

por la forma de presentación atípica de *P. propionicum* en un paciente afectado de caries dental.

Se trataba de un niño de 12 años de edad que acudió al servicio de urgencias de pediatría por presentar una tumoración en la rama izquierda submandibular de una semana de evolución. Como antecedentes personales de interés destacaba una infección dentaria en el primer molar izquierdo 2 semanas antes de la aparición de los síntomas. En la exploración física actual presenta fiebre de 38,7 °C y una tumefacción en región submaxilomentoniana izquierda, dolorosa a la palpación. En la analítica destaca la presencia de 15.600 leucocitos/ml, con 82% de neutrófilos. En la ecografía cervical aparece una lesión nodular hipoecoica y heterogénea submaxilomentoniana izquierda de 2,3 1,8 cm de tamaño, compatible con adenofleñón. Se realiza punción y drenaje, obteniéndose un líquido achocolatado que se envía al laboratorio de microbiología, donde se siembra en los medios de cultivo habituales para aerobios y anaerobios. Se instaura tratamiento antibiótico con cloxacilina 500 mg/8 h por vía oral durante 7 días. A las 72 h de incubación se observan colonias en cultivo puro en las placas de agar sangre y agar Schaedler incubadas en anaerobiosis. En la tinción de Gram se visualizan como bacilos grampositivos no esporulados y en disposición de "letras chinas". Se identifican bioquímicamente mediante el sistema Api 20 A (bioMérieux), obteniéndose la presencia de *P. propionicum* con el 98% de fiabilidad. Se realizó antibiograma mediante el sistema de difusión en disco/placa y se obtiene sensibilidad para penicilina, amoxicilina-ácido clavulánico, piperacilina-tazobactam, clindamicina e imipenem. Se instaura un nuevo tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg/6 h durante 10 días y el paciente evoluciona favorablemente, resolviéndose el absceso.

P. propionicum es un bacilo grampositivo o gramvariable, anaerobio, aunque puede crecer en microaerofilia, inmóvil y no formador de esporas. Originalmente fue descrito como *Actinomyces propionicus* por ser indistinguible fenotípicamente de otras especies de actinomicetos. Posteriormente se denominó *Arachnia propionica* y, en 1988, se clasificó definitivamente como *P. propionicum*². No se encuentra de forma libre en la naturaleza ni se han descrito hasta ahora infecciones por transmisión de persona a persona. Considerada una

bacteria saprofita de la cavidad oral, participa en infecciones endógenas, produciendo actinomicosis y canalculitis del conducto lagrimal. También se han descrito de forma esporádica casos de absceso pulmonar, renal y pericarditis exudativa en pacientes inmunodeprimidos^{3,4}.

Al ser un agente productor de actinomicosis igual que *Actinomyces spp.*, ha sido poco estudiado desde el punto de vista fisiopatológico. En la bibliografía revisada en Medline no se hace referencia a sus características antigenicas, factores de agresividad o capacidad de invasión de tejidos. Se piensa en esta enfermedad cuando aparece a través de las fistulas o drenajes los "gránulos de azufre", expresión de un conglomerado de bacterias y pus, junto con el crecimiento de colonias "con forma de muelas". Si bien los cultivos deben incubarse hasta 2 semanas (el 60% de ellos son positivos entre los días 10 y 14), existe una forma de presentación atípica en forma de colonias de crecimiento rápido (2-3 días), circulares, de color blanquecino, opacas y brillantes. El tratamiento se basa en el drenaje de los abscesos, desbridación quirúrgica y penicilina durante 2-4 semanas.

En nuestro caso, la aparición del absceso puede ser consecuencia de la infección dentaria o de su manipulación para tratarla. La premura del diagnóstico, realizado al cuarto día de incubación, se debió a la forma de presentación atípica. No se produjeron fistulas ni invasión de tejidos adyacentes, por lo que el drenaje del absceso inicial y el tratamiento antibiótico fue suficiente para la desaparición de la infección. El empleo de cloxacilina fue como tratamiento empírico. Una vez realizada la identificación microbiológica se cambió por amoxicilina-ácido clavulánico porque la absorción oral de cloxacilina es baja y, además, se evita la administración intramuscular domiciliaria de penicilina. Cabe pensar que fue la pronta instauración del tratamiento lo que impidió que el absceso inicial evolucionara hasta la forma de actinomicosis, si bien no se puede aseverar debido a la falta de estudios fisiopatológicos detallados en esta forma de presentación atípica.

Con respecto a las pruebas de sensibilidad de los antimicrobianos frente a las bacterias anaerobias, los métodos aprobados por el National Committee for Clinical Laboratory Standards de Estados Unidos son la dilución en agar y dilución en caldo⁵. Ambos métodos son laboriosos, lentos de realizar y con un coste económico

Adenofleñón submaxilar por *Propionibacterium propionicum*. Forma de presentación atípica

Sr. Editor: Existe una gran cantidad de bacterias anaerobias que colonizan al ser humano, principalmente en el tracto digestivo, aparato genital femenino y la piel. Una de estas localizaciones es la cavidad bucal, donde conviven de forma saprofita bacterias aerobias, anaerobias facultativas y anaerobias estrictas¹. Las bacterias anaerobias generalmente presentan un bajo poder patógeno, afectan a pacientes con patologías de base importantes (diabetes, infección por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], inmunosupresión por quimioterapia) y forman parte de una flora mixta junto a bacterias aerobias. Uno de estos microorganismos es *P. propionicum*, agente productor de actinomicosis en pacientes con infecciones dentales, traumatismos o cirugía de la cavidad oral y canalculitis del conducto lagrimal.

Presentamos el caso de un adenofleñón submaxilar producido

elevado, por lo que están limitados a centros de investigación, donde el análisis de un gran número de microorganismos hacen posible que se puedan seguir unos patrones de susceptibilidad para la realización de tratamiento empírico. Sin embargo, no todas las bacterias anaerobias tienen patrones predecibles de sensibilidad, por lo que se deben realizar antibiogramas en aquellos casos en los que no responden al tratamiento empírico, en infecciones graves, tratamientos prolongados o en bacterias poco frecuentes donde no hay antecedentes clínicos claros en los que basar las decisiones terapéuticas^{6,7}.

Finalmente, cada vez es más frecuente diagnosticar infecciones producidas por anaerobios de bajo poder patógeno, o que formen parte de la flora habitual del hombre⁸, por lo que tanto el clínico como el microbiólogo deberían estudiar todas las opciones posibles antes de descartar una etiología infecciosa desconocida.

Miguel Fajardo^a,
María del Mar Marcos^b,
Javier Blanco^a y Tomás Orgaz^a

^aSección de Microbiología.

Hospital Universitario Perpetuo Socorro.

^bSección de Neurología.

Hospital Universitario Infanta Cristina.

Badajoz. España.

Bibliografía

1. Chow AN. Infectious of the oral cavity, neck, and head. En: Mandell LG, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone, 1995; p. 593-606.
2. Charfreitag O, Collins MO, Stachebrandt E. Reclassification of *Arachnia propionica* on *Propionibacterium propionicum* comb. Nov Int J Syst Bacteriol 1988;38:354-75.
3. Dworniczek E, Mordarska H, Bizuniak I, Smogor W, Szklarz E. Anaerobic *Propionibacterium* in opportunistic infection. Med Dosw Mikrobiol 1993;45: 219-22.
4. Brazier JS, Hall V. *Propionibacterium propionicum* and infections of the lacrimal apparatus. Clin Infect Dis 1993;17:892-3.
5. NCCLS: Methods for antimicrobial susceptibility testing of anaerobic bacteria. Approved standard. Vol 13. n.º 26, 3rd ed. Villanova: National Committee for Clinical Laboratory Standards, 1993.
6. Finegold SM. The National Committee for Clinical Laboratory Standard Working Group on Anaerobic Susceptibility Testing: Susceptibility testing of anaerobic bacteria. J Clin Microbiol 1988;26:1253-6.
7. Finegold SM. Anaerobes: Problems and controversies in bacteriology, infections, and susceptibility testing. Rev Infect Dis 1990;12:S223-30.
8. Fajardo M, Soria R, Blanco J, Sánchez R, Pérez C. Absceso submentoniano por *Lactobacillus acidophilus/jensenii*. Acta Otorrinolaringológica Española 2002;53:791-3.