

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.

forma de arcos, favorece también la movilidad de la caja torácica y el restablecimiento del juego de presiones pleurales necesario para una ventilación efectiva³. Por ello esta técnica es un medio de reconstrucción más fisiológico que podría tener un impacto positivo en la recuperación funcional.

Bibliografía

1. Tukiainen E. Chest wall reconstruction after oncological resections. *Scand J Surg*. 2013;102:9-13.
2. Sabanathan S, Shah R, Mearns AJ. Surgical treatment of primary malignant chest wall tumours. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1997;11:1011-6.
3. Pascal T, Laurent B. Prosthetic reconstruction of the chest wall. *Thorac Surg Clin*. 2010;20:551-8.

Francisco Hernández Escobar*, David Pérez Alonso, José Ramón Cano García, Santiago Quevedo Losada y Luis López Rivero

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: caiscohernandez@gmail.com

(F. Hernández Escobar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.02.011>

Angiolipoma torácico: el riesgo de ser original



Thoracic Angiolipoma: The Risk of Being Original

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial, miastenia gravis con timentomía y empiema izquierdo.

Dos meses antes de su ingreso, comienza con tos seca y disnea progresiva, sin otra sintomatología. A la auscultación pulmonar existía hipoventilación basal derecha siendo el resto de la exploración normal. La radiografía de tórax mostró un derrame pleural derecho libre hasta campos medios. En los análisis destacaba una

hipoxemia moderada. La tomografía computarizada (TC) torácica objetivó un derrame pleural derecho submasivo, con atelectasia secundaria; sobre pleura parietal paravertebral derecha existía una tumoración sólida que sugería neoplasia (fig. 1). Se realizó toracocentesis evacuando un líquido serofibrinoso con características de exudado por el cociente de proteínas, que era de 0,8, pero con normalidad del pH, de glucosa y muy bajo recuento leucocitario (140 mm³). Los niveles de adenosin deaminasa fueron normales. Las baciloscopias y los cultivos fueron negativos. La citología mostraba inflamación e hiperplasia mesotelial reactiva. La fibrobroncoscopia fue normal. Por tomografía por emisión de positrones (PET) resultaba negativo para malignidad. La resonancia nuclear magnética (RNM) identificó una lesión paraespinal mal delimitada, heterogénea, sin afectación vertebral pero con posible

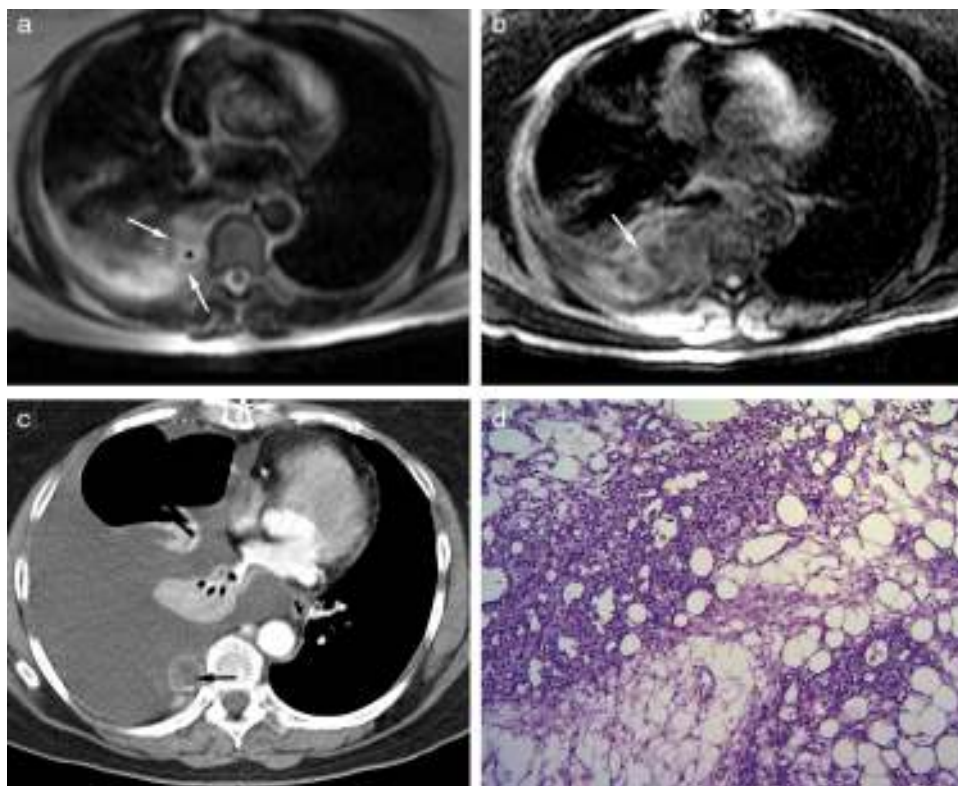


Figura 1. a) RNM de tórax, secuencia axial ponderada en T2: lesión heterogénea, con focos hiperintensos debidos a cavidades líquidas o a grasa (*) e imágenes lineales hipointensas debidas a septos o vasos (flechas); b) Secuencia axial SGE T1 con supresión grasa y medio de contraste paramagnético (gadolinio iv) en fase precoz: masa heterogénea con realce de algunas de las imágenes serpiginosas (flecha); c) TC con contraste intravenoso: masa lobulada heterogénea. Presenta realce reticular y lineal, conservando pequeños focos hipodensos (flecha), representativos de grasa, y d) Tumor sólido constituido por tejido adiposo maduro asociado a una red de vasos sanguíneos de paredes finas, anastomosados. Se visualizan hematíes en la mayoría de los vasos (Hematoxilina & eosina $\times 100$).