

Empiema por *Propionibacterium acnes*

Sr. Director: Los microorganismos anaerobios son patógenos relativamente frecuentes, y por lo común subestimados, de las vías aéreas bajas. La infección inicial por lo general es una neumonía por aspiración, que de manera habitual es seguida por complicaciones supurativas que pueden incluir una necrosis del parénquima pulmonar (absceso) o una fístula broncopulmonar que da como resultado un empiema^{1,2}. Las bacterias anaerobias identificadas con mayor frecuencia en dichas infecciones son *Prevotella* spp., *Fusobacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp. y *Bacteroides* spp.^{3,5}. *Propionibacterium acnes* ha sido descrito en la bibliografía médica en contadas ocasiones como causante de infecciones pulmonares (< 5%)². Por lo infrecuente del cuadro describimos un caso ingresado en nuestro servicio.

Paciente de 48 años de edad, fumador y bebedor importante, que ingresó en urgencias por insuficiencia respiratoria aguda. Presentaba un cuadro de 15 días de evolución de fiebre, malestar general, tos y disnea progresiva con cianosis central y periférica. Al ingreso la gasometría arterial al aire ambiente fue: pO₂: 41 mmHg, pCO₂: 75 mmHg, saturación arterial de O₂ del 65% y pH: 7,23. El paciente fue intubado y conectado a ventilación mecánica ingresando en UCI. La analítica mostraba leucocitosis (20.000 leuc/mm³) con desviación izquierda (8 cayados), siendo el resto de parámetros bioquímicos y hematológicos normales. En la radiografía de tórax se observó una opacificación homogénea en hemitórax derecho y un derrame pleural izquierdo, con calcificación pleural e imagen compatible con neumotórax izquierdo. Se colocó un tubo de drenaje torácico izquierdo objetivándose un líquido purulento, de color achocolatado, espeso y sin olor pútrido. Drenó 1.320 ml en 3 h. Se pautó empíricamente piperacilina/tazobactam (4/0,5 g cada 8 h) y eritromicina (1 g/6 h). En el examen directo tras tinción de Gram del líquido pleural se observaron abundantes leucocitos polimorfonucleares así como bacilos grampositivos. La muestra se sembró en los medios habituales para gérmenes aerobios y anaerobios. En el medio de cultivo anaerobio crecieron bacilos grampositivos que, posteriormente, se identificaron como *Propionibacterium acnes*. Se realizó el antibiograma, siendo sensible a piperacilina/tazobactam, imipenem, cloramfenicol y resistente a metronidazol. El cultivo aerobio del líquido y los hemocultivos fueron negativos. El paciente presentó un síndrome de distrés respiratorio del adulto, necesitando ventilación mecánica durante 30 días. Tras 6 semanas de tratamiento antibiótico el empiema se resolvió.

Los microorganismos anaerobios pueden alcanzar el parénquima pulmonar a través de la vía respiratoria, de la sangre o por extensión directa a partir de territorios vecinos². Varios factores favorecen estas infecciones: 1) predisposición a la aspiración (alteraciones de la conciencia, interrupción mecánica de la

glotis, disfagia, boca séptica); 2) patología pulmonar (infarto pulmonar, bronquiectasias); 3) patología abdominal (absceso subfrénico), y 4) patología vascular (émbolos sépticos)^{3,5,6}.

El género *Propionibacterium*¹ comprende bacilos grampositivos, pleomórficos anaerobios o aereotolerantes. La especie más importante es *Propionibacterium acnes*, que forma parte de la flora normal de la piel y es la flora dominante en la parte anterior de la nariz. Es un contaminante habitual de hemocultivos y de otros líquidos orgánicos obtenidos por punción, aunque en ocasiones puede causar una bacteriemia verdadera y producir infecciones en distintas partes del organismo, sobre todo endoftalmítis, artritis, endocarditis, infecciones de *shunts* ventriculares o de prótesis¹. Sin embargo, como causante de infecciones pleuropulmonares ha sido descrito en raras ocasiones², dato ya citado en el trabajo de Marina et al⁴. En el cultivo anaerobio de muestras pulmonares suelen aislarse varios gémenes, siendo el aislamiento de un único patógeno excepcional⁵.

El diagnóstico de infección por gérmenes anaerobios exige el cultivo de muestras clínicas no contaminadas con secreciones orofaríngeas²: líquido pleural, aspirado transtraqueal, aspirado pulmonar transtorácico y catéter telescopado con cepillo protegido^{3,5}. El olor pútrido es una guía importante en el diagnóstico de estas infecciones⁵, aunque no siempre está presente. Para mejorar la sensibilidad de las pruebas diagnósticas es necesario que el paciente no haya recibido tratamiento antibiótico previo, así como una correcta manipulación y rápido traslado de las muestras al laboratorio².

El tratamiento del empiema pulmonar consiste en un drenaje adecuado y un tratamiento antibiótico que cubra los gérmenes anaerobios, siendo útiles varias pautas antibióticas: imipenem, cefoxitina, piperacilina/tazobactam, ampicilina/sulbactam, ticarcilina/clavulánico, metronidazol más penicilina⁶. La duración del tratamiento es controvertido, siendo conveniente mantenerlo hasta la resolución radiológica del proceso o un mínimo de 4-6 semanas^{2,6}.

Concluimos que *Propionibacterium acnes*, a pesar de ser considerado un contaminante habitual de líquidos obtenidos por punción, en ocasiones puede producir cuadros clínicos graves. En personas con factores predisponentes debemos pensar en los gérmenes anaerobios, como patógenos, al elegir la prueba diagnóstica y al pautar el tratamiento antibiótico empírico.

J.A. Martín González*,
P. Melero Almu*
y A. Merino Múgica*

*Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.
**Servicio de Microbiología Clínica.
Hospital de Basurto. Bilbao.

2. Mensa J, Trilla A. Infecciones respiratorias producidas por microorganismos anaerobios. En: García-Rodríguez JA, editor. Infecciones por anaerobios 100 años después. Madrid: 1994; 87-95.
3. Barlett JG. Anaerobic bacterial infection of the lung and pleural space. Clin Infect Dis 1993; 16 (Supl. 4): 248-255.
4. Marina M, Strong GA, Civen R, Molitoris E, Finegold SM. Bacteriology of anaerobic pleuropulmonary infections: Preliminary report. Clin Infect Dis 1993; 16 (Supl. 4): 256-262.
5. Vincent MT, Goldman BS. Anaerobic lung infections. Am Fam Physician 1994; 49: 1.815-1.820.
6. Ezpeleta C, Álvarez M, Rojo P, Cisterna R. Infecciones pleuro-pulmonares por anaerobios. En: García-Rodríguez JA, editor. Infecciones por anaerobios. Barcelona: Prous S.A., 1991; 75-91.

Síndrome de Lemierre: una enfermedad no olvidada

Sr. Director: El síndrome de Lemierre es una infección causada por *Fusobacterium necrophorum*, de aparición muy infrecuente, que se caracteriza por afectar a adultos jóvenes en los que da lugar a una infección orofaríngea seguida de sepsis y formación de abscesos metastásicos (casi siempre localizados en el pulmón). Discutimos un caso haciendo hincapié en la importancia de la broncoscopia para confirmar el diagnóstico e iniciar un tratamiento precoz y adecuado.

Una mujer de 18 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes de interés, fue ingresada en nuestro hospital por un cuadro de 48 h de evolución consistente en sensación distérmica, escalofríos, tos no productiva y dolor pleurítico en el costado izquierdo. Aproximadamente 15 días antes de su ingreso, había acudido a su médico de cabecera por presentar fiebre alta e intenso dolor faríngeo con incapacidad para deglutir alimentos sólidos. Se le pautó tratamiento con amoxicilina durante 4 días, lo que ocasionó una remisión parcial de la clínica hasta las 48 h previas al ingreso. En la exploración física destacaron una temperatura de 39 °C y la auscultación de semiología de derrame pleural izquierdo. El hemograma mostró leucocitosis (22.100 leucocitos/mm³) con neutrofilia. La VSG fue de 113 mm/1.^a h. En la radiografía de tórax obtenida al ingreso se observaron opacidades alveolares mal definidas, bilaterales, cavitadas, y una efusión pleural izquierda. Se obtuvo una muestra de líquido pleural que resultó ser un exudado estéril con 10.240 leucocitos/mm³ (el 95% de polimorfonucleares), un pH de 7,30 y un ADA de 8 U/l. El Mantoux realizado con 2URT23 fue negativo. En la baciloscopia de 3 muestras de esputo no se evidenciaron formas ácido-alcohol resistentes. Se obtuvieron hemocultivos (tres en medio aerobio y tres en anaerobio) en el momento en que la paciente fue ingresada y se repitieron en el cuarto día de estancia hospitalaria. Todos ellos resultaron estériles. Teniendo en cuenta que la paciente no presentaba signos clínicos de gravedad, se aplazó el inicio de tratamiento antibiótico hasta el se-

gundo día del ingreso. Previamente se indicó una broncoscopia en la que se visualizaron secreciones purulentas procedentes de ambos árboles bronquiales. Se obtuvo una muestra mediante catéter telescópico en la que se cultivó *Fusobacterium necrophorum* (10⁴ UFC/ml). En ese momento se comenzó tratamiento con clindamicina que se mantuvo durante 30 días al cabo de los cuales la paciente se encontraba asintomática.

En 1936 Lemierre describió un síndrome caracterizado por infección orofaríngea, sepsis y metástasis con o sin tromboflebitis séptica de la vena yugular¹. Estableció que el diagnóstico se podía predecir clínicamente cuando se encontraba la combinación de los siguientes elementos: persona joven y sana, historia de infección faringoamigdalal, fiebre y síntomas pulmonares. En la actualidad, con el uso extendido de antibióticos en infecciones faringoamigdalares, este síndrome es extremadamente raro², por lo que en algunas publicaciones se le ha calificado como "una enfermedad olvidada"^{3,7}. Aunque el síndrome de Lemierre es raramente fatal hoy día, puede dar lugar a complicaciones graves, incluso mortales, si no es correctamente diagnosticado y tratado. En todos los casos publicados hasta la fecha el diagnóstico de certeza se obtuvo mediante el aislamiento del germen causal (*Fusobacterium necrophorum*) en hemocultivos. Sin embargo, en el caso aquí expuesto, los hemocultivos resultaron negativos y el diagnóstico se logró mediante una muestra obtenida por catéter telescópico. Esto afirma el papel que la broncoscopia puede tener en el diagnóstico de esta rara entidad y su utilidad para descartar procesos infecciosos más frecuentes (tuberculosis, sepsis por *S. aureus*, etc.).

L.A. Pérez de Llano, J.L. Soilán del Cerro y A. Coira Nieto*

Unidad de Neumología. * Servicio de Microbiología. Hospital Xeral-Calde. Lugo.

- Lemierre A. On certain septicemias due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936; 1: 701-703.
- Sinave CP, Hardy GJ, Fardy PW. The Lemierre syndrome: suppurative thromboflebitis of the internal jugular vein secondary to oropharyngeal infection. *Medicine* 1989; 68: 85-94.
- Weesner CL, Cisek JE. Lemierre syndrome: the forgotten disease. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 256-258.
- Carlson ER, Bergamo DF, Coccia CT. Lemierre's syndrome: two cases of a forgotten disease. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 76-78.
- Koay CB, Heyworth T, Burden P. Lemierre syndrome: a forgotten complication of acute tonsillitis. *The Journal of Laryngology and Otolaryngology* 1995; 109: 657-661.
- Garrido JA, Ponte MC, Fernández Guerrero ML. Síndrome de Lemierre (sepsis post-tangina): una infección olvidada. *Med Clin* 1989; 93: 660-662.
- Dykhuizen RS, Olson ES, Clive S, Douglas JG. Necrobacillosis (Lemierre's syndrome): a rare cause of necrotizing pneumonia. *Eur Respir J* 1994; 7: 2.246-2.248.

Toracotomía anterior transesternal para el abordaje quirúrgico de la patología torácica bilateral

Sr. Director: La toracotomía anterior bilateral recientemente descrita no es una vía de abordaje quirúrgico torácico. Posiblemente su uso se ha difundido a raíz de la generalización de la técnica de trasplante pulmonar bilateral secuencial¹.

La mayor parte de las publicaciones médicas que tratan el problema del abordaje quirúrgico de lesiones bilaterales sugieren la esternotomía media como vía de acceso idónea. Sin embargo, en nuestra experiencia, la esternotomía media plantea dificultades técnicas importantes para la disección y extirpación satisfactoria de las lesiones de ambos lóbulos inferiores, especialmente el izquierdo.

Hemos revisado los registros clínicos de los pacientes intervenidos por patología torácica bilateral entre enero de 1994 y mayo de 1996 y seleccionado aquellos en los que la vía de abordaje elegida fue la toracotomía anterior bilateral. Los criterios para indicar esta incisión han sido: existencia de lesiones que consideramos poco accesibles por esternotomía media (preferentemente en lóbulos inferiores), adecuada colaboración del paciente con los ejercicios de fisioterapia respiratoria y espirometría preoperatoria dentro de los límites normales.

La intervención se llevó a cabo con el paciente en decúbito supino, en flexión dorsal del tronco, con los brazos elevados. Se realizaron dos toracotomías anteriores por cuarto o quinto espacio intercostal, ligadura de los vasos mamarios y sección esternal transversa. La analgesia postoperatoria se efectuó con morfina y bupivacaína por vía epidural. Además, se realizó profilaxis con heparina de bajo peso molecular, movilización precoz y espirometría incentivada.

Se revisó la presencia o ausencia de cualquier tipo de complicación postoperatoria, el tiempo de estancia hospitalaria (desde el ingreso para la intervención hasta el alta) y la existencia de complicaciones quirúrgicas tardías (incluyendo clínica de disnea de esfuerzo) en la revisión al mes de la intervención.

En la tabla I se muestran las características de los pacientes operados. La indicación en la mayoría de los casos (5 enfermos) fue la presencia de metástasis pulmonares de tumores extratorácicos. En un caso la intervención se efectuó por hidatidosis pulmonar en ambos

lóbulos inferiores y en otro caso por bronquiectasias sintomáticas, no tratables por otros métodos, en la lingula y el lóbulo medio. Todos los pacientes tenían un estudio funcional pulmonar (espirometría y gasometría arterial basal) normal. Uno de los enfermos (caso 5) había sido intervenido previamente en otro hospital de metástasis pulmonares por esternotomía media y toracotomía derecha.

En ningún caso se registraron complicaciones durante el ingreso de los pacientes ni en la revisión efectuada al mes del alta hospitalaria.

La estancia hospitalaria media fue de 7,7 días (rango: 5-9 días).

Además de utilizarse en el trasplante bilateral secuencial, el abordaje torácico por toracotomía bilateral y sección esternal transversa se ha descrito como vía de elección en cirugía cardíaca², extirpación de tumores mediastínicos^{3,4} y resección de metástasis pulmonares bilaterales^{4,5}. Aunque esta incisión ofrece una exposición magnífica de todas las estructuras torácicas, su uso es poco frecuente, al menos en nuestro medio. En la serie de enfermos que hemos presentado no se ha registrado morbilidad ni mortalidad a pesar de que hemos incluido casos de pacientes de más de 60 años.

Nuestra experiencia inicial nos permite recomendar esta vía de abordaje en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades torácicas bilaterales.

G. Varela y M. Jiménez

Sección de Cirugía Torácica.

Hospital Universitario de Salamanca.

- Patterson GA, Cooper JD, Goldman B, Weisel RD, Pearson FG, Waters PF, Todd TR et al. Technique of successful clinical double lung transplantation. *Ann Thorac Surg* 1988; 45: 626-633.
- Marshall WG Jr, Meng RL, Ehrenhaft JL. Coronary artery bypass grafting in patients with a tracheostomy: use of bilateral thoracotomy incision. *Ann Thorac Surg* 1988; 46: 465-466.
- Wright C. Transverse sternothoracotomy. *Chest Surg Clin North Amer* 1996; 6: 149-156.
- Bains MS, Ginsberg RJ, Jones WG, McCormack PM, Rusch VW, Burt ME et al. The clamshell incision: an improved approach to bilateral pulmonary and mediastinal tumor. *Ann Thorac Surg* 1994; 58: 30-32.
- Vogt-Moykopf I, Krysa S, Bülzbruck H, Schirren J. Surgery for pulmonary metastases. The Heidelberg experience. *Chest Surg Clin North Amer* 1994; 4: 85-112.

TABLA I
Características de los pacientes intervenidos

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tumor primitivo	Técnica	Estancia (días)
1	66	M	Metástasis	Sarcoma de útero	SA (5)	8
2	38	M	Metástasis	Sarcoma parostal	SA (2)	8
3	36	V	Metástasis	Sarcoma partes blandas	LM, SA (5)	9
4	67	M	Bronquiectasias	-	LM, Ling.	9
5	21	V	Metástasis	Sarcoma de Ewing	SA (3) Diaf.	5
6	18	V	Hidatidosis	-	SA	8
7	19	V	Metástasis	Tumor germinal de testículo	SA (8)	7

SA: segmentectomía atípica, entre paréntesis se indica el número de metástasis extirpadas; Diaf.: resección ampliada al diafragma; LM: lobectomía media; Ling.: lingulectomía.