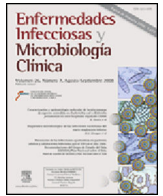




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Tumor cervical de etiología inusual

Cervical tumor unusual etiology



Alina María García de Hombre^{a,*}, Alejandro Bonadeo^b, Pino Suárez-Bordón^c y Mónica Sánchez-Oñoro^c

^a Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña, Puerto del Rosario, Fuerteventura, España

^b Medicina de Familia, Centro de Salud Puerto del Rosario I, Puerto del Rosario, Fuerteventura, España

^c Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña, Puerto del Rosario, Fuerteventura, España

Descripción clínica del caso

Se trata de una mujer de 39 años, previamente sana, que acudió a Urgencias por presentar tumoración en región cervical izquierda de crecimiento progresivo, de 15 días de evolución, acompañada de prurito y sudoración nocturna. Sin dolor ni distermia. Ha recibido antiinflamatorio y espiramicina más metronidazol durante una semana sin mejoría. Como antecedentes destacan migraña y rinitis alérgica. No refiere contacto con animales ni consumo de productos lácteos crudos. A la exploración física aparece un bulto fijo, que ocupaba 1/3 superior del hemicuello izquierdo, no doloroso y sin inflamación (fig. 1). No existían adenopatías en cuello derecho ni en el resto de la exploración. En la nasofibroscoopia se observó mucosa normal. Se decidió su hospitalización para estudio.

La analítica inicial reveló leucocitosis $12,2 \times 10^9/l$, neutrofilia $9,64 \times 10^9/l$, VSG 49 mm/h, PCR 3,39 mg/dl. Las serologías de (VIH, VHB, VHC, VEB, CMV, sífilis) fueron negativas. En la TAC de cuello y tórax aparecía una masa multinodular en el cuello izquierdo nivel IIA-IIB y III con necrosis central de $4 \times 2,8$ cm (fig. 2). La radiografía de tórax era normal. Se sospechó etiología infecciosa o enfermedad linfoproliferativa. Se practicó PAAF que fue no concluyente por escasa muestra.

Se trató empíricamente con cefazolina 1 g/8 h más metilprednisolona 40 mg/12 h. Tras 9 días de tratamiento y escasa mejoría, se realizó biopsia para estudio. El examen histopatológico destaca necrosis pero no malignidad. En el cultivo microbiológico se aisló un coccobacilo, gram, catalasa y ureasa positivos, con pirazinamidasas y fosfatasa alcalina negativas.

Evolución

La bacteria se identificó como *Corynebacterium pseudotuberculosis* (*C. pseudotuberculosis*) (fig. 3) mediante API-Coryne (Biomerieux®) y se confirmó mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF Bruker Byotiper), con un score de 2,339 en

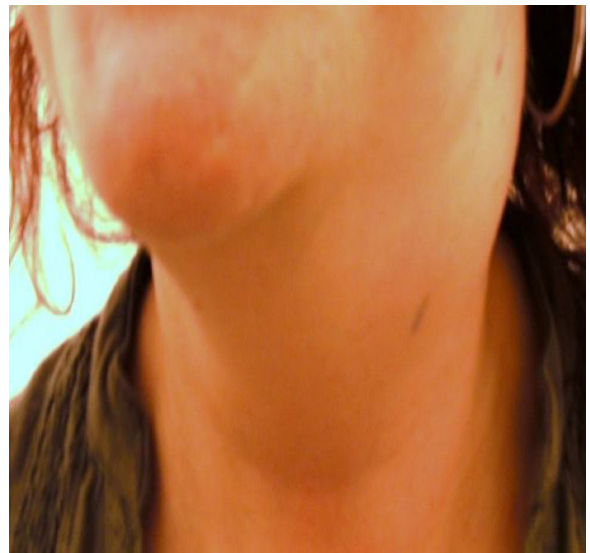


Figura 1. Tumor laterocervical izquierdo.

hospital de referencia. Se realizó antibiograma siguiendo criterios EUCAST. Se obtuvo susceptibilidad a penicilina, clindamicina, rifampicina, tetraciclina, vancomicina, ciprofloxacino y linezolid y resistencia a gentamicina.

Se trató con eritromicina oral, aunque tuvo una evolución lenta precisando reingreso a la semana, para tratamiento parenteral con clindamicina (600 mg/8 h) más amoxicilina-clavulánico (1 g/8 h) durante 7 días. Tras mejoría se da alta con eritromicina oral (500 mg/8 h) dos semanas más, con resolución completa del cuadro.

Comentario final

Las principales causas de linfadenitis son infecciosas o tumorales. Dentro de las causas infecciosas, pueden ser agudas (bacterianas o víricas) o crónicas (micobacterias o clamidias).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gdehombre@telefonica.net (A.M. García de Hombre).

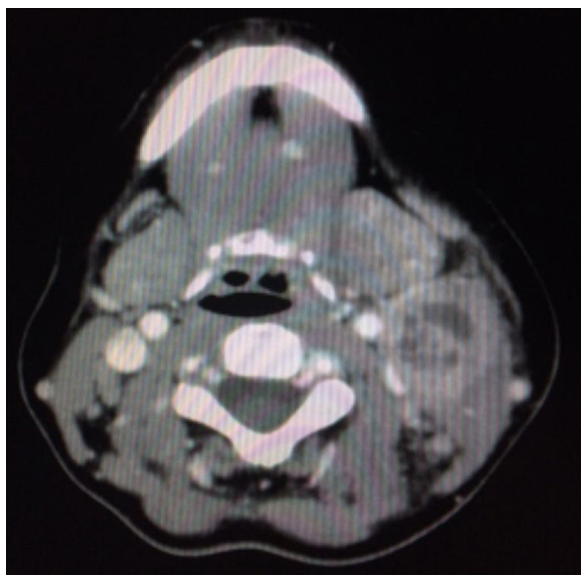


Figura 2. TAC. Masa adenopática, con necrosis central, en espacio cervical izquierdo.



Figura 3. Aislamiento de *Corynebacterium pseudotuberculosis* en agar sangre.

Ante el aislamiento de *C. pseudotuberculosis* es importante confirmar la identificación a nivel de especie, para diferenciarlo de corinebacterias que producen cuadros similares (*Corynebacterium imitans*) y de otras especies productoras de toxina diftérica, como *Corynebacterium diphtheriae* (*C. diphtheriae*) y *Corynebacterium ulcerans*¹. La prueba ureasa positiva lo diferencia presuntivamente de *C. diphtheriae*², siendo necesarias técnicas no convencionales para una identificación correcta, como secuenciación de los genes *rpoB* o 16S rRNA o MALDI-TOF^{1,3}.

La linfadenitis producida por *C. pseudotuberculosis* es una enfermedad poco frecuente en humanos. Afecta principalmente a

varones, previamente sanos, trabajadores rurales adultos que están en contacto con ganado ovino y caprino^{4–6}. La transmisión principal es a través de lesiones cutáneas por contacto directo (animales o sus productos) o contacto con ambientes contaminados⁶. Esta infección también se ha asociado con el consumo de productos lácteos crudos del ganado contaminado, así como inhalación de aerosoles que contienen la bacteria^{5–7}. La ubicación cervical de las linfadenopatías sugiere la transmisión oral del microorganismo a través de leche cruda del ganado contaminado⁸. A pesar de que la paciente no refirió ingesta de productos lácteos crudos, pensamos que es la vía más probable de adquisición debido a que en nuestro medio es frecuente el consumo de quesos de cabra sin pasteurizar.

Las manifestaciones más frecuentes de la enfermedad son adenopatías supurativas en distintas localizaciones (axilares, inguinales y cervicales), fiebre y/o mialgias con evolución crónica o subaguda^{9,10}.

El tratamiento se llevó a cabo con macrólidos, según recomendaciones de las guías terapéuticas. En ocasiones es necesario el drenaje quirúrgico del ganglio para asegurar una evolución favorable del cuadro^{7,8}. En nuestro caso no fue necesario.

Destacamos la importancia de la identificación de este agente etiológico infrecuente ante casos clínicos similares, para un correcto tratamiento y resolución del cuadro.

Bibliografía

1. Bernard K. The genus *Corynebacterium* and other medically relevant coryneform-like bacteria. *J Clin Microbiol*. 2012;50:8–3152.
2. Public Health England. Identification of *Corynebacterium* species. UK Standards form Microbiology Investigations. 2014. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/371490/ID_2i4.1.pdf
3. Konrad R, Berger A, Huber I, Boschert V, Hormansdorfer S, Busch U, et al. Matrix-assisted laser desorption/ionisation time-of-flight (MALDI-TOF) mass spectrometry as a tool for rapid diagnosis of potentially toxigenic *Corynebacterium* species in the laboratory management of diphtheria associated Bacteria. *Euro Surveill*. 2010;15, pii=19699. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19699>
4. Bregenzer T, Frei R, Ohnacker H, Zimmerli W. *Corynebacterium pseudotuberculosis* infection in a butcher. *Clin Microbiol Infect*. 1997;3:696–8.
5. Heggelund L, Gaustad P, Håvelsrud OE, Blom J, Borgen L, Sundset, et al. *Corynebacterium pseudotuberculosis* pneumonia in a veterinary student infected during laboratory work. *Open Forum Infect Dis*. 2015;2:1–6. Disponible en: <http://ofid.oxfordjournals.org/content/2/2/ofv053.full>
6. Esteveao Belchior SG, Gallardo AA, Abalos MA, Alvarez LA, Nuñez NC, Guevara D, et al. *Corynebacterium pseudotuberculosis*, potencial agente zoonótico. Revision de casos (Zoonotic Potential of *Corynebacterium pseudotuberculosis*, Revision cases). *REDVET Rev. electrón. vet. (en línea)*. 2009; 10 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n101009/100912.pdf>
7. Join-Lambert OF, Ouache M, Canioni D, Beretti JL, Blanche S, Berche P, et al. *Corynebacterium pseudotuberculosis* necrotizing lymphadenitis in a twelve year old patient. *Pediatr. Infect. Dis. J*. 2006;25:484–851.
8. Romero-Pérez JC, Suárez-Machado M, Batista-Díaz N. Linfadenitis por *C. pseudotuberculosis* en una paciente joven. *Rev Clin Esp*. 2004;204:338–90.
9. Allen C, Goldberger MD, Benjamin A, Lipsky MD, James J, Plorde MD. Suppurative granulomatous lymphadenitis caused by *Corynebacterium ovis* (pseudotuberculosis). *Am J Clin Pathol*. 1981;76:486–90.
10. Hémond V, Rosenstingl S, Auriault ML, Galanti MJ, Gatfosse M. Axillary lymphadenitis due to *Corynebacterium pseudotuberculosis* in a 63-year-old patient. *Med Mal Infect*. 2009;39:136–9.