

betalactámico antipseudomona (ceftazidima, penicilina, cefepime o un carbapenem) y debe durar 6 semanas. El inicio precoz e intensivo del tratamiento antibiótico condujo a la curación de nuestro paciente y permitió una evolución clínica libre de complicaciones infecciosas locales y a distancia (abscesos intracraniales, artritis sépticas, etc). En algunos casos es necesario recurrir a la cirugía, cuando hay signos sugerentes de infección persistente (bacteriemia persistente a la 2 semanas de tratamiento correcto o reaparición al cabo de 6 semanas, fiebre y extensión ecocardiográfica de la lesión) y si aparece insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento en 24-48 horas. La persistencia de fiebre sin otros datos de persistencia de la infección no es indicación absoluta de cirugía. Destacamos dos datos que hacen excepcional el caso: en primer lugar, el origen cardíaco de la bacteriemia por *Pseudomonas* es excepcional en personas no UDVP y sin valvulopatía; en segundo lugar, la afectación de valvas izquierdas no es frecuente en relación con la endocarditis por *Pseudomonas*. Por último, consideramos que, probablemente, el catéter vesical y su manipulación, relacionados con la aparición de repetidas infecciones del tracto urinario, contribuyeron al acceso del germen a la válvula cardíaca (5).

N. Navarrete Navarrete, A. Tapia Gómez, M. López-Gómez, M. A. López-Ruz, J. Jiménez Alonso

Servicio de Medicina Interna. Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

1. Bouza E, García-Garrote F, Cercenado E, Marín M, Díaz MS, Sánchez Romero I, et al. Grupo Español para el estudio de pseudomonas aeruginosa. *Pseudomonas aeruginosa: A multicenter study in 136 hospitals in Spain*. Rev Esp Quimioter 2003; 16 (Supl. 1): 41-52.
2. Vidal F, Mensa J, Martínez JA, Almela M, Marco F, Gatell JM, et al. *Pseudomonas aeruginosa bacteremia in patients infected with human immunodeficiency virus type 1*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1999; 18: 473-7.
3. Gómez Gómez J, Alcántara Villar M, Simarro Córdoba E, Martínez Vicente B, Ruiz Gómez J, Guerra Pérez, et al. *Ps. aeruginosa bacteremias: analysis of prognostic factors. A prospective study 1992-98*. Rev Clin Esp 2004; 452-6.
4. Osmon S, Ward S, Fraser VJ, Kollef MH. *Hospital mortality for patients with bacteremia due to Staphylococcus aureus or Pseudomonas aeruginosa*. Chest 2004; 125: 607-16.
5. Chen SC, Lawrence RH, Byth K, Sorrel TC. *Pseudomonas aeruginosa bacteremia. Is pancreatobiliary disease a risk factor?* Med J Aust 1993; 159: 592-7.

Neumonía adquirida en la comunidad por *Corynebacterium spp.* en una paciente inmunocompetente

Sr. Director:

Corynebacterium spp forma parte de la flora bacteriana habitual de la orofaringe y de la piel y sus diferentes especies han sido responsables de infecciones en humanos en prácticamente todos los órganos. En la inmensa mayoría de los casos la adquisición ha sido nosocomial, en pacientes con estancias hospitalarias muy prolongadas y en ocasiones con resistencia a múltiples antibióticos (1). Sin embargo, si exceptuamos las cepas toxigénicas de *C. diphtheriae*, reconocido patógeno en el hombre, las

infecciones oportunistas por estos microorganismos son raras (2) y preferentemente en individuos inmunodeprimidos o con enfermedades de base crónicas avanzadas, siendo frecuente la afectación del aparato respiratorio. Se han descrito casos de infección respiratoria nosocomial, en su mayor parte como bronquitis y casos aislados de neumonía, en pacientes con afecciones neurológicas graves, infección por el VIH y en trasplantados (3). Nosotros aportamos un nuevo caso en el que una paciente inmunocompetente y con bronquiectasias desarrolló neumonía por *Corynebacterium spp* adquirida en la comunidad con buena respuesta al levofloxacino.

Se trata de una mujer de 73 años con antecedentes de asma bronquial diagnosticada en 1993, con varios episodios de agudización que han requerido hospitalización en diversas ocasiones y que sigue tratamiento habitual con broncodilatadores inhalados. Las pruebas funcionales respiratorias mostraron: FEV1 1,75L (94%); FVC 2,20L (85%); Índice de Tiffenau 80% y prueba broncodilatadora positiva. Ingresa en nuestro hospital por presentar tos productiva con expectoración purulenta y sensación distérmica de unos 15 días de evolución, sin dolor torácico ni otra sintomatología acompañante. En el examen físico, la paciente estaba afebril y normotensa, destacando abundantes roncus, sibilantes dispersos y crepitantes en base derecha. El análisis de sangre mostró hemoglobina 137 g/L; leucocitos de 10,20x10⁹/L (58,1% N; 25,7% L 10,2% M; 5,6% E); glucemia 108 mg/dL; creatinina 0,9 mg/dL; AST 24 UI/L y la gasometría arterial objetivó pH 7,45; pO₂ 79 mmHg; pCO₂ 31 mmHg y saturación de oxígeno 96%. La radiografía de tórax evidenció una condensación pulmonar con broncograma aéreo en lóbulo inferior derecho con pérdida de volumen, por lo que se realizó una TC torácica en la que se observaron múltiples opacidades pulmonares bilaterales de predominio en lóbulo inferior derecho con bronquiectasias cilíndricas bibasales. Una fibrobroncoscopia evidenció abundantes secreciones purulentas en bronquios principales con tapón mucoso en lóbulo inferior derecho. En los cultivos de las muestras obtenidas por vía endoscópica (BAS y catéter telescopado) se aislaron 10⁴ UFC/mL de *Corynebacterium spp* y en los cultivos de esputo post-fibrobroncoscopia se aislaron, así mismo, 10⁸ UFC/mL del mismo microorganismo sensible a penicilina, ciprofloxacino, y vancomicina, y resistente a eritromicina, clindamicina y a metronidazol. El examen citológico de las muestras demostró inflamación y la búsqueda de BAAR fue negativa. La paciente recibió tratamiento broncodilatador y levofloxacino 500 mg cada 24 horas vía oral de forma empírica con buena evolución clínica, radiológica y con erradicación microbiológica.

El aislamiento de una especie de *Corynebacterium no diphtheriae* en la práctica clínica ha sido considerado en muchos casos contaminante. Desde las publicaciones de Freeman en 1994 (4) y de Ahmed y Manzella en 1995 (5,6), en las que describen pacientes con infección respiratoria por *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, una exhaustiva revisión en MEDLINE ha revelado solo casos aislados de neumonía adquirida en la comunidad por este microorganismo en individuos inmunocompetentes (7) posiblemente porque hayan existido criterios discordantes para el diagnóstico etiológico de la infección. Con la realización de pruebas complementarias que minimizan la posibilidad de contaminación, el aislamiento de este microorganismo se ha tenido en cuenta cada vez más como clínicamente significativo. En el caso que aportamos, el aislamiento en cultivo puro en la muestra obtenida de broncoaspirado y a través de catéter telescopado ocluido, nos hizo considerar al mismo como causante del proceso neumónico. Con respecto a la sensibilidad de las diferentes especies de *Corynebacterium* a los antibióticos, existe coincidencia con el antibiograma del caso que presentamos mostrando tasas de resistencia del 100% a clindamicina, del 83% a la eritromicina y de menos del 17% a quinolonas, lo que explica la buena evolución de nuestra paciente con la antibioterapia empírica administrada.

En conclusión, y según nuestra experiencia, existe la posibilidad de desarrollo de neumonía por *Corynebacterium spp* adquirida en la comunidad en pacientes con asma bronquial y bronquiectasias e inmunocompetentes. Así mismo, no nos sorprende la excelente respuesta a la administración de levofloxacino, dadas las ínfimas tasas de resistencia que dichos microorganismos suelen presentar a quinolonas.

C. Chico, B. Batalla, M. Javaloyas, E. Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona

- Otsuka Y, Ohkusu K, Kawamura Y, Baba S, Ezaki T, Kimura S. Emergente of multidrug-resistant *Corynebacterium striatum* as a nosocomial pathogen in long-term hospitalized patients with underlying diseases. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2006; 54: 109-114.
- Torres Tortosa MA, Rodríguez Iglesias M. Infecciones por *Corynebacterium*, *Rhodococcus* y otras bacterias corineformes. Tratado SEIMC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Madrid; 2005, p. 443-449.
- Gutiérrez-Rodero F, Ortiz de la Tabla V, Martínez C, Masiá M, Mora A, Escolano C, González E, Martín Hidalgo A. *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*: An Easily Missed Respiratory Pathogen in HIV-Infected Patients. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1999; 33: 209-216.
- Freeman JD, Smith HJ, Haines HG, Hellyar AG. Seven patients with respiratory infections due to *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*. *Pathology* 1994; 26 (3): 311-314.
- Ahmed K, Kawakami K, Watanabe K, Mitsushima H, Nagatake T, Matsumoto K. *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*: a respiratory tract pathogen. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 41-46.
- Manzella JP, Kellogg JA, Parsey KS. *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*: a respiratory tract pathogen in adults. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 37-40.
- Chiner E, Arriero JM, Signes-Costa J, Marco J, Corral J, et al. *Corynebacterium pseudodiphtheriticum* pneumonia in an immunocompetent patient. *Monaldi Arch Chest Dis* 1999; 54 (4): 325-7.

Piomiositis del esternocleidomastoideo

Sr. Director:

La incidencia de la piomiositis, una infección bacteriana del músculo esquelético, ha aumentando en los países de clima templado durante las dos últimas décadas, sobre todo en sujetos con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, infección por VIH, hepatopatías, tratamiento inmunosupresor, conectivopatías y procesos hematológicos (1-5), aunque también puede afectar a inmunocompetentes que realizan un ejercicio muscular intenso (6). Los músculos de las extremidades inferiores y pelvis son los más frecuentemente implicados, sobre todo el cuádriceps femoral que representa el 26,3% de los casos (1,3,4,7). El tratamiento de elección de la piomiositis en estadio supurativo consiste en antibióticos intravenosos y el drenaje quirúrgico o percutáneo del absceso (1,3,7,8). Presentamos un caso de piomiositis supurada del músculo esternocleidomastoideo, una localización inusual, que evolucionó favorablemente sólo con tratamiento conservador.

Mujer de 69 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 y alergia a la penicilina que consulta porque desde hace una semana nota una

tumoración dolorosa en la región laterocervical izquierda, donde unos días antes había sentido la picadura de un insecto. Su médico de cabecera le prescribió tratamiento con ibuprofeno y desde hacía dos días, ante la ausencia de mejoría, le había asociado un antibiótico que no recordaba. En la exploración física presentaba constantes normales, bocio multinodular y una tumoración de 5 cm en región laterocervical izquierda, adherida a planos profundos, no fluctuante ni eritematosa y con una temperatura ligeramente aumentada. En las pruebas complementarias destacaban 10000 leucocitos (70% neutrófilos), glucosa 140 mg/dl y VSG de 57 mm en la 1ª hora. El TAC cervical mostró la presencia de miositis del músculo esternocleidomastoideo izquierdo con un absceso de 25 x 16 mm, adenopatías ipsilaterales y múltiples nódulos tiroideos. La punción-aspiración de la tumoración cervical obtuvo un material purulento cuyo cultivo fue negativo. La exploración otorrinolaringológica fue normal. A los dos días de la realización de la PAAF, el absceso fistulizó y el cultivo del hisopo fue negativo. Se realizó tratamiento antibiótico empírico con clindamicina y levofloxacino intravenosos durante una semana, que se completó con levofloxacino oral durante tres semanas.

La patogenia de la piomiositis implica episodios de bacteriemia, generalmente asintomática y transitoria, en presencia de una lesión muscular (traumatismo, isquemia, hematoma,...), infecciones parasitarias con afectación muscular o miositis virales, ya que el músculo sano presenta una gran resistencia a los agentes piógenos (3,5,7); nuestra paciente presenta el antecedente de una picadura en la zona y de diabetes mellitus, enfermedad que altera la circulación del músculo y favorece la infección. La musculatura de la cabeza y cuello se afecta sólo en el 0,4% de los casos (7), generalmente a partir de infecciones odontológicas, amigdalares, quirúrgicas o postraumáticas y la complicación más grave es el desarrollo de una mediastinitis (9).

El agente etiológico más frecuente es el *Staphylococcus aureus* que ocasiona el 90% de la piomiositis tropicales y el 70% de las no tropicales y en menor medida están implicados estreptococos de los grupos A, B, C y G (5-15%), *Escherichia coli* y otros bacilos gram negativos, microorganismos anaerobios y hongos (1,3,4,6-9).

La enfermedad evoluciona en tres fases (1,3,4,8): la fase inicial corresponde a la invasión por los microorganismos, provocando una miositis edematosa; la fase supurativa se caracteriza por la formación de abscesos y mínimos signos de inflamación local, pudiendo existir un ligero aumento de temperatura en la piel adyacente y la fase final presenta signos de toxicidad y shock séptico. En los inmunodeprimidos es más frecuente la afectación multifocal y las presentaciones atípicas o con poca clínica (1), como sucedió en el caso que notificamos.

El diagnóstico se realiza, de media, 10 a 12 días después del inicio del cuadro (3,8) y la sospecha diagnóstica se fundamenta sobre todo en la clínica, ya que las pruebas de laboratorio son inespecíficas mostrando: leucocitosis con desviación izquierda, aumento de reactantes de fase aguda y elevación de VSG; los enzimas musculares con frecuencia son normales y permiten descartar otras patologías musculares (1,3,6,8). Los hemocultivos son positivos en el 29 al 57% de los casos de piomiositis no tropical (1,3,8). La ecografía y el TAC permiten establecer el origen muscular de la lesión, dirigir la toma de muestras y el drenaje percutáneo del absceso. El TAC es la prueba de imagen de elección ya que la ecografía tiene escasa rentabilidad a la hora de detectar pequeños abscesos y flemones (8). No obstante, la resonancia magnética es más sensible en el estadio inicial y muestra la inflamación difusa del músculo afectado (10). El tratamiento depende de la fase en la que se encuentre la enfermedad, así en el estadio inicial podrá realizarse sólo con antibióticos mientras que el estadio supurativo precisa del drenaje del absceso y antibióticos intravenosos (1,3,7,8).