



La existencia de complicaciones pulmonares sépticas tras el desarrollo de un foco de osteomielitis constituye un hecho excepcional, y la mayoría de casos recogidos en la literatura corresponden a niños con afectación de huesos largos por osteomielitis hematogena<sup>5,6</sup>. Se ha considerado de interés la comunicación del caso que nos ocupa no sólo por su rareza, sino por el hecho de haberse visto precedido de una circunstancia tan frecuente como es la aparición de un flemón dentario, capaz por sí solo de justificar la existencia de abscesos pulmonares piógenos.

La desaparición aparente de cualquier signo de infección en tejidos blandos paradentales en este paciente no hizo sospechar inicialmente que éste pudiera ser el foco primario y únicamente al final del estudio, tras haber descartado otros orígenes más frecuentes, se investigó la existencia de un posible foco de osteomielitis secundaria al proceso dental sufrido por el enfermo. La aparición de osteítis periodontal (foco de infección ósea en alvéolo periodontal) tras un flemón dentario puede pasar desapercibida si no se tiene un alto índice de sospecha y se utilizan técnicas de imagen adecuadas.

**E. Martínez Moragón, M. Pardo\***

y A. De Diego

Servicio de Neumología.

\* Servicio de Medicina Interna.

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

1. MacMillan JC, Milstein SH, Samsom PC. Clinical spectrum of septic pulmonary embolism and infarction. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 75:670-677.
2. Jaffe RB, Koschmann EB. Septic pulmonary emboli. *Radiology* 1970; 96:527-532.
3. Fred HL, Harle TS. Septic pulmonary embolism. *Chest* 1969; 55:483.
4. Adler DS. Nonthrombotic pulmonary embolism. En: Goldhaber SZ, editor. *Pulmonary Embolism and deep venous thrombosis*. Filadelfia: W.B. Saunders Company, 1985; 209-241.
5. Felman AH, Shulman ST. Staphylococcal osteomyelitis, sepsis, and pulmonary disease. *Radiology* 1975; 117:649-655.
6. Cryer PE, Kissane JM. Staphylococcal bacteremia, bone lesions and pulmonary emboli. *Am J Med* 1977; 62:390-396.

### Neumonía extrahospitalaria por *Neisseria meningitidis* en un adulto sano

**Sr. Director:** La neumonía por *Neisseria meningitidis* (NM) es un cuadro clínico reconocido desde hace más de 60 años y se considera habitualmente como una complicación metastásica de la bacteriemia por dicho germen. La clínica es superponible a la del resto de neumonías, con tos, dolor torácico y escafofríos, existiendo el antecedente de infección respiratoria en la mitad de los casos<sup>1,2</sup>.

La mayoría de los cuadros descritos corresponde a niños y adultos jóvenes, por lo que creemos interesante comunicar un nuevo caso de presentación en un adulto previamente sano.

Se trataba de una mujer de 66 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresó de urgencias por dolor en hemitórax izquierdo, expectoración hemoptoica y febrícula de 11 días de evolución. En el examen físico, la paciente se encontraba consciente y orientada con TA: 130/80 mmHg y temperatura axilar de 37,8 °C. No se observaron signos de focalidad neurológica. La auscultación pulmonar reveló una disminución del murmullo vesicular en bases de ambos campos pulmonares. Pruebas complementarias. En la radiografía de tórax se observó condensación parenquimatosa en segmento posterior de lóbulo superior derecho e imágenes sugestivas de múltiples adenopatías hiliares de predominio derecho. Hemograma, bioquímica plasmática y urinaria con sedimento, dentro de la normalidad. Ante la sospecha de tuberculosis o neoplasia y la negatividad de las baciloscopias seriadas, se practicó fibrobroncoscopia (FB) objetivándose únicamente signos inflamatorios agudos. Se tomaron muestras mediante cepillo protegido, aspirado bronquial, se realizó lavado broncoalveolar (BAL), y se aisló en todas ellas NM como germen único, no aglutinable por los antisueros A, B y C. La paciente había recibido tratamiento antibiótico con claritromicina desde su ingreso, con buena respuesta clínica; tras aislar el germen se asoció ceftriaxona (2 g/24 h, por vía intramuscular) durante un período de 10 días. En una TAC torácica de control se constató la resolución completa de las alteraciones radiológicas y la paciente fue dada de alta a los 15 días de su ingreso.

*Neisseria meningitidis* no es un patógeno habitual del tracto respiratorio inferior y sólo excepcionalmente es responsable de procesos neumónicos. Los casos descritos corresponden por lo general a neumonías en la comunidad, siendo excepcional su origen nosocomial<sup>3,4</sup>. Los serogrupos generalmente implicados son el Y<sup>2</sup> y el W135, aunque en ocasiones no son identificables con los antisueros disponibles, como en los casos comunicados por Rodríguez et al<sup>5</sup> y Tejada et al<sup>3</sup>, este último finalmente catalogado como subtipo P<sub>1</sub>9. Ya que en nuestra paciente la infección meningocócica se desarrolló en ausencia de signos clínicos de meningitis o síndrome de Waterhouse-Friderichsen, y no hubo antecedente de infección previa del tracto respiratorio superior, pensamos que nuestro caso corresponde a una neumonía meningocócica primaria, cumpliendo los criterios más rigurosos.

El espectro clínico de la infección por *Neisseria meningitidis* es amplio. La gravedad del proceso oscila entre cuadros fulminantes y otros paucisintomáticos al inicio; por ello, formas sutiles de presentación pueden conducir al retraso en la instauración del tratamiento<sup>2</sup>. El diagnóstico de neumonía por *Neisseria meningitidis* es arriesgado y si se basa exclusivamente en el cultivo de esputo, debido a la presencia de dicho germen en nasofaringe. El hemocultivo no suele ser rentable dada la existencia inusual de bacteriemia en este tipo de infección meningocócica, a excepción de los casos en pacientes inmunodeprimidos. Sin embargo, se ha descrito un caso asociado a hipogammaglobulinemia común variable<sup>6</sup>, en el que la infección pudiera estar facilitada al quedar impedida la

activación del complemento por la vía clásica. Los mejores resultados se obtienen con técnicas más agresivas como la FB con cepillo protegido, aspirado bronquial y BAL, tal como se hizo con nuestra paciente.

Por último, queremos destacar el inusual patrón de afectación radiológica de este caso, que motivó la realización de procedimientos diagnósticos invasivos, haciendo posible la determinación del agente causal.

**J. Naya Manchado, F. Sanjuan Portugal y J.M. Gascón Pelegrín\***

Servicio de Medicina Interna. <sup>a</sup> Servicio de Neumología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

1. Apicella MA. *Neisseria meningitidis*. En: Mandell GL, Douglas RG, Benet JE, editores. *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana S.A., 1991; 1.691-1.701.
2. Smilack JD. Group-Y meningococcal disease. Twelve cases at an army training center. *Ann Intern Med* 1974; 81:740-745.
3. Tejada Artigas A, Bello S, Chacón E. Un caso raro de neumonía nosocomial producida por *Neisseria meningitidis*. *Arch Bronconeumol* 1992; 28:206.
4. Rose HD, Lenz IE, Sheth NK. Meningococcal pneumonia. *Arch Intern Med* 1981; 141:575-577.
5. Rodríguez E, Martínez JA, Escofet C. Neumonía meningocócica en un adulto sano. *Arch Bronconeumol* 1989; 25:247.
6. Sala M, Hernández A, Calzada J, Gallés C. Hipogammaglobulinemia común variable y neumonía por *Neisseria meningitidis* serogrupo C. *Med Clin (Barc)* 1992; 98:198.

### Metástasis endobronquiales de tumores sarcomatosos

**Sr. Director:** La incidencia de infiltración neoplásica de una pared bronquial en los pacientes con carcinoma metastásico de pulmón es alta, si consideramos los casos secundarios a extensión directa a partir de un tumor parenquimatoso o un ganglio linfático comprometido, o la afectación difusa de la mucosa por una carcinomatosis linfagangtica. Sin embargo, la afección metastásica primaria endobronquial presenta una incidencia inferior al 5%<sup>1</sup>.

Las neoplasias extratorácicas que más frecuentemente producen estas metástasis son las mamas, colorrectales, renales y los melanomas malignos<sup>2</sup>. Ocasionalmente también se han descrito en otros tumores, tales como los uterinos, prostáticos o gástricos. Los sarcomas producen frecuentemente metástasis pulmonares, pero es raro que causen metástasis endobronquiales primarias, y resulta inusual encontrar su descripción en la literatura médica.

Se presentan 2 casos de tumores sarcomatosos (un sarcoma sinovial y un sarcoma pleomórfico de partes blandas) con afectación metastásica endobronquial primaria.

**Caso 1.** Varón de 32 años, no fumador, que presentaba cuadro de tos no productiva, fiebre y dolor torácico, junto con dolor de características mecánicas localizado en mu-



ñeca derecha. La exploración de la articulación carpiana mostraba una articulación inflamada y dolorosa a la movilización, y la auscultación pulmonar era normal. En la analítica destacaba una discreta elevación de la fosfatasa alcalina con una VSG de 112. En la radiografía de tórax se apreciaba un infiltrado de límites no precisos en lóbulo superior derecho con pérdida de volumen. Se practicó fibrobroncoscopia en la que se apreció una zona de infiltración neoplásica en la entrada del bronquio lobar superior derecho que se biopsió, correspondiendo a metástasis de sarcoma sinovial. La biopsia de la cápsula sinovial de la muñeca derecha confirmó el diagnóstico. A pesar del tratamiento quimioterápico el paciente falleció antes de un año tras presentar metástasis diseminadas.

*Caso 2.* Varón de 57 años, fumador de 20 cigarrillos/día, tosedor y expectorador habitual, que en una radiografía de tórax realizada para un estudio preoperatorio por una hernia inguinal mostró una imagen de condensación en lingula. En la analítica sólo destacaba una VSG de 64. La fibrobroncoscopia muestra una masa en bronquio lingular que se biopsió. La biopsia de la masa correspondía a un sarcoma pleomórfico de partes blandas. No se encontró la tumoración primaria, y a los 5 meses apareció una tumoración en brazo derecho que tras biopsiarse

mostraba el mismo diagnóstico anatomopatológico. El tratamiento quimioterápico consiguió una remisión parcial, pero un año después aparecieron metástasis cerebrales. El paciente falleció posteriormente.

Braman y Whitcomb<sup>1</sup>, en un estudio necrópsico, observaron una afección metastásica de las vías aéreas mayores en un 2% de los pacientes fallecidos por tumores extratorácicos. Aunque se han descrito casos de sarcomas uterinos y fibrosarcomas con metástasis endobronquiales<sup>3</sup>, no hemos encontrado en la literatura revisada ningún sarcoma de los tipos que describimos.

Habitualmente, el diagnóstico del tumor primitivo suele preceder al de la metástasis<sup>4</sup>, aunque en nuestros casos el diagnóstico del tumor primitivo ha sido simultáneo o posterior, y además la estirpe histológica de la metástasis viene a sugerir el origen del tumor primario.

La presentación clínica y radiológica de nuestros 2 pacientes sugería enfermedad de las vías aéreas mayores. Es de destacar que el cuadro clinicoradiológico no nos permitió suponer que se trataba de carcinomas metastásicos y no de un carcinoma broncogénico<sup>5</sup>. En consecuencia, podemos afirmar que la fibrobroncoscopia es una técnica útil en el diagnóstico de las metástasis pulmonares.

El pronóstico de este tipo de tumores<sup>6</sup>, cuando ya existen metástasis, es muy malo, como ocurrió en nuestros 2 casos, que presentaron diseminación metastásica generalizada, a pesar del tratamiento con quimioterapia.

**R. Garisa Rocha, E. Bazo Fernández y A. Sebastián Ariño**

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

1. Braman SS, Whitcomb ME. Endobronchial metastasis. Arch Intern Med 1975; 135:543-547.
2. Shepherd MP. Endobronchial metastatic disease. Thorax 1982; 37:362-365.
3. Flynn KJ, Kim H-S. Endobronchial metastasis of uterine leiomyosarcoma. JAMA 1978; 240:2.080-2.084.
4. Cantera Maortua JM, Torres Nieto MA, Sacristán López MV et al. Metástasis endobronquiales. Presentación de 7 casos. Arch Bronconeumol 1992; 28:375-377.
5. Trinidad S, Lisa JR, Rosenblatt MB. Bronchogenic carcinoma simulated by metastatic tumors. Cancer 1963; 16:1.521-1.524.
6. Vezeridis MP, Moore R, Karakouskis CP. Metastatic patterns in soft tissue sarcomas. Arch Surg 1983; 118:915-919.