

Absceso mamario y sepsis con origen en infección oral



Breast abscess and sepsis arising from oral infection

Streptococcus intermedius es una bacteria comensal. Sin embargo, con la mejora de la sensibilidad de las técnicas de laboratorio se ha identificado que constituye un germen patógeno importante en el ser humano. Se ha aislado en pacientes con periodontitis o con infecciones purulentas mortales, que metastatizan a diferentes órganos¹.

Presentamos el primer caso de infección oral con afectación de la glándula mamaria en una mujer sana de 60 años con una mala higiene dental. Este caso de empiema de desarrollo rápido e invasivo, con afectación del cuello, la pared torácica y la mama, nos llevó a examinar la necesidad de realizar sistemáticamente pruebas para identificar la etiología oral.

Una mujer de 60 años fue ingresada en el servicio de urgencias con unos antecedentes de 3 semanas de fiebre, tumoración infraclavicular derecha, aumento del tamaño de la glándula mamaria derecha y dolor irradiado al brazo derecho y al cuello. Había perdido peso (en una cantidad no especificada). La paciente había tomado diclofenaco y dexketoprofeno como antipiréticos, con una buena respuesta.

En el momento de su ingreso, la paciente presentaba un síncope y hematemesis. Esa noche se le diagnosticó una úlcera péptica (probablemente relacionada con el empleo de antipiréticos durante las semanas previas) y fue tratada mediante endoscopia.

Los análisis de sangre mostraron la presencia de un recuento leucocitario de $21.830 \times 10^9/l$ y una hemoglobina de 114 g/l.

Una vez tratada la úlcera, la paciente continuó presentando fiebre y dolor en el cuello y el brazo derecho durante los 5 días siguientes, hasta que se realizó una tomografía computarizada a causa del deterioro de su estado. En ella se observaron múltiples abscesos conectados entre sí que afectaban a la parte derecha del cuello (fig. 1) y a la pared anterior del tórax, la articulación esternoclavicular, el mediastino superior y la mama derecha (fig. 2).

En ese momento, la paciente presentaba un recuento leucocitario de $16.200 \times 10^9/l$ y una hemoglobina de 85 g/l.

Tras obtener estos resultados, se indicó una intervención quirúrgica.

Se utilizó un abordaje multidisciplinario y se hallaron múltiples abscesos contiguos al ir bajando del cuello a la pared

torácica y la mama derecha. Se realizaron múltiples incisiones para evacuar el contenido purulento (fig. 3). Se revisó la integridad fascial, y se descartó la posibilidad de una mediastinitis necrosante descendente².

A los 5 días de la operación, se aisló *Streptococcus intermedius* en los cultivos. El tratamiento antibiótico empírico había sido ya efectivo.

Los análisis de sangre se normalizaron y los síntomas desaparecieron, con lo que la paciente fue dada de alta 14 días después de la operación.

Hasta hoy, la paciente continúa estando asintomática, con la excepción de los problemas dentales, que continúan sin haberse resuelto.

La infección odontógena (IO) es la que tiene su origen en los dientes o los tejidos periodontales. Aunque las IO son a menudo localizadas y autolimitadas, en algunos casos muy poco frecuentes pueden extenderse y constituir un riesgo para la vida del paciente.

En la literatura se han descrito múltiples complicaciones graves de la IO³, como la trombosis de seno cavernoso, angina de Ludwig, empiema torácico, absceso cerebral⁴, meningitis y septicemia, sinusitis y osteomielitis maxilar, mediastinitis, fascitis necrosante, absceso causante de compresión en las



Figura 1 – Abscesos del cuello. Espacios paratraqueales y pretraqueales afectados.



Figura 2 – Absceso mamario comunicado con el mediastino superior.



Figura 3 – Incisiones múltiples para drenar un absceso mamario.

vías aéreas⁵, absceso orbital, absceso de la vaina carotídea y tromboflebitis yugular, pleuritis y otros procesos relacionados con la bacteriemia, la toxemia causada por los patógenos y la respuesta autoinmunitaria inducida⁶.

Los pocos casos descritos de IO con un componente abdominal están relacionados normalmente con una bacteriemia derivada de focos dentales, e incluyen abscesos hepáticos, suprarrenales y retroperitoneales e incluso abscesos debidos a una continuidad por planos anatómicos a través del diafragma⁵.

Este es, por el momento, el primer caso en el que se describe una infección mamaria originada en la cavidad oral, en una paciente anteriormente sana.

Hay 3 posibles vías fasciales que pueden constituir un trayecto para una abscesificación que pase del cuello al tórax: la vía retrofaríngea y retroesofágica, la vía perivascular y la vía pretraqueal (el plano anatómico involucrado en nuestro caso)⁵. Además, hay también otros mecanismos como la diseminación linfática o hematológica que se han descrito para la extensión de *Streptococcus intermedius*⁷. De todos modos, no podemos descartar la posibilidad de que el absceso pudiera haberse originado en una implantación aislada y una posterior abscesificación de focos sépticos aislados. Su conexión de forma descendente y los antecedentes de una mala higiene dental respaldan la teoría de un mecanismo de vía fascial más que de una bacteriemia que causara abscesos tras un primer foco único.

Los antecedentes de dolor dentario, falta de higiene dental y el aislamiento de *Streptococcus intermedius* apuntan a un origen oral. Las complicaciones de las IO tienen una incidencia baja, pero no deben descartarse nunca⁴, ya que, como en nuestro caso, pueden poner en peligro la vida del paciente. Se requiere un equipo multidisciplinario para desbridar y drenar los diferentes abscesos en estos casos. El origen oral debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la fiebre de origen desconocido, los tumores y abscesos del cuello, tórax y mama, incluso en pacientes previamente sanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maliyil J, Caire W, Nair R, Bridges D. Splenic abscess and multiple brain abscesses caused by *Streptococcus intermedius* in a young healthy man. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2011;24:195-9.
2. Nizami S, Mohiuddin K, Mohsin-e-Azam, Zafar H, Memon MA. Necrotizing fasciitis of the breast. Breast J. 2006;12:168-9.
3. Arias-Chamorro B, Contreras-Morillo M, Acosta-Moyano A, Ruiz-Delgado F, Bermudo-Anino L, Valiente-Alvarez A. Multiple odontogenic abscesses. Thoracic and abdominopelvic extension in an immunocompetent patient. Med Oral Patol Oral y Cir Bucal. 2011;16:e772-5.
4. Clifton TC, Kalamchi S. A case of odontogenic brain abscess arising from covert dental sepsis. Ann R Coll Surg Engl. 2012;94:e41-3.
5. Freeman RK, Vallières E, Verrier ED, Karmy-Jones R, Wood DE. Descending necrotizing mediastinitis: An analysis of the effects of serial surgical debridement on patient mortality. J Thorac Cardiovasc Surg. 2000;119:260-7.
6. Jiménez Y, Bagán JV, Murillo J, Poveda R. Odontogenic infections. Complications. Systemic manifestations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004;(9 Suppl):S143-147.
7. Iskandar SB, Al Hasan MA, Roy TM, Byrd RP. *Streptococcus intermedius*: An unusual cause of a primary empyema. Tenn Med. 2006;99:37-9.

Juan José Segura-Sampedro^{a,b,*}, Rosa Jiménez-Rodríguez^a, Violeta Camacho-Marente^a, Felipe Pareja-Ciuró^a y Javier Padillo-Ruiz^a

^aUnidad de de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^bUnidad de de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: segusamjj@gmail.com

(J.J. Segura-Sampedro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.05.007>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.