

**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<sup>1,2</sup>. Las bacterias anaerobias identificadas con mayor frecuencia en dichas infecciones son *Prevotella* spp., *Fusobacterium* spp., *Peptoestreptococcus* spp. y *Bacteroides* spp.<sup>3,5</sup>. *Propionibacterium acnes* ha sido descrito en la bibliografía médica en contadas ocasiones como causante de infecciones pulmonares (< 5%)<sup>2</sup>. 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: pO<sub>2</sub>: 41 mmHg, pCO<sub>2</sub>: 75 mmHg, saturación arterial de O<sub>2</sub> 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/mm<sup>3</sup>) 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 vecinos<sup>2</sup>. 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)<sup>3,5,6</sup>.

El género *Propionibacterium*<sup>1</sup> 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 prótesis<sup>1</sup>. Sin embargo, como causante de infecciones pleuropulmonares ha sido descrito en raras ocasiones<sup>2</sup>, dato ya citado en el trabajo de Marina et al<sup>4</sup>. En el cultivo anaerobio de muestras pulmonares suelen aislarse varios gérmenes, siendo el aislamiento de un único patógeno excepcional<sup>5</sup>.

El diagnóstico de infección por gérmenes anaerobios exige el cultivo de muestras clínicas no contaminadas con secreciones orofaríngeas<sup>2</sup>: líquido pleural, aspirado transtraqueal, aspirado pulmonar transtorácico y catéter telescopado con cepillo protegido<sup>3,5</sup>. El olor pútrido es una guía importante en el diagnóstico de estas infecciones<sup>5</sup>, 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 laboratorio<sup>2</sup>.

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 penicilina<sup>6</sup>. La duración del tratamiento es controvertido, siendo conveniente mantenerlo hasta la resolución radiológica del proceso o un mínimo de 4-6 semanas<sup>2,6</sup>.

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.

1. Barlett JG. Bacterias anaerobias: conceptos generales. En: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, editores. Enfermedades infecciosas, principios y práctica (3.ª ed.). Buenos Aires: E. Médica Panamericana, 1993; 1.933-1.948.

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/mm<sup>3</sup>) 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/mm<sup>3</sup> (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-