

Cartas al Director

Condensación pulmonar versus absceso esplénico por *Salmonella*



Pulmonary consolidation versus splenic abscess due to Salmonella enterica

Sr. Director:

Los abscesos esplénicos (AE) son manifestaciones extraintestinales inusuales de salmonelosis, mayoritariamente *S. typhi*, *S. typhimurium* y *S. paratyphi*¹. Su baja incidencia y sintomatología inespecífica dificultan su diagnóstico con una elevada mortalidad sin tratamiento precoz. Frecuentemente sobrevienen sobre lesiones preexistentes, primarios o secundarios a enfermedad hematológica, hemoglobinopatía o traumatismo, en el curso de bacteriemia o endocarditis². Hasta un 80% de las radiografías de tórax (RxT) están alteradas, y hasta en un 30% de casos se describe un derrame pleural izquierdo³. Se presenta el caso de un paciente de 5 años con fiebre de corta evolución y dolor abdominal, diagnosticado 2 semanas antes de gastroenteritis por *Salmonella* spp. Por sospecha de fiebre tifoidea se administró ampicilina iv (150 mg/kg/día). La analítica mostró: leucocitos 24.580 μ l (neutrófilos 21.150 μ l), proteína C reactiva 28,5 mg/dl y procalcitonina 5,63 μ g/ml. Por persistencia de fiebre e hipoventilación en base pulmonar izquierda se realizó RxT. Se diagnosticó neumonía basal con derrame para-neumónico y se administró cefotaxima iv (200 mg/kg/día). En la ecografía toraco-abdominal (EcoTA) se observó derrame sin afectación pulmonar y quiste esplénico (79 × 74 mm) (fig. 1). La ecografía control reveló incremento del derrame, condensación pulmonar basal izquierda y elevación diafragmática secundaria a quiste esplénico. Del coprocultivo se aisló *Salmonella enterica* serotipo *Enteritidis*, resistente a ampicilina. El drenaje pleural mostró: hematíes 1.440/mm³, leucocitos 29.610/mm³ (90% polinucleares), glucosa 41 mg/dl, proteínas 3,4 g/dl y ácido láctico 32 mg/dl. La tinción de Gram, cultivo, PCR y antígeno neumocócico fueron negativos. Por inesperado empeoramiento se solicitó una EcoTA con detección de aumento quístico. Tras la TAC abdominal con contraste, el AE fue drenado aislándose *Salmonella* spp. (igual identificación y sensibilidad). Por dolor abdominal y mayor distensión quística, se drenó nuevamente siendo el cultivo negativo, y se programó capsulectomía. Se cambió a meropenem (40 mg/kg/8 h). La evolución fue favorable con mínimo engrosamiento pleural, sin derrame, en TAC toraco-abdominal y ausencia de imágenes sugerentes de quiste en ecografía. En primer lugar, en el caso presentado, la prescripción de ampicilina es cuestionable dada la considerable tasa de resistencia (40% en nuestro centro). El cambio precoz a cefotaxima tras los hallazgos radiológicos, interpretados inicialmente como neumonía, pudo evitar una mala resolución del proceso, pero en contrapartida dicha interpretación dificultó el diagnóstico. Así, la RxT es una prueba de imagen sensible para dirigir la



Figura 1. Ecografía abdominal mostrando bazo con quiste en su interior de 79 × 74 mm con contenido ecogénico y algún tracto, con paredes engrosadas y polilobuladas.

evaluación del paciente hacia el cuadrante superior izquierdo pero inespecífica para el diagnóstico de AE. En consecuencia, el derrame pleural observado se traduce, como en este caso, en una clínica acompañante no debida a neumonía retrasando el diagnóstico real. La TAC abdominal es de elección ante la sospecha de AE y su utilización ha derivado en una mayor detección de esta enfermedad. Su incidencia también ha aumentado por la superior prevalencia de estados de inmunosupresión favoreciéndose la descripción, en series recientes, de una etiología fúngica^{3,4}. En este sentido, la ausencia de factores predisponentes como inmunosupresión o endocarditis convierte este caso en infrecuente. El tratamiento clásico es antibioterapia y esplenectomía total o parcial preservando el bazo, aunque el drenaje percutáneo puede considerarse en pacientes con cirugía desaconsejada⁵.

Bibliografía

1. Chaudhry R, Mahajan RK, Diwan A, Khan S, Singhal R, Chandel DS, et al. Unusual presentation of enteric fever: three cases of splenic and liver abscesses due to *Salmonella typhi* and *Salmonella paratyphi* A. *Trop Gastroenterol*. 2003;24:198-9.
2. Edelson K. A 6-year-old boy with shoulder pain. *Pediatric Annals*. 2011;40:342-4.
3. Nelken N, Ignatius J, Skinner M, Christensen N. Changing clinical spectrum of splenic abscess. A multicenter study and review of the literature. *Am J Surg*. 1987;154:27-34.
4. Debeuckelaere S, Schoors DF, Buydens P, Du Ville L, Spapen HD, Reynaert HM, et al. Splenic abscess: a diagnostic challenge. *Am J Gastroenterol*. 1991;86:1675-8.
5. Choudhury SR, Debnath PR, Jain P, Kushwaha AS, Puri A, Chadha R, et al. Conservative management of isolated splenic abscess in children. *J Ped Surg*. 2010;45:372-5.

María José González-Abad* y Mercedes Alonso Sanz

Sección de Microbiología, Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjglezabad@yahoo.es (M.J. González-Abad).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.08.001>

Uso de barras de pectus en la reconstrucción de defectos complejos de la pared torácica anterior



Use of Pectus Bars in the Reconstruction of Complex Anterior Chest Wall Defects

Sr. Director:

La resección en bloque de tumores de la pared torácica con márgenes amplios genera defectos de pared que afectan a su función estructural e interfieren la mecánica respiratoria. La restauración de la integridad de la pared supone un reto quirúrgico por la complejidad que asocia restituir la rigidez estructural de la caja preservando la elasticidad necesaria para la fisiología respiratoria¹.

Presentamos el caso de una paciente de 84 años, sometida a una resección de un condrosarcoma gigante, en el que se reconstruyó el gran defecto de la pared generado mediante una técnica no publicada previamente, que cumple ambos preceptos.

La resección incluyó la tumoración, piel, partes blandas y los arcos costales 2.º-5.º, así como la mitad lateral del esternón (fig. 1) y el gran defecto de pared generado se reparó utilizando las barras de acero quirúrgico premodeladas empleadas habitualmente para la cirugía videoasistida de las deformidades congénitas de la pared torácica (Walter Lorenz®). El trayecto de las barras simulaba el de los arcos costales, y su fijación se efectuó mediante cerclaje con cables de acero (Dall-Miles®) y estabilizadores específicos atornillados al esternón restante (fig. 1). Se utilizó una malla

de PTFE (politetrafluoroetileno-Gore-Tex®) para sellar la cavidad pleural (fig. 1). No se registraron complicaciones perioperatorias y, 4 años tras la intervención, la paciente se encuentra asintomática sin signos de recidiva tumoral.

La reparación de defectos de la pared torácica con sustitutos biológicos o protésicos es preceptiva cuando el defecto es mayor de 4 arcos costales o mayor de 5 cm, y resulta especialmente relevante cuando la resección afecta a la pared torácica anterior, como en el caso presentado. Actualmente, la mayor parte de las prótesis rígidas disponibles para la reconstrucción como las mallas metálicas o el cemento² aportan rigidez pero carecen de elasticidad, mientras que los sustitutos costales comerciales limitan en menor medida la compliance torácica pero adolecen de longitud y rigidez limitadas.

En el caso presentado, la longitud de las grandes barras de acero de pectus utilizadas permitió salvar el gran defecto de pared a la vez que los estabilizadores suministrados permitieron una fijación segura y estable de la barra sobre el esternón restante. Por su parte, la fijación posterior de las barras con alambre trenzado contribuyó a la estabilidad del conjunto. Desde el punto de vista biomecánico el modelado de las barras en forma de arco determina el traslado de las fuerzas de compresión a los apoyos óseos de los extremos, por lo que esta propuesta técnica es capaz de soportar cargas importantes, y el componente de PTFE suturado con tensión a los bordes del defecto se adapta fácilmente al perímetro de la herida permitiendo sellar completamente la cavidad pleural. Estas características, la conjunción de sellado elástico de la cavidad pleural y soporte en



Figura 1. Amplio defecto de pared resultante tras la resección. Reconstrucción con 2 barras de pectus y malla de PTFE.