



## Carta al editor

**Dr. Manuel Ramiro H.**

Leí con interés el artículo intitulado “Empiema y mediastinitis como complicación de absceso profundo del cuello: caso clínico y revisión de la bibliografía” (Med Int Mex 2008;24[1]:79-86), de los doctores Mavy Ramírez Cervantes, Edmundo Lugo Pérez Mayra, Sofía Castro Aldana y Asisclo de Jesús Villagómez Ortiz; considerando que su trabajo es trascendente y que es un tema de interés para el internista, quiero hacer notar algunas consideraciones al respecto.

En la introducción al caso clínico se menciona que estos procesos mórbidos se originan, la mayor parte de las veces, en la cavidad bucal, específicamente en su flora; sin embargo, para que este fenómeno dé inicio se requiere que haya pérdida de la continuidad. La disruptión en el tejido debida a traumatismo en la mucosa, como el caso que nos ocupa (secundaria a la extracción de un molar), condiciona la invasión polimicrobiana en la paciente inmunodeprimida.

Se sabe que el *Actinomyces* spp es uno de los organismos habituales de la flora bucal, bacilo grampositivo con propiedades anaeróbicas de las que se han identificado 14 variedades, sin embargo, sólo seis son patógenas para el ser humano.<sup>1,2</sup> Como es un factor importante en la formación de abscesos, sobre todo cervicofaciales, extraña que en el reporte no se mencione la investigación o sospecha de este agente, tanto en los estudios de laboratorio o como diagnóstico diferencial, no obstante en la bibliografía médica se obliga a descartar la actinomicosis en toda infección de boca y cuello.

Su aparición es poco frecuente o no se diagnostica. Como se considera infección oportunista y no existe una prueba de laboratorio específica, las más de las veces el diagnóstico se hace mediante examen histopatológico: el cultivo microbiológico es difícil y su recuperación por este medio tiene un máximo de 30%.<sup>3</sup> En la forma crónica la actinomicosis se confunde con tumoraciones en el cuello y su diagnóstico es mediante la típica imagen de gránulos azurófilos en el examen histopatológico.<sup>4</sup>

Como médicos de primer contacto conviene tener presente que aun en los pacientes sin enfermedades debilitantes o crónicas la simple extracción de piezas dentarias condiciona la bacteriemia,<sup>5</sup> por lo tanto, en

pacientes con diabetes mellitus, VIH y que se consideran inmunodeficientes, y en los portadores de prótesis, se requiere programar medidas específicas, sobre todo profilácticas, previas a cualquier manipulación bucal para prevenir la evolución de un absceso o, como en el caso anterior, empiema y mediastinitis con posible participación actinomicótica.

Atentamente

**Dr. Jorge Blas Macedo**

Adscrito al Departamento de Medicina Interna del Hospital Dr. Santiago Ramón y Cajal del ISSSTE. Durango, Dgo., México.

Tel: 8-117511-13

E-mail: dr\_jblas@yahoo.com.mx

#### REFERENCIAS

1. Russo TA. Actinomycosis. En: Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher RJ, editores. Harrison, principios de medicina interna. 14<sup>a</sup> ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana. 2000;pp:1132-41.
2. Wang YH, Tsai HC, Lee SS, Mai MH, Wann SR, Chen YS, Liu YC. Clinical manifestations of actinomycosis in Southern Taiwán. J Microbiol Immunol Infect 2007;40:487-92.
3. Sharkawy AA. Cervicofacial actinomycosis and mandibular osteomyelitis. Infect Dis Clin North Am 2007;21:543-56.
4. Marquez RM, Gonzalez JL, Blas MJ. Actinomycosis cervicofacial. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Med Int Mex 2000;42:230-2.
5. Bhattacharjee S, Bhardwaj R. Actinomycotic bacteraemia after dental procedures. Indian J Med Microbiol 2002;20:72-75.

Estimado Dr. Jorge Blas Macedo:

Antes que nada quiero agradecerle el interés mostrado al leer nuestro artículo; le comento que no mencionamos en particular la búsqueda de *Actinomyces* porque lo comentamos de manera general en el grupo de anaerobios y porque de acuerdo con algunas publicaciones sobre el tema los gérmenes más frecuentemente implicados son: *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*, junto con los anaerobios como *Bacteroides*, los estreptococos β-hemolíticos y los gramnegativos aerobios como *Proteus*, *Pseudomonas* y *Escherichia coli*, aunque definitivamente también debe considerarse, como usted comenta, el *Actinomyces*, aunque al menos en las series revisadas por nosotros no fue tan frecuente.<sup>1-4</sup>

Otra situación que nos orientó a no sospechar de *Actinomyces* fue la característica aguda de nuestro caso, a diferencia de los casos publicados en los que este germen participa prioritariamente, que se orientan más a procesos crónicos, recurrentes o ambos.

Agradecemos su comentario y nos ponemos a sus órdenes:

**Dra. Mayra Castro Aldana.**

Internista-Intensivista HA Clínica Londres, Durango 50,  
3er piso, México, DF.

Tel.: 5229-8400, ext. 7878.

E-mail: mayracastro889@yahoo.com.mx

**REFERENCIAS**

1. Lavini C, Natali P, Morandi U, Dallari S, Bergamini G. Descending necrotizing mediastinitis: diagnosis and surgical treatment. J Cardiovasc Surg. 2003;44:655-60.
2. Manzo EP, Méndez GS, Hernández GAC, Salvatierra AC, Vázquez MA. Abscesos profundos de cuello. Etiopatogenia y morbilidad. 2005;19:54-59.
3. Jiménez Y, Bagán JV, Murillo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9(Suppl):S139-47.
4. Pérez AR, Cueto GR, De la Escosura GR, Cicero RS. Mediastinitis necrosante descendente. Resultados del tratamiento médico-quirúrgico en 17 casos. Gac Méd Méx 2003;39:199-204.
5. Parhisar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 2001;110:1051-4.