

## BIBLIOGRAFIA

1. Derrick EH. Q fever, new fever entity: clinical features, diagnosis and laboratory investigation. *Med J Austral* 1937; 2:281:299.
2. Montejo M, González de Zárate P, Aguirre C. Fiebre Q. Estudio de 102 pacientes. *Anales de Medicina Interna*. XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna; Salamanca, 7-9 junio 1984.
3. Geddes AM. Q fever. *Br Med J* 1983; 287:927-928.
4. Hellin T, Bouza E, Casimir L, Fewer M, González Sainz J, Moreno A. Fiebre Q aguda: experiencia en 23 casos. *Med Clin (Barc)* 1981; 77:1-7.
5. Ellis ME, Smith CC, Moffat MAJ. Chronic or fatal Q fever infection: a review of 16 patients seen in north east Scotland (1967-1980). *Q F Med* 1983; 205:54-66.
6. Torres Salinas M, Bruguera M, Cabrera J, Rodés J. Hepatitis por fiebre Q. *Gastroenterol y Hepatol* 1978; 1:230-232.
7. Connolly JH. Q fever in Northern Ireland. *Br Med J* 1968; 1:547-552.
8. Tuazon CV, Murray HW. Atypical pneumonias. En: Pennington JE ed. *Respiratory infections: diagnosis and management*. Raven Press 1983; 251-267.
9. Ascher MS, Berman MA, Ruppner R. Initial clinical and immunologic evaluation of a new phase 1 Q fever vaccine and skin test in humans. *J Infect Dis* 1983; 148:214-222.

## Un caso de actinomicosis pulmonar

**Sr. Director:** Dentro de la patología infecciosa que afecta al parénquima pulmonar, la actinomicosis representa un porcentaje mínimo. Esta infrecuencia hace que no se piense en ella, por lo que pocas veces figura entre las posibilidades diagnósticas de un enfermo que se presenta con una lesión pulmonar y una historia de deterioro crónico del estado general. Hemos tenido ocasión de estudiar un caso de actinomicosis pulmonar en forma de neumonía necrotizante con afectación de la pared torácica y masa de partes blandas que pasamos a comentar.

Varón de 57 años de edad, fumador de 40 paquetes/año y bebedor de 140 g de etanol diarios. Cuatro meses antes del ingreso, tras una importante ingesta etílica, sufre una pérdida de conciencia. A partir de entonces comienza con tos, expectoración mucopurulenta. En el último mes presenta dolor en el hemitórax derecho, astenia, anorexia, pérdida de peso, sensación febril y aparición de una masa axilar derecha dolorosa. En la exploración destaca el mal estado general, la desnutrición y el mal estado higiénico de la cavidad oral. En axila derecha tiene una masa de unos 5 cm dura y adherida a planos profundos. La auscultación pulmonar revela un soplo bronquial en el tercio superior del hemitórax derecho. Se palpa una hepatomegalia a 4 cm de la arcada costal. Tiene 28.000 leucocitos con neutrofilia, Hb 9 g %, VSG 88 mm a la primera hora. El estudio bioquímico general fue normal. La investigación de BAAR negativa y el Mantoux con 2 U de PPD de 8 mm. Una radiografía de tórax (fig. 1)

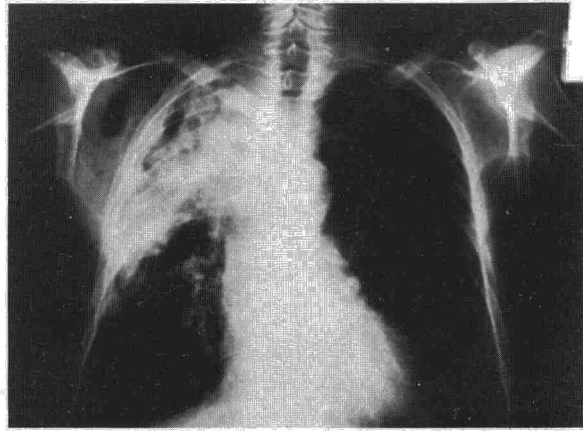


Fig. 1. Rx: Neumonía necrotizante con imágenes aéreas axilares.

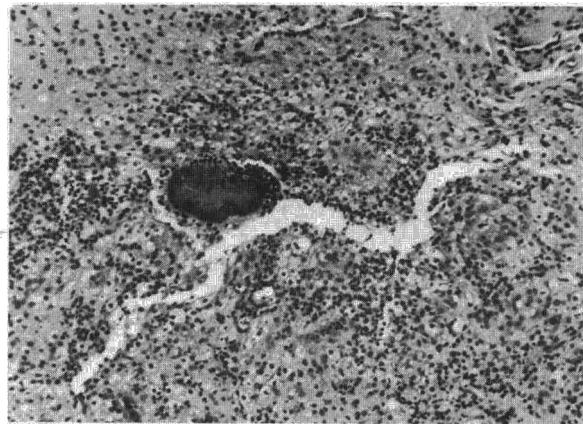
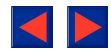


Fig. 2. Gránulo actinomicótico. (HE x 40).

demonstró una condensación parenquimatosa en LSD con cavitación e imágenes aéreas múltiples en las partes blandas axilares. En la fibrobroncoscopia no se vio masa endobronquial y sólo había una mucosa de tipo inflamatorio en el bronquio del LSD. La biopsia de la mucosa evidenció una metaplasia escamosa sin evidencia de malignidad. Ecográficamente el hígado era grande con un parénquima homogéneo. Se hizo una biopsia de la masa axilar en la que se encontró un tejido fibroadiposo con inflamación crónica granulomatosa, gran proliferación de vasos y presencia de varios abscesos actinomicóticos (fig. 2). Se comenzó tratamiento con 20 millones de unidades diarias de penicilina por vía i.v. durante 3 semanas, seguida de penicilina por vía oral. Cuatro meses más tarde el paciente estaba asintomático y radiológicamente no había rastro de lesiones activas.

La actinomicosis es producida por unas bacterias anaerobias Gram positivas que debido a su aspecto ramificado fueron clasificadas previamente



dentro del grupo de los hongos. *Actinomyces israelii* es el responsable de un 90 % de los casos de actinomicosis<sup>1-3</sup>. La localización más frecuente es la cervicofacial (50 % de los casos), a la que siguen la abdominal preferentemente en el área cecal y la torácica (15-30 %). Dentro de esta última tan sólo el 10-20 % de los casos tiene extensión a pleura o pared costal<sup>4</sup>. Para algunos autores la actinomicosis representa una afección polibacteriana<sup>2,5</sup> en la cual otras bacterias anaerobias de la cavidad oral podrían tener un papel en la patogenia de la actinomicosis tanto localizada como generalizada. En este sentido se ha encontrado asociado *Actinobacillus actinomycetemcomitans* que incluso se ha aislado en lesiones metastásicas<sup>5</sup>.

Como factores predisponentes destaca la mala higiene dental, el alcoholismo y la aspiración secundaria a la pérdida de conciencia<sup>2,6</sup>, datos todos presentes en nuestro caso cuya sintomatología tuvo una clara relación temporal con la pérdida de conciencia.

La sintomatología se manifiesta de forma insidiosa, compatible con un proceso infeccioso crónico o neoplásico y se caracteriza por tos productiva de un esputo purulento, fiebre y un cuadro constitucional inespecífico. Analíticamente se suele observar leucocitosis y anemia de proceso crónico. Radiológicamente se ve afectación pulmonar y de la pared torácica ya que la actinomicosis no suele respetar las fronteras anatómicas,

aunque esto también puede verse en la tuberculosis y en la nocardiosis.

El tratamiento de elección es la penicilina, inicialmente por vía parenteral a dosis altas, para pasar posteriormente a un régimen oral durante períodos prolongados de tiempo. Alternativas útiles a la penicilina pueden ser la eritromicina, tetraciclinas o clindamicina<sup>5</sup>.

**J. Marco Such, J. Collazos González  
y C. Pérez Barba**

Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Provincial de Alicante.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Case Records of the Massachusetts General Hospital. Case n.º 27-1978. N Engl J Med 1978; 299:85-92.
2. Lerner PI. Actinomyces and Arachnia species. En: Principles and Practice of Infectious Diseases. Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE (eds). New York, John Wilkey & Sons 1985; 1427-1433.
3. Morales Ballesteros JM, Palacios Rojos JJ, De La Morena, J et al. Actinomicosis de partes blandas asociada a lesión pulmonar. Arch Bronconeumol 1984; 21:84-86.
4. Canseco JF, Rico Blázquez J, López Pujol et al. Actinobacteriosis torácica a propósito de un caso. Arch Bronconeumol 1977; 13:200-202.
5. Case Records of the Massachusetts General Hospital. Case 45-1983. N Engl J Med 1983; 309:1171-1178.
6. Fraser RG, Pare JA. Actinomicosis. En: Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Ed. Salvat. Barcelona 1982; 860-862.