

ABSCESO PULMONAR POR ROTHIA MUCILAGINOSA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Jesús Suárez Martínez, Asunción Rodríguez Feijoo y Rafael Golpe Gómez
Servicios de Neumología y Microbiología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo

Sr. Director:

Los abscesos pulmonares son una patología frecuente en pacientes con broncoaspiraciones. Los gérmenes más frecuentemente implicados en su producción, en pacientes inmunocompetentes son *Bacteroides sp*, *Fusobacterium sp*, *S. milleri* y peptoestreptococos. El tratamiento empírico recomendado incluye clindamicina, cefoxitina, amoxicilina-clavulánico o piperacilina-tazobactam. Presentamos el caso de un absceso pulmonar, con una etiología poco habitual, con implicaciones desde el punto de vista de la elección del tratamiento antibiótico.

Una mujer de 74 años ingresó en nuestro centro por insuficiencia respiratoria y fiebre. Tenía antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, bien controlada con antidiabéticos orales, enfermedad de Parkinson, y tuberculosis pulmonar, correctamente tratada en 2002, tras la cual le quedaron como secuela lesiones fibrocicatriciales en ambos lóbulos superiores. Presentaba frecuentes episodios de microaspiraciones con la ingesta, y 5 días antes del ingreso había presentado un episodio de disartria, autolimitado, que se interpretó como un ictus lacunar. En las 2 semanas previas al ingreso presentaba tos escasamente productiva, malestar general, astenia e hiporexia. En las últimas 24 horas presentó escalofríos y fiebre de hasta 39°C.

La exploración física resultó anodina, salvo por la presencia de fiebre de 38°C, y la auscultación de crepitanes inspiratorios muy llamativos, en porción antero-superior del hemitórax derecho. El hemograma demostró una moderada leucocitosis, con neutrofilia. La gasometría arterial reveló una PaO₂: 53 mmHg, PaCO₂: 46 mmHg, pH: 7.39. La radiografía de tórax mostró, además de tractos cicatriciales en LSI, una cavidad de paredes finas en LSD, ausente en controles previos.

Correspondencia:

Jesús Suárez Martínez

E-mail: jessuamar@hotmail.com

Pneuma 2007; 7: 44 - 45

El médico de guardia inició tratamiento con levofloxacino, decidiéndose al día siguiente iniciar amoxicilina-clavulánico a dosis altas, interpretando el cuadro como un absceso pulmonar por microaspiración. La paciente se mantuvo febril y con hipoxemia severa tras varios días con este tratamiento, por lo que se retiró el mismo y se realizó a las 48 horas una broncoscopia con cepillado bronquial telescópado. De forma provisional se informó del crecimiento de un posible estafilococo en las muestras remitidas, iniciándose tratamiento con vancomicina y amikacina, con el que la paciente quedó rápidamente afebril. Posteriormente se informó del aislamiento de *Rothia mucilaginosa*, en el cepillo protegido (1000 UFC/ml) y en el broncoaspirado (cultivo puro), resistente a quinolonas, con sensibilidad intermedia a penicilina, ampicilina y aminoglucósidos, y sensible a vancomicina y macrólidos. Se suspendió la amikacina y se completó tratamiento con vancomicina, con favorable evolución clínica y radiológica de la paciente.

Rothia mucilaginosa, previamente incluido en la familia *Micrococcaceae* como *Stomatococcus*, fue reclasificado en 2001. Se trata de cocos Gram positivos, dispuestos en racimos, parejas o tétradas, encapsulados, que forman parte de la flora orofaríngea normal. Crecen bien en aerobiosis, y en anaerobiosis el crecimiento es escaso. Su identificación puede ser difícil, y tiene escasa virulencia¹. No obstante, se han descrito casos de enfermedad invasiva, especialmente en pacientes inmunodeprimidos, que incluyen endocarditis, infecciones de accesos venosos y catéteres peritoneales, celulitis, infecciones del sistema nervioso central, peritonitis, endoftalmitis, osteomielitis y espondilodiscitis, colangitis, bacteriemia y neumonía²⁻⁴. Los factores de riesgo conocidos son la presencia de catéteres intravasculares, situaciones de inmunodepresión, empleo de drogas ilícitas intravenosas, enolismo, diabetes, enfermedad neoplásica, y valvulopatías²⁻⁴. Aunque el organismo era uniformemente sensible a penicilina en el pasado, se están describiendo con frecuencia casos de resistencia. El germen suele ser resistente a quinolonas y aminoglucósidos, y su sensibilidad para clindamicina y penicilina es variable. Vancomicina se considera la droga de elección.

Nuestra paciente sólo presentaba diabetes, como factor de riesgo comúnmente asociado a infección por este germen, pero tenía microaspiraciones frecuentes y patología pulmonar cicatricial previa, factores ambos que pueden haber contribuido al desarrollo de un absceso pulmonar.

En conclusión, nos parece interesante comunicar este caso, que subraya la necesidad de que el clínico esté alerta ante la posible implicación de este germen en infecciones pulmonares asociadas a microaspiraciones, incluso en pacientes inmunocompetentes, dada la posible resistencia del mismo a los antibióticos empíricos empleados comúnmente en abscesos pulmonares o neumonías aspirativas.

Bibliografía

1. Collins MD, Hutson RA, Baverud V, Falsen E. Characterization of a *Rothia* like organism from a mouse: description of *Rothia nasimurium* sp.nov. and reclassification of *Stomatococcus mucilaginosus* as *Rothia mucilaginosa* comb. nov. *Int J Syst Evol Microbiol* 2000;50:1247-51
2. Ascher DP. Infections due to *Stomatococcus mucilaginosus*: 10 cases and review. *Rev Infect Dis* 1991;13:1048-52.
3. Marne C. Infecciones por *Stomatococcus mucilaginosus*. Revisión de la bibliografía. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000;18:182-5.
4. Lambotte O, Debord T, Soler C, Roue R. Pneumonia due to *Stomatococcus mucilaginosus* in an AIDS patient: case report and literature review. *Clin Microbiol Infect* 1999;5:112-4.