

(2): 126-127.

8. Figueroa J, Andreoni J, Densen P. Complement deficiency states and meningococcal disease. *Immunol Res* 1993; 12 (3): 295-311.
9. Biselli R, Casapolo I, D'Amelio R, Salvato S, Matricardi PM, Brai M. Antibody response to meningococcal polysaccharides A and C in patients with complement defects. *Scand J Immunol* 1993; 37 (6): 644-650.

Empiema pleural por *Gemella morbillorum*

Sr. Director. *Gemella morbillorum* es un coco grampositivo microaerófilo que forma parte de la flora normal del tubo digestivo y del tracto urogenital. Se ha descrito como causa de endocarditis, meningitis, artritis séptica y sepsis¹. Presentamos un caso de empiema causado por *G. morbillorum*.

Se trata de un paciente de 75 años que ingresó por fiebre y deterioro del estado general de dos semanas de evolución. Entre sus antecedentes destacaban una fibrilación auricular crónica y un ictus isquémico del territorio carotídeo izquierdo, quedando como secuelas una hemiplejía derecha, afasia mixta y disfagia. A la exploración física destacaba una semiología de derrame pleural derecho. La radiografía de tórax reveló la presencia de un infiltrado en la base derecha pulmonar con derrame pleural. Una toracocentesis dio salida a un líquido de aspecto turbio con los siguientes parámetros: pH 7,15; proteínas 62 mg/dl; glucosa 6 mg/dl; leucocitos 1.400/mm³ (87% polimorfonucleares); LDH 2.510 U/l; ADA 34 U/l. El cultivo del líquido pleural en agar-sangre para anaerobios fue positivo para un coco grampositivo, anaerobio, agrupado en cadenas, que formaba colonias alfa-hemolíticas, catalasa negativa y optoquina resistente. El microorganismo fue identificado por el sistema API 20 Strep (BioMérieux, Francia) como *G. morbillorum*. El microorganismo era sensible a penicilina, vancomicina, imipenem y gentamicina. Se procedió a la colocación de un tubo de drenaje pleural y se inició tratamiento antibiótico con imipenem, que posteriormente se sustituyó por amoxicilina-ácido clavulánico (1g/8 horas iv). A pesar de que una ecografía torácica evidenció signos de tabicación pleural, se desestimó la intervención quirúrgica dado el estado basal del paciente. Se mantuvo tratamiento intravenoso con amoxicilina-ácido clavulánico durante 4 semanas, y por vía oral durante 6 semanas más. En un control a los 3 meses del ingreso el paciente estaba afebril y había recuperado su estado basal; en aquel

momento una radiografía de tórax evidenció una mínima afección parenquimatosa en la base derecha, sin evidencia de derrame pleural.

G. morbillorum, previamente conocido como *Streptococcus morbillorum* tiene un espectro de infecciones similar al de los estreptococos del grupo *viridans*, habiéndose implicado fundamentalmente en casos de endocarditis subaguda². De hecho, no es infrecuente que se confunda con un estreptococo del grupo *viridans* debido a su lento crecimiento en agar sangre y a que puede producir alfa-hemólisis². En la revisión de la literatura mediante MEDLINE sólo hemos encontrado descritos tres casos de empiema por *G. morbillorum*³⁻⁵. Habitualmente se reconoce un factor predisponente para el desarrollo de la infección, como cirugía colónica o dental, o una deficiente higiene bucal^{3,6,7}. En nuestro paciente el empiema se originó probablemente a partir de la aspiración de las secreciones orofaríngeas. Aunque la broncoaspiración no ha sido reconocida anteriormente como un factor predisponente a infecciones por *G. morbillorum*, esta hipótesis parece la más plausible dados los antecedentes del paciente y el hábitat natural el microorganismo.

El tratamiento óptimo de las infecciones por *G. morbillorum* no está bien definido. En casos de endocarditis se ha sugerido que el tratamiento debería consistir en la combinación de un agente β -lactámico con un aminoglucósido, reservando la vancomicina para las cepas resistentes a la penicilina⁸. Los empiemas asociados a neumonía aspirativa suelen ser polimicrobianos, y los microorganismos aislados con mayor frecuencia son anaerobios comensales de la orofaringe, bacilos gramnegativos y estreptococos del grupo *viridans*. Ante la sospecha de un empiema mixto nuestro paciente recibió tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico. Sin embargo, la conducta más racional, si se confirma la naturaleza monomicrobiana de la infección es el tratamiento con penicilina G sódica. En cualquier caso, el drenaje de cualquier foco supurativo debe considerarse prioritario. En nuestro paciente decidimos prolongar el tratamiento antibiótico a 10 semanas debido a que el drenaje del empiema fue incompleto.

Joan Josep Canet, Raquel Hernández, Pedro Almagro y Javier Garau

Servicio de Medicina Interna. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona

Bibliografía

1. Debast SB, Koot R, Meis JFGM. Infections caused by *Gemella morbillorum*. *Lancet* 1993; 342: 560.
2. Kilpper-Bälz B, Schleifer KH. Transfer of *Streptococcus morbillorum* to the Genus *Gemella* as *Gemella morbillorum* comb. Nov Int J Syst Bact 1988; 38: 442-443.
3. García del Busto, Moreno R, Pardo F, Ferrándiz A. Empiema causado por *Gemella morbillorum*. *Med Clin (Barc)* 1994; 42-43.
4. da Costa CTKA, Porter C, Parry K, Morris A, Quoraishi AH. Empyema thoracis and lung abscess due to *Gemella morbillorum*. *Eur J Clin Microb Infect Dis* 1996; 15: 75-77.
5. Marcos Sánchez F, Celdrán Gil J, Árbol Linde F, Caballero Sánchez-Robles L. Empiema pleural por *Gemella morbillorum* de evolución favorable. *An Med Interna (Madrid)* 2000; 17: 112-113.
6. Maxwell S. Endocarditis due to *Streptococcus morbillorum*. *J Infect* 1989; 18: 67-72.
7. La Scola B, Raoult D. Molecular identification of *Gemella* species from three patients with endocarditis. *J Clin Microb* 1998; 36: 866-871.
8. Vasishtha S, Isenberg HD, Sood SK. *Gemella morbillorum* as a cause of septic shock. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 1.084-1.086.

Bacteriemia por *Campylobacter jejuni*: a propósito de 2 casos

Sr. Director. *Campylobacter jejuni* es una de las causas más frecuentes de diarrea bacteriana aguda, sin embargo, la bacteriemia por este microorganismo es poco frecuente^{1,2}. Se calcula que menos del 0,5% del total de los aislamientos de este microorganismo proceden de hemocultivos³. Aunque la bacteriemia puede ocurrir en pacientes sanos tras un cuadro de gastroenteritis aguda, es mucho más frecuente en pacientes inmunodeprimidos y con alteraciones hepáticas^{1,2,4}. Describimos 2 casos de bacteriemia por *C. jejuni* detectados recientemente en nuestro hospital.

Caso 1. Varón de 75 años con antecedentes de etilismo y gastrectomía por úlcus sangrante que consultó por astenia, artromialgias, sensación febril, tos y disnea progresiva de 10 días de evolución. No refería sintomatología digestiva salvo un episodio diarreico, autolimitado, los días previos. El paciente había tomado ambulatoriamente amoxicilina-ácido clavulánico y cefuroxima por vía oral con escasa mejoría. A su llegada a Urgencias el paciente impresionaba por su gravedad, estaba febril y taquipneico. En la analítica sanguínea destacaba leucocitosis de 18.880 células/mm³ y elevación de las enzimas hepáticas (GGT: 216 UI/l y F. alcalina: 563 UI/l). En la radiografía de tórax no se observaban consolidaciones. Se recogieron muestras de sangre y orina y se inició tratamiento