



<https://doi.org/10.24245/mim.v38i3.4262>

## Pericarditis purulenta causada por *Actinomyces odontolyticus* en un paciente nonagenario

### Purulent pericarditis caused by *Actinomyces odontolyticus* in a nonagenarian patient.

Noel Roig-Marín,<sup>1</sup> Pablo Roig-Rico,<sup>1,2</sup> Francisco Jover-Díaz<sup>1,2</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** La pericarditis purulenta es una enfermedad infrecuente cuya causa más común es *S. pneumoniae* y *S. aureus*. *Actinomyces odontolyticus* es un patógeno raro en infecciones invasivas.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 92 años que padeció una pericarditis purulenta debido a *A. odontolyticus*, lo que condujo a taponamiento cardíaco.

**CONCLUSIONES:** Nuestro paciente es el cuarto caso descrito de *A. odontolyticus* pericárdico, pero el primero que es nonagenario. La inmunosupresión y la coexistencia de foco dental son factores asociados. A pesar de las altas tasas de mortalidad asociadas con *Actinomyces odontolyticus*, este paciente nonagenario, el más anciano citado en la bibliografía, tuvo una evolución favorable.

**PALABRAS CLAVE:** *Actinomyces*; pericarditis; nonagenario; taponamiento cardíaco.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Purulent pericarditis is an infrequent disease whose most common cause is *S. pneumoniae* and *S. aureus*. *Actinomyces odontolyticus* is a rare pathogen in invasive infections.

**CLINICAL CASE:** A 92-year-old man who developed purulent pericarditis due to *A. odontolyticus*, which led to cardiac tamponade.

**CONCLUSIONS:** Our patient is the fourth reported case of pericardial *A. odontolyticus*, but the first one who is nonagenarian. Immunosuppression and dental focus are associated factors. Despite the high mortality rates associated with *Actinomyces odontolyticus*, this nonagenarian patient, the oldest in the literature, had a favorable evolution.

**KEYWORDS:** *Actinomyces*; Pericarditis; Nonagenarian; Cardiac tamponade.

<sup>1</sup> Universidad Miguel Hernández de Elche, Campus de San Juan, Alicante, España.

<sup>2</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna - Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche, España. Hospital Universitario de San Juan de Alicante, Alicante, España.

**Recibido:** 11 de mayo 2020

**Aceptado:** 13 de julio 2020

#### Correspondencia

Noel Roig Marín  
noel.roig@goumh.umh.es

#### Este artículo debe citarse como:

Roig-Marín M, Roig-Rico P, Jover-Díaz F. Pericarditis purulenta causada por *Actinomyces odontolyticus* en un paciente nonagenario. Med Int Méx 2022; 38 (3): 714-717.



## ANTECEDENTES

La incidencia de pericarditis purulenta es insignificante y ha disminuido en los últimos años debido a la administración de antibióticos actuales.<sup>1</sup> El abuso crónico de alcohol y la inmunosupresión son factores de riesgo asociados con la aparición de pericarditis purulenta.<sup>2</sup>

La causa bacteriana más común es *S. pneumoniae* y *S. aureus*.<sup>2</sup> La pericarditis purulenta por *Actinomyces odontolyticus* se ha descrito en la bibliografía solo tres veces.<sup>2,3,4</sup> Comunicamos el primer caso de pericarditis purulenta debido a *A. odontolyticus* en un paciente nonagenario.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 92 años, portador de marcapasos por disfunción nodal con FA anticoagulada, acudió a Urgencias por empeoramiento de disnea basal hasta hacerse de esfuerzos mínimos acompañada de un cuadro de dolor centrotorácico opresivo. Refirió cuadro catarral asociado, con tos sin expectoración. Era diabético, hipertenso, dislipidémico. Padecía una neumopatía crónica por exposición a pinturas de autor. En 2003 tuvo cáncer de próstata que fue tratado con radioterapia.

Auscultación pulmonar: hipoventilación global. Analítica: 14,000 leucocitos unidades/mm<sup>3</sup>. Proteína C reactiva de 4.12 mg/dL. Troponinas < 0.017 ng/mL, CPK 1.5 mmol/L. Los hemocultivos fueron negativos.

La radiografía de tórax mostró cardiomegalia, sin infiltrados ni condensaciones. El electrocardiograma evidenció microvoltajes a ritmo de 110 latidos por minuto con BRIHH (**Figura 1**). La ecocardiografía reflejó derrame pericárdico severo de predominio lateral, inferior y posterior. La tomografía axial computada toracoabdominal mostró importante derrame

pericárdico hipodenso con diámetro axial máximo de 4.1 cm en la pared lateral inferior del ventrículo izquierdo, además de leve derrame pleural bilateral con atelectasias pasivas basales bilaterales. **Figura 2**

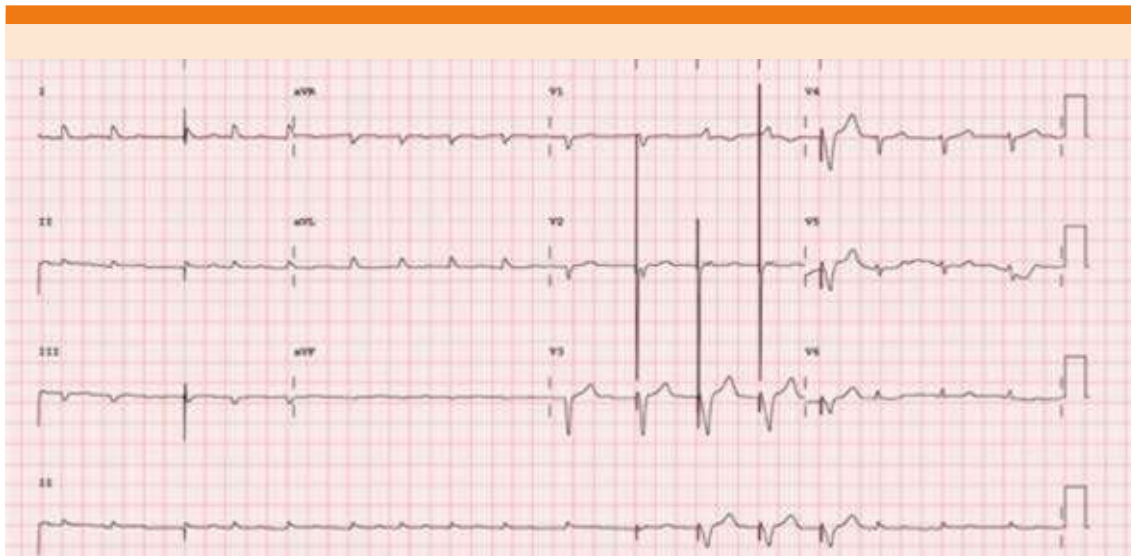
Se le realizó pericardiocentesis con un líquido con concentración de 26,030 leucocitos unidades/mm<sup>3</sup> con un 78.8% de polimorfonucleares. Se cultivó el líquido pericárdico, lo que identificó *Actinomyces odontolyticus*. El patógeno era resistente a ciprofloxacino, pero sensible a la penicilina, cefuroxima, cefotaxima, ampicilina, eritromicina, gentamicina, clindamicina y cotrimoxazol. El paciente fue tratado con 2 g de ceftriaxona vía IV, con importante mejoría de la clínica, pasando posteriormente a la UHD para completar seis semanas de tratamiento.

El diagnóstico fue de pericarditis con taponamiento cardiaco secundario a infección por *Actinomyces odontolyticus*. La ortopantomografía descartó foco odontógeno séptico.

## DISCUSIÓN

*Actinomyces odontolyticus* como agente causante de enfermedad invasiva se ha informado en rara ocasión<sup>2</sup> y produce síntomas de neumonía o abscesos pulmonares.<sup>3</sup> Se cree que se relaciona con la inmunosupresión y la existencia de un foco infeccioso dental.<sup>2</sup> Sin embargo, nuestro paciente era inmunocompetente y sin afectación dental, tal como describieron Mack y su grupo<sup>2</sup> y Litwin y colaboradores.<sup>3</sup>

Los pacientes descritos eran hombres más jóvenes que el nuestro: 68<sup>3</sup> y 61 años;<sup>2</sup> el último caso era una mujer de 52 años con un foco infeccioso dental;<sup>4</sup> los otros dos no lo tenían. Nuestro paciente es el cuarto caso reportado de *A. odontolyticus* pericárdico, pero el primero que es nonagenario y el más anciano descrito en la bibliografía.



**Figura 1.** El electrocardiograma muestra microvoltajes, taquicardia, alternancia eléctrica y bloqueo de la rama izquierda.



**Figura 2.** Tomografía computada de tórax que muestra taponamiento cardíaco.

El tratamiento clásico de elección es la penicilina G intravenosa a dosis altas, aunque la ceftriaxona ha mostrado utilidad, especialmente por la comodidad de administrarlo en una sola dosis.<sup>3</sup>

La evolución de nuestro paciente fue satisfactoria, como en los casos publicados por Litwin y su grupo<sup>3</sup> y Broly y colaboradores,<sup>4</sup> requiriendo tratamiento antibiótico y pericardiocentesis obligada en estas situaciones. Sin embargo, el paciente del caso comunicado por Mack y su grupo<sup>2</sup> falleció, aunque el tratamiento antibiótico fue el adecuado y también se realizó pericardiocentesis.<sup>2</sup>

En un estudio retrospectivo de 20 años de pericarditis bacteriana se observó una mortalidad del 40% a pesar del tratamiento, sin éste puede llegar al 100%.<sup>5</sup> Así que es destacable que, a pesar de las altas tasas de mortalidad, la evolución de nuestro paciente nonagenario haya sido favorable.

## REFERENCIAS

1. Kanwal A, Avgeropoulos D, Kaplan J, Saini A. Idiopathic purulent pericarditis: A rare diagnosis. *Am J Case Rep* 2020; 21: 1. doi: 10.12659/AJCR.921633.



2. Mack R, Slicker K, Ghamande S, Surani S. Actinomyces odontolyticus: Rare etiology for purulent pericarditis. Case Rep Med 2014; 2014: 1-3. <https://doi.org/10.1155/2014/734925>.
3. Litwin K, Jadbabaie F, Villanueva M. Case of pleuropericardial disease caused by Actinomyces odontolyticus that resulted in cardiac tamponade. Clin Infect Dis 1999; 29 (1): 219-20. doi: 10.1086/520169.
4. Broly E, Risse J, Maschino F, Wahl D. Cardiac tamponade due to actinomyces odontolyticus originating from a dentigerous cyst. J Oral and Maxillofac Surg 2016; 74 (12): 2453-6. doi: 10.1016/j.joms.2016.05.014.
5. Sagristà-Sauleda J, Barrabés A, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Purulent pericarditis: Review of a 20-year experience in a general hospital. J Am Coll Cardiol 1993; 22 (6): 1661-5.

#### AVISO PARA LOS AUTORES

*Medicina Interna de México* tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: [www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login](http://www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login) podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.