

crecimiento de bacilos gramnegativos no fermentadores⁴.

En resumen, la preincubación de frascos de hemocultivos por períodos máximos de 10 horas no afectó la capacidad de detección de frascos positivos en el sistema Bact/Alert 3D, obteniéndose mejores resultados preincubando los mismos a 35°C en vez de a temperatura ambiente.

Esther Ceballos, Luis Martínez-Martínez, Marina de Cueto, María Jesús Clavijo y Álvaro Pascual

Departamento de Microbiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Bibliografía

- Spanjaard L, Kuijper EJ, Dankert J. Clinical comparison of two commercial blood culture systems. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000; 19: 881-885.
- Nolte FS, Williams JM, Jerris RC, Morello JA, Leitch CD, Matushek S, et al. Multicenter clinical evaluation of a continuous monitoring blood culture system using fluorescent-sensor technology (BACTEC 9240). *J Clin Microbiol* 1993; 31: 552-577.
- Fernández F, Pascual A, Clavijo MJ, Perea EJ. Efecto de la preincubación de frascos de hemocultivos en la detección de crecimiento bacteriano por el sistema Bactec 9240. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1997; 15: 563-564.
- Klaerner HG, Eschenbach U, Kamereck K, Lehn N, Wagner H, Miethke T. Failure of an automated blood culture system to detect non-fermentative gram-negative bacteria. *J Clin Microbiol* 2000; 38: 1.036-1.041.

Piomiositis por *Fusobacterium necrophorum*

Sr. Director. *Fusobacterium necrophorum* es causante de la necrobacilosis o síndrome de Lemierre, entidad descrita por primera vez en 1936¹, como un grave cuadro de origen faringoamigdal, con tromboflebitis de la vena yugular interna y metástasis sépticas a distancia. Éstas aparecen fundamentalmente en pulmón y articulaciones, aunque también se han descrito en endocardio, hueso, meninges y partes blandas². Sin embargo, la piomiositis es una complicación excepcional, con un número muy reducido de publicaciones al respecto³⁻⁶. Describimos el caso de una miositis en región torácica por *Fusobacterium necrophorum* en un paciente diabético sin evidencia de afectación orofaríngea, pero con el antecedente de haber sido intervenido quirúrgicamente poco antes por una hemorragia digestiva alta.

Se trata de un paciente varón de 54 años que presentaba como antecedentes personales de interés diabetes en tratamiento con insulina y hepatopatía crónica etílica. Un mes antes del ingreso actual había estado hospitalizado por una sepsis por *Escherichia coli* y un episodio de hemorragia digestiva alta grave secundaria a *ulcus* duodenal que precisó hemotransfusión y una laparotomía explorada.

Tras ser dado de alta notó la aparición, de forma progresiva, de una tumoración en región subescapular izquierda, con febrícula y dolor a la palpación y a la movilización.

En la exploración física el paciente estaba afebril, no se palpaban adenopatías ni presentaba signos de dolor o inflamación en el cuello. La cavidad orofaríngea era normal. En la región dorsal izquierda, a nivel subescapular, existía una masa de 15-20 cm, fluctuante, sin signos inflamatorios externos, dolorosa levemente a la palpación. El resto de la exploración mostraba datos compatibles con hepatopatía crónica sin ascitis.

En la analítica destacaba: leucocitos $29.000 \times 10^6 / l$ (93% segmentados), hemoglobina (Hb) 9,6 g/dl, actividad de protrombina 65%, y discreta elevación de las transaminasas. Tres hemocultivos fueron negativos. La radiografía de tórax fue normal sin evidencia de infiltrados ni nódulos. Una ecografía de la zona mostraba zonas hipodensas compatibles con absceso de pared. La tomografía axial computarizada (TAC) confirmó la presencia de una colección líquida de partes blandas, de baja densidad, con paredes que captaban contraste, extendiéndose por la musculatura adyacente sin afectación ósea (fig. 1). Se realizó drenaje y desbridamiento de la colección, obteniendo material purulento, iniciando tratamiento

antibiótico con amoxicilina-clavulánico y clindamicina, con mejoría significativa de la situación general del paciente. Se mantuvo afebril durante el ingreso. Ante el crecimiento de colonias en el cultivo para anaerobios, la muestra fue remitida a laboratorio de microbiología de referencia, identificándose como *F. necrophorum*. La evolución del paciente fue satisfactoria, precisando nuevo drenaje una semana después del anterior.

F. necrophorum es un bacilo gramnegativo, anaerobio obligado, inmóvil, que forma parte normal de la flora de la orofaringe, tracto gastrointestinal y genitourinario de animales y hombres. Es el causante de la necrobacilosis o síndrome de Lemierre, descrito por primera vez en 1936¹. Se caracteriza, generalmente, por una infección de origen orofaríngeo, con tromboflebitis de la vena yugular interna y abscesos metastásicos a distancia, con mayor frecuencia en el pulmón y articulaciones². El pulmón se afecta en un 85% de los casos en forma de infiltrados necróticos bilaterales con derrame pleural, empiema o abscesos cavitados. Las articulaciones se afectan en un 26% de los casos, y de forma más rara pueden aparecer embolias sépticas en hígado, huesos, endocardio y meninges. La miositis como manifestación de la enfermedad por *F. necrophorum* en las muestras obtenidas por punción³. Karanas et al presentan otro enfermo de similares características, con afectación de caderas y región glútea⁴. También se han descrito casos de afectación cervical con origen de la infección en el

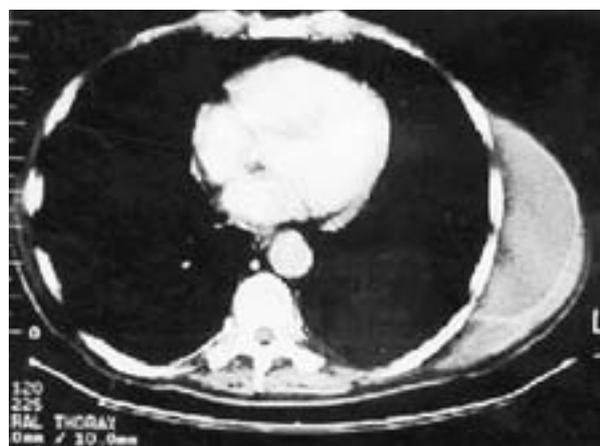


Figura 1. Tomografía axial computarizada: colección torácica izquierda con afectación de partes blandas y extensión a musculatura adyacente, sin compromiso óseo, compatible con absceso.

seno maxilar⁵. En la mayoría de los casos publicados, la miositis se presentó asociada a otras características típicas del síndrome de Lemierre, como dolor de garganta, fiebre alta o infiltrados pulmonares. En nuestro caso, la manifestación única de infección por *F. necrophorum* fue el desarrollo del absceso muscular, lo que lo convierte en un caso excepcional. También se han descrito piomiositis por *F. nucleatum*^{7,8}.

Se desconoce el mecanismo por el cual el *Fusobacterium* invade las mucosas, provocando la infección. Una reducción de las defensas por infección vírica o bacteriana puede ser el desencadenante. La mononucleosis infecciosa parece predisponer al síndrome de Lemierre^{2,9}. Uno de los focos de entrada es el tracto gastrointestinal, pudiendo actuar como desencadenante de la infección una intervención quirúrgica. Este podría ser el caso de nuestro paciente, que durante la evolución del proceso no presentó ninguna sintomatología orofaríngea, y tenía el antecedente inmediato de una laparotomía exploradora por hemorragia digestiva. De cualquier forma, es difícil precisar el motivo por el que la infección se presentó exclusivamente como un absceso muscular sin evidencia de metástasis sépticas en otras localizaciones.

El tratamiento antibiótico óptimo no se conoce. El microorganismo es

generalmente susceptible a penicilina, cefalosporinas, metronidazol y clindamicina. No debe usarse eritromicina. Generalmente se aconseja el tratamiento de asociación de penicilina y metronidazol o monoterapia con clindamicina, pudiendo sustituir la penicilina por amoxicilina cuando la infección esté controlada y el paciente afebril. La duración no está bien definida, y varía en función de la respuesta y evolución del cuadro clínico, aunque debe ser prolongada, generalmente durante 2-6 semanas. Acompañando el tratamiento antibiótico debe realizarse drenaje de los abscesos, incluso con la posibilidad de utilizar estreptocinasa con buenos resultados³. En el momento actual no está indicada la anticoagulación para el tratamiento de la tromboflebitis de la yugular, por el riesgo de extensión de la infección. La evolución de los casos con piomiositis por *Fusobacterium* descritos en la literatura fue satisfactoria tras tratamiento antibiótico y drenaje de los abscesos.

En resumen, la infección por *F. necrophorum* constituye otra causa más, aunque inhabitual, de piomiositis, etiología que debe sospecharse ante la presencia de un absceso muscular asociado al resto de síntomas clásicos que constituyen el síndrome de Lemierre, aunque esto no ocurrió en el caso que presentamos.

Enrique Marchán, Sergio Rodríguez,
Ceferino Molino^a, David Padilla^b y
María Dolores Romero^c

Servicios de Medicina Interna,
^aRadiodiagnóstico, ^bCirugía general y
^cMicrobiología.

Complejo Hospitalario de Ciudad-Real.

Bibliografía

1. Lemierre A. O certain septicemias due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936; 1: 701-703.
2. Hagelskjaer Kristensen L, Prag J. Human necrobacillosis with emphasis on Lemierre syndrome. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 524-532.
3. Pickering MC, Barkham T, Mason JC, Shaunak S, Davies KA. Bilateral gluteal abscesses as a unique manifestation of *Fusobacterium* Septicemia. *Rheumatology (Oxford)* 2000; 39: 224-225.
4. Karanas YL, Yim KK, Shuster BA, Lineaver WC. Lemierre's syndrome: a case of post-tanginal septicemia and bilateral flank abscesses. *Ann Plast Surg* 1995; 35: 525-528.
5. Toral Revuelta JR, Llobell Seguí G, Peralba Vaño JL, Martínez Ruiz M. Piomiositis cervical asociada a sepsis polimicrobiana de origen sinusal. *An Med Interna* 1994; 11: 595-597.
6. Wolf RF, Konings JG, Prins TR, Weits J. *Fusobacterium* Pyomyositis of the shoulder after tonsillitis. Report of a case of Lemierre's syndrome. *Acta Orthop Scand* 1991; 62: 595-596.
7. Smetana GW. Primary Psoas abscess due to *Fusobacterium nucleatum*. *Scand J Infect Dis* 1999; 31: 319-321.
8. González-Gay MA, Sánchez-Andrade A, Ceirejo MJ, Pulpeiro JR, Armesto V. Pyomyositis and septic arthritis from *Fusobacterium nucleatum* in a nonimmunocompromised adult. *J Rheumatol* 1993; 20: 518-520.
9. Martin MJ, Wright ED. A case of *Fusobacterium necrophorum* sepsis. *J Infect* 1995; 31: 151-152.