EMBOLISMO SÉPTICO PULMONAR SECUNDARIO A ENFERMEDAD PERIODONTAL ¿SINDROME DE LEMIERRE?

Sr. Director:

Los embolismos sépticos alcanzan el pulmón a partir de varias posibles fuentes incluyendo infección de válvulas cardiacas, tromboflebitis séptica periférica y catéteres venenosos infectados[1-2]. Otras localizaciones de procesos infecciosos que pueden ocasionar esta patología con menor frecuencia se extienden a mastoiditis crónica, osteítis y procesos bacterianos orofaríngeos con posterior tromboflebitis de vena yugular interna (síndrome de Lemierre). Se ha hipotetizado que la enfermedad periodontal y la bacteriemia tras una manipulación dentaria podrían ser el origen de estos abscesos anaerobios múltiples, sin necesidad de que ocurra la tromboflebitis de la vena yugular interna como describió Lemierre en 1936 [3]. En pocas ocasiones se han documentado casos secundarios a bacteriemia debida a manipulación dentaria en pacientes con enfermedad periodontal[4-5], por lo que creemos interesante comunicar un nuevo caso, donde la génesis de los émbolos sépticos estuvo mediada por este origen inusual.

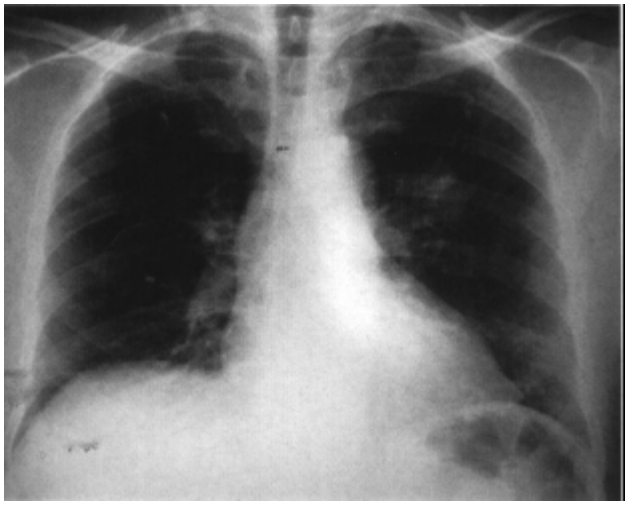

Fig. 1. TAC torácico mostrando pequeños nódulos bilaterales.

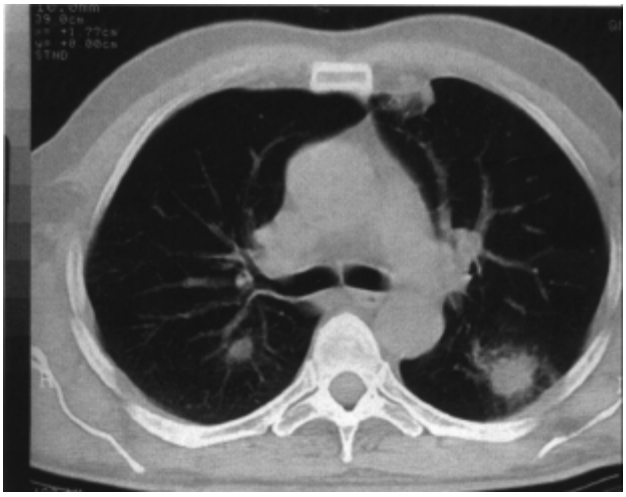

Fig. 2. Rx de tórax mostrando infiltrado el lóbulo izquierdo.

Se trataba de un varón de 47 años de edad, fumador de veinte cigarrillos al día y con enfermedad periodontal de larga evolución, siendo revisado por su dentista en las dos semanas previas. Siete días antes de acudir a consulta presentó sensación febril autolimitada y molestias inespecíficas en el hemitórax izquierdo que en las últimas 24 horas adquirieron características pleuríticas. A la exploración física estaba afebril y no presentaba datos patológicos. La analítica demostró un recuento de 14.000 leucocitos con 82% de neutrófilos, función hepática y renal normal y anticuerpos antinucleares (ANA) y anticitoplasma (ANCA) negativos. El electrocardiograma era normal y la gasometría arterial mostró un pH de 7,4, con PO_2 de 86 mm Hg y PCO_2 de 39 mm de Hg.

La Rx de tórax (Fig. 1) presentaba una imagen nodular mal definida, de unos 3 cm de diámetro, en segmento posterior del lóbulo superior izquierdo. El TAC torácico (Fig. 2) demostró la existencia de 4 nódulos más, distribuidos por lóbulo inferior izquierdo, língula y lóbulo superior derecho. En todos se apreciaba la llegada de vaso nutricio, en alguno broncograma y en dos de ellos contacto con pleura visceral. Se practicó una fibrobroncoscopia que fue normal, sin aislamientos microbiológicos en el aspirado bronquial. Por una

ecocardiografía se descartó patología valvular cardíaca. El enfermo realizó tratamiento domiciliario con amoxicilina-clavulánico 2 semanas con resolución del cuadro clínico y comprobándose en un segundo TAC la desaparición completa de los infiltrados sépticos.

Las características radiológicas de los embolismos sépticos son fundamentales, dado lo insidioso del cuadro, para establecer una sospecha diagnóstica[6]. Hasta en una tercera parte de los pacientes la Rx simple de tórax es normal o inespecífica, mientras que mediante el TAC se consigue demostrar lesiones compatibles, como ocurrió en nuestro caso. Los hallazgos que permiten un alto índice de sospecha son la presencia de nódulos periféricos múltiples a menudo con un vaso nutricio, de distribución predominante en bases, a veces cavilados o con broncograma aéreo. Aproximadamente en el 50% de los casos hay imagen en cuña y en menor porcentaje extensión pleural.

La mayoría de casos similares documentados microbiológicamente corresponden a gérmenes comensales de la orofaríngе (bacteroides, fusubacterium, peptoespreptococos), sensibles a terapia con betalactámicos; esto

explicaría la eficacia del tratamiento con amoxicilinaclavulánico. El origen tras una bacteriemia esporádica hace lógica la rápida resolución del cuadro en nuestro paciente, en oposición a lo que ocurriría en la continua emisión bacteriana que supone un foco permanente como es la tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (Lemierre). Los diversos casos de estas características recogidos en la literatura podrían hacer recomendable la profilaxis antibiótica en pacientes con enfermedad periodontal extensa sometidos a manipulaciones repetidas.

BIBLIOGRAFíA

1. Celikel TH, Muthuswarny PP. Septic pulmonary emboli secondary to internal jugular vein phebitis (postanginal sepsis) caused by Eiknella corrodens. Am Rev Respir Dis 1984; 130: 510-3.

2. Chambers BF, Korzeniowski OM, Sande MA. Staphyloceocus aureus endocarditis: clinical manifestation in addicts and non addicts. Medicine 1983; 62: 170-7.

3. Martínez E, Pardo M, De Diego A. Embolismo pulmonar séptico secundario a un foco de osteítis periodontal. Arch

Bronconeumol 1994; 30: 174-5.

4. Christensen PJ, Kutty K, Adlan RT, Tatt TA, Kampschroer BH. Septic pulmonary embolism due to periodontal discase. Chest 1993; 104: 1927-9.

5. Carrascosa M, Pérez-Castrillón JL, Sampedro 1, Valle R, Cillero L, Méndez MA. Lung abscess due to Streptoecoceus mitis: case report and review. Clin Infect Dis 1994; 19: 781-3.

6. KuhIrnan JE, Fishman EK, Teigen C. Pulmonary septic emboli: diagnosis with CT. Radiology 1990; 174: 211-13.