

de pared torácica supone uno de los aspectos más importantes de cara a mejorar en la actualidad el pronóstico de esta enfermedad.

**C. Hoyuela, X. Rodríguez Alsina y C. Marco**

Servicio de Cirugía General. Hospital Mútua de Terrassa. Universidad de Barcelona.

1. Askin FB, Rosai J, Sibley RK, Dehner LP, McAlister WH. Malignant small-cell tumor of the thoracopulmonary region in the childhood. A distinctive clinicopathologic entity of uncertain histogenesis. *Cancer* 1979; 43: 2.438-2.451.
2. Contesso GM, Llombart-Bosch A, Terrier P, Peydro-Olaya A, Henry-Amar M, Oberlin O et al. Does malignant small round cell tumor of the pulmonary region (Askin Tumor) constitute a clinicopathologic entity? An analysis of 30 cases with immunohistochemical and electron-microscopic support treated at Institute Gustav Roussy. *Cancer* 1992; 69: 1.012-1.020.
3. Fletcher JA, Kozakewich HP, Hoffer FA, Lage JM, Weidner N, Tepper R et al. Diagnostic relevance of clonal cytogenetic aberrations in malignant soft-tissue tumors. *N Engl J Med* 1991; 324: 436-442.
4. Takahashi K, Dambara T, Uekusa T, Nukiwa T, Kira S. Massive chest wall tumor diagnosed as Askin tumor. Successful treatment by intensive combined modality therapy in an adult. *Chest* 1993; 104: 287-288.
5. García Bargo E, Llibre Codina JM, Antón Antón I, Pujol Rovira R, Vidal A. Tumor maligno de la región toracopulmonar (tumor de Askin). ¿Estamos mejorando su pronóstico? *Neoplasia* 1995; 12: 35-38.
6. Sawin RS, Conrad III EU, Park JR, Waldhausen JHT. Pre-resection chemotherapy improves survival for children with Askin tumors. *Arch Surg* 1996; 131: 877-880.

### Empiema pleural por *Streptococcus agalactiae* en adultos sanos inmunocompetentes

**Sr. Director:** El estreptococo beta-hemolítico del grupo B (*Streptococcus agalactiae*) es un conocido agente causal de meningitis y sepsis neonatales, así como de infecciones puerperales. En los últimos años ha aumentado la incidencia de infecciones invasivas causadas por este germen, a expensas principalmente de los casos detectados en adultos no gestantes<sup>1</sup>. Así ha llegado a constituir un importante problema de salud en este grupo de población, particularmente en ancianos, en pacientes que reciben un tratamiento prolongado con esteroides y en aquellos con enfermedades crónicas<sup>2</sup>. En contrapartida, existen escasos registros de infecciones por este agente en individuos adultos sin enfermedad subyacente (MEDLINE 1987-1996).

Varón de 50 años de edad, sin antecedentes de interés, que atendimos recientemente en nuestro hospital. Refería un cuadro, de 3 días de evolución, de dolor en hemitórax izquierdo de características pleuríticas, junto con anorexia. En la exploración física presentaba fiebre (38,2 °C). En la auscultación pulmonar se objetivaba hipofonesis y disminución de la transmisión de las vibraciones vocales en la base pulmonar izquierda. En la analítica sanguínea destacaba la existencia de leucocitosis con neutrofilia. En la gasometría arterial basal se evidenciaba: pH 7,46; pCO<sub>2</sub> 36,3 mmHg; pO<sub>2</sub> 50,7 mmHg. La radiografía de tórax mostraba derrame pleural izquierdo. Se procedió a la realización de toracocentesis obteniendo un líquido de aspecto serohemático. El análisis del líquido pleural demostró la existencia de un exudado con predominio de mononucleares, encontrando en la citología signos indicativos de inflamación crónica. El examen microbiológico del fluido pleural permitió el aislamiento de *Streptococcus agalactiae*, sensible a penicilina y cefalosporinas; la tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes y el cultivo de Löwenstein fueron negativos. Otros tests realizados al paciente no mostraron alteraciones patológicas. Entre éstos se incluían: gammagrafía pulmonar, hemocultivos, determinaciones de anticuerpos para estudio de enfermedades autoinmunes, parámetros indicadores de función hepática y serologías virales, incluyendo serología para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El paciente fue tratado con cefalosporinas de segunda generación. Siguió una evolución favorable, tanto clínica como radiológica, llegando a la resolución completa del derrame pleural.

Se entiende por empiema la presencia de pus en la cavidad pleural y/o el hallazgo de una alta concentración de gérmenes en dicho espacio<sup>3</sup>. Entre los organismos que han sido reconocidos como agentes causantes de empiema se encuentran: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, y diversas bacterias anaerobias<sup>4,5</sup>. *Streptococcus agalactiae* raramente ha sido registrado como una causa de empiema. En un estudio reciente<sup>6</sup>, en el que se analizó la etiología del empiema pleural en 197 pacientes, el agente etiológico más frecuentemente hallado fue *Streptococcus pneumoniae*. En contrapartida, no se detectó ningún caso de empiema por *Streptococcus agalactiae*. Otras series, en las que se ha estudiado la incidencia de infecciones invasivas por este germen, han mostrado también una baja frecuencia de empiema pleural por esta especie de estreptococo. Así, Jackson et al<sup>7</sup> estudiaron 219 pacientes (todos ellos adultos no gestantes) con infección por *Streptococcus agalactiae*, encontrando la existencia de empiema pleural en sólo dos (0,9%). Posteriormente, Giménez et al<sup>1</sup> realizaron un estudio similar en 51 pacientes (incluyendo neonatos, mujeres en edad puerperal y adultos no gestantes), aislándose el

citado germen en el líquido pleural de únicamente 2 pacientes (3,9%).

En la mayoría de los casos de infecciones invasivas por *Streptococcus agalactiae*, se ha detectado la presencia de factores predisponentes. Entre éstas, se han descrito las siguientes: diabetes mellitus, neoplasias, enfermedades cardiovasculares, trastornos neurológicos, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, alcoholismo, abuso de drogas por vía parenteral e infección por el VIH<sup>7,8</sup>. Por este motivo, sometimos al paciente a una amplia batería de pruebas diagnósticas, en búsqueda de alguna condición de riesgo. Sin embargo, no se encontró ninguna. Para nuestro conocimiento es el primer caso de empiema pleural por *Streptococcus agalactiae* sin factor predisponente asociado (no hemos encontrado ningún caso en la revisión bibliográfica realizada, y que previamente hemos citado).

Concluimos que el empiema pleural por *Streptococcus agalactiae* no sólo afecta a adultos con enfermedades subyacentes, sino también a individuos adultos previamente sanos. Por este motivo debería ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de empiema pleural en este grupo de población.

**J. de Miguel Díez, J.M. Gómez Ocaña\* y J. A. Serrano Iglesias**

Servicio de Neumología.

\*Unidad de Medicina Familiar.

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

1. Giménez M, Sopena N, Viñado B, Cardona PJ, Pedro-Botet ML, Coroleu W et al. Infecciones invasivas por *Streptococcus agalactiae* en un hospital general universitario durante un período de 10 años. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1996; 14: 300-303.
2. Harrison LH, Ali A, Dwyer DM, Libonati JP, Reeves MW, Elliot JA et al. Relapsing invasive group B streptococcal infection in adults. *Ann Intern Med* 1995; 123: 421-427.
3. Bryant RE. Pleural effusion and empyema. En: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editores. *Mandel, Douglas and Bennett's. Principles and practice of infectious diseases*. (4.ª ed). Filadelfia: Churchill Livingstone, 1995; 637-641.
4. Wehr CJ, Adkins B. Empyema thoracics: a ten-years experience. *South Med J* 1986; 79: 171-176.
5. Brook I, Frazier EH. Aerobic and anaerobic microbiology of empyema. A retrospective review in two military hospitals. *Chest* 1993; 103: 1.502-1.507.
6. Bryant RE, Salmon CJ. Pleural empyema. *CID* 1996; 22: 747-764.
7. Jackson LA, Hilsdon R, Farley MM, Harrison LH, Reingold AL, Plikaytis BD et al. Risk factors for group B streptococcal disease in adults. *Ann Intern Med* 1995; 123: 415-420.
8. Colford JM, Mohle-Boetani J, Vosti KL. Group B streptococcal bacteriemia in adults. Five years' experience and a review of the literature. *Medicine* 1995; 74: 176-190.

**Premios SEPAR ARCHIVOS BRONCONEUMOLOGÍA 1997**

---

1.º Premio 300.000 ptas.

**El llamado derrame pleural maligno: una nueva revisión sobre aspectos directos extraídos mediante la pleuroscopia diagnóstica**

A. Cantó, A. Arnau, J. Galbis, E. Martín, R. Guijarro, A. Fernández, P. Martínez, M. Martorell, E. Pareja, R. García-Aguado, G. Rico

*Servicio de Cirugía Torácica, Anatomía Patológica y Anestesiología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.*

1.º Accésit 100.000 ptas.

**Evolución de los indicadores bibliométricos de producción y consumo de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA durante los últimos 20 años**

F. García Río, A. Dorgham, S. Serrano, J.G. Terreros Caro, R. Álvarez-Sala, C. Prados, J.L. Álvarez-Sala, J. Villamor

*Servicio de Neumología. Hospital La Paz y San Carlos. Madrid.*

2.º Accésit 100.000 ptas.

**Neumonía adquirida en la comunidad. Fiabilidad de los criterios para decidir tratamiento ambulatorio**

R. Zalacaín, M. Talayero, V. Achótegui, J. Corral, I. Barreña, V. Sobradillo

*Servicio de Neumología, Microbiología y Urgencias. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya.*

3.º Accésit 100.000 ptas.

**Niveles séricos de proteína catiónica del eosinófilo en pacientes con rinitis alérgica. Evolución tras tratamiento con corticoides**

F.J. Álvarez Gutiérrez, F. Valenzuela Mateos, J.A. Rodríguez Portal, R. Sánchez Gil, E. Tabernero Huguet, J. Castillo Gómez

*Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

4.º Accésit 100.000 ptas.

**Cumplimiento de las "recomendaciones SEPAR" sobre la espirometría**

J. Giner, P. Casan, M.A. Berrojalbiz, F. Burgos, V. Macián, J. Sanchís

*Unidad Función Pulmonar. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Servicio de Neumología. Hospital de Cruces y Clínic i Provincial de Barcelona. Laboratorio Función Pulmonar y Servicio Neumología. Hospital La Fe. Valencia.*

---

**Jornadas de patología ocupacional respiratoria**

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Sala d'actes del Pavelló Docent.

1-2 de diciembre de 1997.

Horario: día 1 mañana y tarde, día 2 mañana.

*Información e inscripciones:*

Sras. Rosa Llòria y Montse Murillo.

Servei de Pneumologia.

Hospital General Vall d'Hebron.

Passeig Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.

Tel.: (93) 274 61 57. Tel y fax: (93) 274 60 83

(horario de 8.00 a 15.00 h).

**XII Curso de Avances en Neumología Vall d'Hebron (1998)**

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Sala d'Actes del Pavelló Docent.

23-27 de febrero de 1998.

Horario: 23-25 tardes, 26 y 27 mañana y tarde.

*Información e inscripciones:*

Sras. Montse Murillo y Rosa Llòria.

Servei de Pneumologia. Planta baja.

Hospital General Vall d'Hebron.

Passeig Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.

Tel.: (93) 274 61 57. Tel y fax: (93) 274 60 83

(horario de 8.00 a 15.00 h).