológica favorable.

El tuberculoma constituye uno de los nódulos pulmonares benignos más comunes. Representa el 5-24% de los nódulos solitarios pulmonares resecaados^{5,6}, con un tamaño que puede variar desde 1 a 10 cm de diámetro^{2,3,6}. Habitualmente se encuentran como nódulos simples^{3,5}, aunque nódulos múltiples no son infrecuentes⁵. Pueden incluir una cavidad o calcificación^{2,3,6} y sus márgenes son habitualmente lisos y afilados^{3,5}. Se localizan habitualmente en los lóbulos superiores^{2,3}. Aunque la TBC-P constituye el 80-90% de todas las infecciones de TBC, un tuberculoma pulmonar es una complicación infrecuente de la misma³, pudiendo constituir una manifestación tanto de la TBC primaria como postprimaria³. Histológicamente los tuberculomas constituyen una masa encapsulada por múltiples capas concéntricas de tejido conectivo sin inflamación ni propagación periférica³. Para su diagnóstico, con frecuencia es necesario recurrir a procesos invasivos tales como punción y aspiración o toracotomía abierta, debido a que pueden ir acompañados de procesos malignos³, tal como cáncer de pulmón⁵. En este sentido la TACAR pulmonar con contraste puede ser útil para la identificación de cáncer de pulmón y tuberculoma en la misma lesión y para valorar la actividad del tuberculoma⁵. El tratamiento se basa en antituberculosos, acompañados a veces de cirugía⁵. Durante el tratamiento antituberculoso, algunos tuberculomas bacilos negativos no disminuyen de tamaño e incluso aumentan, dificultando la toma de decisión de tratamientos alternativos⁴. La PET F-18 fluoro-2-deoxy-D-glucosa (FDG-PET) puede ser útil para monitorizar la respuesta a los antituberculosos⁴. Según el curso evolutivo, sin tratamiento los tuberculomas pueden ser progresivos, estables o regresivos³. En general la mayoría de los tuberculomas pulmonares reducen



Figura 1. A) Rx anteroposterior de tórax: muestra una consolidación pulmonar en lóbulo medio con ensanchamiento paratraqueal derecho y una lesión enfisematosa en el hemitórax derecho. B-C) TACAR pulmonar: muestra adenopatías mediastínicas derechas (C) y una colección loculada bien delimitada de aspecto necrótico parcialmente calcificada (flechas gruesas), de gran tamaño (3,5 x 4 cm), e imágenes adyacentes de consolidación pulmonar con componente atelectásico en lóbulo inferior derecho y lóbulo medio (flecha fina).