



Absceso frío de pared torácica 58 años después de una toracoplastia

Sr. Director: El absceso frío de pared torácica es una forma rara de tuberculosis^{1,2} y representa del 1 al 3% de las formas musculoesqueléticas^{2,3}. Abscesos piógenos y tumores de pared torácica deben considerarse en un diagnóstico diferencial dificultado por la baja rentabilidad de los estudios sobre material aspirado de la lesión^{1,2}. Más de la mitad de los pacientes presentan antecedentes de tuberculosis pulmonar⁴. La combinación de cirugía y quimioterapia proporciona los mejores resultados terapéuticos^{1,2}.

La toracoplastia fue un tratamiento de la tuberculosis ampliamente difundido durante las décadas de 1930 y 1940. El desarrollo de nuevas técnicas de colapsoterapia, de resección pulmonar reglada y, fundamentalmente, la quimioterapia pusieron fin al empleo de la toracoplastia⁵. Sin embargo, sus complicaciones pueden presentarse décadas después de la intervención⁶.

Presentamos el caso de un varón de 80 años, entre cuyos antecedentes destacaba haber sido tratado de tuberculosis pulmonar mediante una toracoplastia superior derecha 58 años antes. El paciente permaneció asintomático hasta ese momento, en que presentó un bultoma paravertebral, bajo la cicatriz previa, de un mes de evolución. La tomografía axial computarizada de tórax mostró una colección heterogénea de 17 x 11 cm, con calcificaciones en su pared, que afectaba a los músculos trapecio y subescapular derecho (fig. 1). Se practicó una punción-aspiración que resultó negativa para la tinción de Ziehl-Neelsen y los cultivos de aerobios y anaerobios. En el cultivo para micobacterias en medio sólido se identificó *Mycobacterium tuberculosis*.

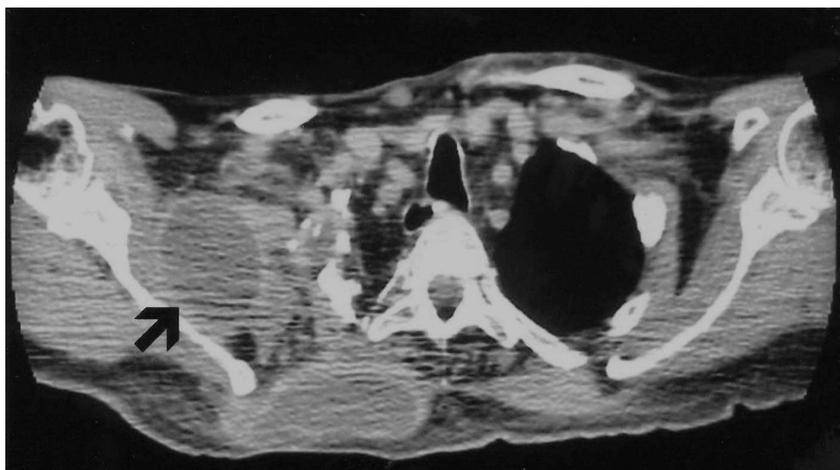


Fig. 1. Tomografía axial computarizada de tórax que muestra una colección heterogénea, con calcificaciones en su pared, en posición subescapular.

Con el diagnóstico de absceso frío de pared torácica, e incidiendo sobre la cicatriz previa, se procedió a desbridar 3 lóculos en posición para y subescapular en cuyo contenido se confirmó la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes. El postoperatorio cursó sin complicaciones. El tratamiento quirúrgico se complementó con la administración de isoniacida (300 mg/día) y rifampicina (600 mg/día) durante 6 meses, junto con pirazinamida (2 g/día) durante los 2 primeros meses, con buena adherencia y tolerancia. Dieciocho meses tras la intervención el paciente se encuentra asintomático y sin evidencia de la lesión en las pruebas de imagen.

El absceso frío de pared torácica es una rara complicación de la toracoplastia. En la serie de Weissberg y Weissberg⁵, de 31 casos de complicaciones de técnicas de colapsote-

rapia, las infecciosas fueron las más frecuentes, con 24 pacientes que desarrollaron empiema piógeno y ninguno tuberculoso. Por otra parte, Shepherd⁶ describe en su serie la infección micobacteriana de los materiales de colapsoterapia y el *empyema necessitans*, 30 o más años después de la intervención. Sin embargo, no tenemos constancia de ningún caso anterior de afectación parietal primaria por micobacterias relacionada con la cirugía toracoplástica.

La edad del paciente resulta también excepcionalmente avanzada si se tiene en cuenta que la edad media de presentación del absceso frío de pared torácica ronda los 45 años y el límite superior del rango los 70¹⁻⁴. Ade-

más, el período libre de enfermedad es de 58 años, muy por encima de las 3 décadas descritas por Shepherd⁶.

En definitiva, el antecedente de toracoplastia, la edad extrema y el largo período libre de enfermedad son circunstancias extraordinarias que acompañan a una forma de tuberculosis, el absceso frío de pared torácica, que, aunque poco frecuente, nunca debe pasarse por alto en el diagnóstico diferencial de cualquier masa de la pared torácica.

**J.E. Rivo Vázquez^a, A. Fernández Villar^b
y M.A. Cañizares Carretero^a**

^aServicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Xeral-Ciés. Vigo. Pontevedra.

^bUTB. Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Xeral-Ciés. Vigo. Pontevedra. España.

1. Faure E, Souilamas R, Riquet M, Chehab A, Le Pimpec-Barthes F, Manac'h D, et al. Cold abscess of the chest wall: a surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998;66:1174-8.
2. Hsu HS, Wang LS, Wu YC, Fahn HJ, Huang MH. Management of primary chest wall tuberculosis. *Scand J Thor Cardiovasc Surg* 1995;29:119-23.
3. Adler BD, Padley SP, Müller NL. Tuberculosis of the chest wall: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:271-3.
4. Paik HC, Chung KY, Kang JH, Maeng DH. Surgical treatment of tuberculous cold abscess of the chest wall. *Yonsei Med J* 2002;43:309-14.
5. Weissberg D, Weissberg D. Late complications of collapse therapy for pulmonary tuberculosis. *Chest* 2001;120:847-51.
6. Shepherd MP. Plombage in the 1980s. *Thorax* 1985;40:328-40.