

CARTAS AL DIRECTOR

Traumatismo torácico penetrante que afecta a una prótesis mamaria

Sr. Director: Los traumatismos torácicos abiertos representan alrededor del 5-10% del total de los traumatismos torácicos. Suelen confinarse a la propia pared torácica, no afectando a ningún órgano, o pueden penetrar en la cavidad pleural, en cuyo caso suelen provocar un neumó o un hemotórax¹. Se presenta el caso de una paciente que sufrió una agresión por arma blanca en el hemitórax izquierdo que afectó a la prótesis mamaria de la que era portadora. Se trata de una circunstancia muy poco frecuente y escasamente referida.

Mujer de 38 años de edad, con antecedentes de uso de drogas por vía parenteral y prostitución. Se le había colocado una prótesis mamaria 16 años antes. Ingresó en el servicio de urgencias de nuestro centro tras haber sufrido una agresión por arma blanca. En la exploración física la paciente se hallaba consciente, orientada y con las constantes vitales mantenidas. Se constató la presencia de una herida punzante en la mama izquierda, con una reducción notable de su tamaño (fig. 1). La palpación confirmó la sospecha de una rotura del implante mamario. La auscultación demostró la existencia de una hipofonía global en todo el hemitórax izquierdo. La sospecha clínica de un neumotórax traumático izquierdo se confirmó con una radiografía simple de tórax. La paciente fue tratada con un drenaje pleural y, a continuación, fue intervenida quirúrgicamente a través de una incisión submamaria. La prótesis mamaria, que se hallaba vacía y con una laceración en su superficie, estaba por encima del músculo pectoral mayor y se extirpó después de liberarla de la cápsula periprotésica fibrosa que la incluía. Durante el curso postoperatorio la paciente presentó un síndrome de abstinencia, que requirió tratamiento con me-

tadona. Fue dada de alta a los 4 días de la intervención.

La rotura de una prótesis mamaria suele ser secundaria a causas iatrógenas, principalmente a la inserción de un drenaje pleural² o al realizar una mamografía³. La segunda causa en frecuencia son los traumatismos torácicos cerrados en un impacto directo sobre la mama o por un traumatismo por el cinturón de seguridad. Hay escasas descripciones sobre heridas torácicas que afecten a una prótesis mamaria⁴. El diagnóstico de la rotura del implante suele ser fácil en las prótesis de suero salino. En ellas se vacía rápidamente el contenido y se produce una asimetría de la mama afectada. En los implantes rellenos de silicona el diagnóstico no suele ser tan evidente debido a que el gel de silicona no fluye con facilidad. Se requieren exploraciones complementarias, como la mamografía, la ecografía y la resonancia magnética^{5,6}. Una vez confirmada la rotura, debe extirparse la prótesis y el material extravasado para evitar la formación de los granulomas a cuerpo extraño que el gel de silicona provoca. Su extensión a la cavidad pleural precisa también su extracción para evitar la formación de granulomas intrapleurales e, incluso, empiemas que han llegado a requerir una decorticación pleuropulmonar². En nuestro caso no hubo complicaciones por tratarse de una prótesis de suero salino. El neumotórax fue tratado de forma convencional. La prótesis mamaria se extirpó para evitar su infección, con la posibilidad de colocar otra en el futuro.

J. Fernández Palacios, P. Rodríguez Suárez* y J. Freixinet Gilart*

Servicios de Cirugía Plástica y *Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

1. Casanova J, Morán C, Pac J, Mariñán J, Izquierdo JM, Rojo R et al. Traumatismo torácico en una unidad especializada. Epidemiología y morbilidad. Arch Bronconeumol 1994; 30: 248-258.

2. Rice DC, Agastian T, Clay RP, Deschamps C. Silicone thorax: a complication of tube thoracostomy in the presence of mammary implants. Ann Thorac Surg 1995; 60: 1417-1419.
3. Baraka GJ. Rupture of implants following mammography. Plast Reconstr Surg 1995; 95: 936-937.
4. Pramod NK, Thomas A. Breast implant rupture due to gunshot injury. Plast Reconstr Surg 1994; 94: 893-894.
5. Samuels JB, Rohrich RJ, Weatherall PT, Ho AMW, Goldberg KL. Radiographic diagnosis of breast implant rupture: current status and comparison of techniques. Plast Reconstr Surg 1995; 96: 865-877.
6. Beekman WH, Scot MG, Taets van Amerongen AH, Hage JJ, Mulder JW. Silicone breast implant bleed and rupture: clinical diagnosis and predictive value of mammography and ultrasound. Ann Plast Surg 1996; 36: 345-347.

Neumonía necrosante y empiema por *Gemella morbillorum* en un paciente laringectomizado

Sr. Director: *Gemella morbillorum* es un coco grampositivo anaerobio o microaerófilo¹ que forma parte de la flora saprofita de la boca. Recientemente ha sido considerado el agente etiológico de endocarditis², artritis séptica³, septicemia⁴ y absceso de pulmón⁵, por invasión del torrente sanguíneo, debido sobre todo a manipulaciones dentales. Presentamos un caso de empiema y neumonía necrosante causado por *G. morbillorum* en un paciente con microaspiraciones repetidas tras una hemilaringectomía. El mecanismo de transmisión no se relacionó con la vía hematogena y el tratamiento con cefalosporinas, tubo torácico y fibrinolíticos resultó ser efectivo.

Varón de 47 años, fumador de 40 paquetes/año, alérgico a la amoxicilina, que fue ingresado en el hospital por malestar general, fiebre y dolor pleurítico. Seis meses antes se le había practicado una hemilaringectomía izquierda debido a un carcinoma epidermoide de laringe. Tras la cirugía, el paciente presentó atagantamientos frecuentes con la deglución, siendo tratado en otro hospital de dos episodios de neumonía bacteriana. Dos meses antes del ingreso el paciente fue sometido a laringectomía total con traqueotomía. La radiografía de tórax mostraba una consolidación alveolar en el lóbulo inferior izquierdo, por lo que se inició tratamiento empírico con eritromicina. Los hemocultivos fueron negativos y una broncoscopia sólo puso de manifiesto lesiones agudas de la mucosa bronquial. Los cultivos del broncoaspirado fueron positivos para *S. viridans*, interpretados como flora saprofita. La fiebre desapareció a los 3 días y el paciente fue remitido a su domicilio con tratamiento oral. Una semana después presentó de nuevo fiebre y empeoramiento de su estado general. La radiografía de tórax mostró una consolidación de todo el pulmón izquierdo y la TAC torácica consolidación alveolar del lóbulo superior izquierdo y derrame pleural izquierdo, con niveles hidroaéreos

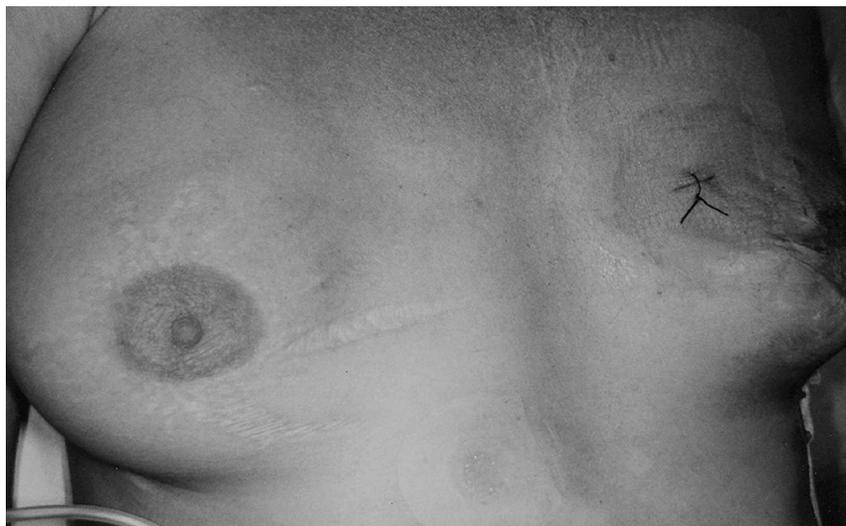


Fig. 1. Herida torácica por arma blanca sobre la región mamaria. Se aprecia claramente el menor volumen de la misma.

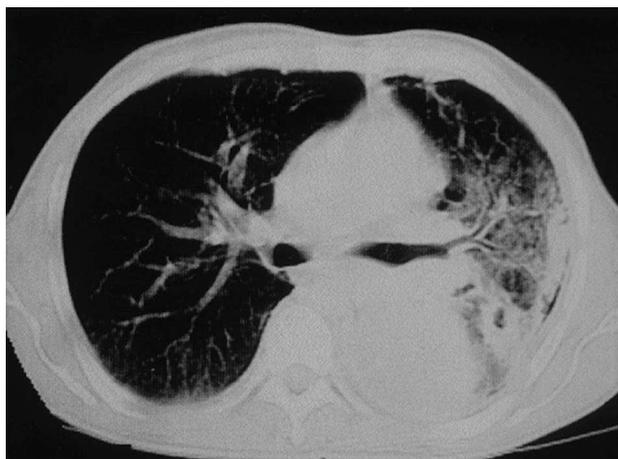


Fig. 1. TAC torácica en la que se observan una neumonía necrosante y derrame pleural con niveles hidroaéreos en el hemitórax izquierdo.

sugestivos de empiema (fig. 1). Los hemocultivos fueron repetidamente negativos. Las muestras del líquido pleural y del catéter bronquial protegido, procedentes de una segunda broncoscopia, fueron cultivadas en los medios agar sangre Columbia y agar chocolate e incubadas en una cámara anaerobia, así como en caldo de tioglicolato. La tinción de Gram reveló cocos grampositivos en cadenas con presencia intracelular en los leucocitos polimorfonucleares. Tras 48 h de incubación, se obtuvieron colonias alfa-hemolíticas, catalasa negativas, de todas las placas cultivadas procedentes de muestras de líquido pleural y catéter protegido ($> 10^3$ UFC/ml), con mejor crecimiento en el medio anaerobio. Los microorganismos fueron identificados como *G. morbillorum* mediante el sistema API 20 Strep (bioMérieux, Francia). La susceptibilidad antimicrobiana se determinó con la técnica de difusión en disco de Kirby-Bauer. Las concentraciones mínimas inhibitorias (CIM) de penicilina, cefotaxima y eritromicina se determinaron mediante el E-test (AB Biodisk, Suecia). Las CIM obtenidas fueron: penicilina 0,012 µg/ml, cefuroxima 0,094 µg/ml y cefotaxima 0,064 µg/ml. El microorganismo también era susceptible a ampicilina, cefalotina y vancomicina. Se obtuvo una susceptibilidad intermedia a gentamicina, pero era resistente a eritromicina y clindamicina. Muestras de los primeros aspirados bronquiales fueron cultivadas de nuevo y se reidentificó el aislamiento de *G. morbillorum*. Se inició tratamiento con cefotaxima intravenosa y se procedió a drenaje torácico intercostal, siendo necesario inyectar uroquinasa durante 3 días, retirando al sexto día el tubo pleural tras evacuar un total de 700 ml de líquido purulento. El paciente continuó con tratamiento oral (cefuroxima, 0,5 g cada 12 h) durante un mes. La radiografía de tórax mostró progresiva mejoría y en la TAC torácica se objetivó un engrosamiento pleural residual con áreas de bronquiectasias.

G. morbillorum es un coco grampositivo anaerobio aerotolerante que se halla normalmente en la flora humana orofaríngea¹, conocido como *S. morbillorum* hasta 1988⁶ raramente asociado a infecciones en humanos, aunque han sido descritos varios casos de endocarditis², artritis séptica³ y shock séptico⁴, así como de infecciones pulmonares y empie-

ma secundarios a manipulaciones dentales y posterior diseminación hematogena^{5,7,8}. En nuestro conocimiento, la neumonía necrosante y empiema por *G. morbillorum*, debido a aspiración, no ha sido descrita hasta la fecha. Tras el diagnóstico de cáncer de laringe, a nuestro paciente se le practicó una hemilaringectomía, pero problemas con la deglución e infecciones broncopulmonares repetidas obligaron a realizar finalmente una laringectomía total acompañada de traqueotomía. A diferencia de los otros casos publicados^{5,7,8}, no se implicó la vía hematogena, siendo los cultivos sanguíneos repetidamente negativos. Tampoco existían antecedentes previos de manipulación dental ni infección bucal franca. Al ser *G. morbillorum* un saprofito orofaríngeo, la infección pulmonar fue debida probablemente a microaspiraciones repetidas. *G. morbillorum* es una bacteria de lento crecimiento que puede confundirse con las variantes ambientales de estreptococos, como ocurrió en el primer ingreso del paciente, cuando los cultivos de *S. viridans* en los broncoaspirados se interpretaron como flora "contaminante". Aunque el papel de las cefalosporinas en el manejo de estas infecciones no está contrastado⁴, ante la historia previa de alergia a amoxicilina en el paciente y la actividad *in vitro* de cefuroxima (CIM \leq 0,094 µg/ml) y cefotaxima (CIM \leq 0,064 µg/ml), iniciamos tratamiento con estos fármacos, con buena respuesta clínica. Para establecer la duración del tratamiento de infecciones severas debidas a *Gemella* spp. algunos autores^{9,10} recomiendan seguir las mismas normas que se aplican para casos de endocarditis por *S. viridans*, aunque la información que existe para infecciones pulmonares es muy escasa. En el caso presentado, tras el tratamiento intravenoso con cefotaxima se mantuvo la medicación oral (cefuroxima 0,5 g cada 12 h) durante un mes para evitar complicaciones pulmonares o bronquiales.

J. Signes-Costa, E. Chiner y J.M. Arriero
Sección de Neumología. Hospital
Universitario Sant Joan d'Alacant.

1. Summanen P. Recent taxonomic changes for anaerobic gram-positive and selected gram-negative organisms. Clin Infect Dis 1993; 16 (Supl 1): S168-S174.

2. Terada H, Miyara K, Sohara H, Sonoda M, Venomachi H, Sanada J et al. Infective endocarditis caused by an indigenous bacterium (*Gemella morbillorum*). Intern Med 1994; 33: 628-631.
3. Essen RV, Ikavalko M, Forsblom B. Isolation of *Gemella morbillorum* from joint fluid. Lancet 1993; 342: 177-178.
4. Vasishtha S, Isenberg HD, Sood SK. *Gemella morbillorum* as a cause of septic shock. Clin Infect Dis 1996; 22: 1084-1086.
5. Da Costa CT, Porter C, Parry K, Morris A, Quoraishi AH. Empyema thoracic and lung due to *Gemella morbillorum*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1996; 15: 75-77.
6. Kilper-Bälz R, Schleifer KH. Transfer of *Streptococcus morbillorum* to the genus *Gemella* as *Gemella morbillorum* comb. nov. Int J Syst Bacteriol 1988; 38: 441-443.
7. García del Busto A, Moreno R, Pardo F, Ferrandiz A. Empiema causado por *Gemella morbillorum*. Med Clin (Barc) 1995; 104: 196-197.
8. Hayashi Y, Ito G. A case of bacterial empyema caused by *Gemella morbillorum*. Kansenshoguka Zasshi 1996; 70: 259-263.
9. Bisno AL, Dismukes WE, Durack DT, Kaplan EL, Karchmer AN, Kaye D et al. Antimicrobial treatment of infective endocarditis due to *viridans* streptococci, enterococci, and staphylococci. JAMA 1989; 261: 1471-1477.
10. Wood CA. Infections caused by *Gemella morbillorum*. Lancet 1993; 342: 560.

Herniación pulmonar en un tosero crónico

Sr. Director: La protrusión a través de un defecto de la pared torácica de un saco herniario pleural, cubierto por pared y acompañado de tejido pulmonar constituyendo una herniación pulmonar es una situación poco frecuente¹. Últimamente hemos tratado a un varón de 51 años con obesidad mórbida (158 kg), entre cuyos antecedentes consta, como dato más reseñable, una bronquitis asmática muy rebelde a tratamiento y corticodependiente. Dos años antes, y durante una reanudación de su proceso con un catarro, después de tres golpes de tos insistente tuvo la sensación de fractura costal (octava costilla) y desde ese momento se palpaba una masa en la línea media axilar de unos 8 cm de diámetro y que era depresible a través de un defecto de la pared torácica, que aumentaba de tamaño con la tos y que producía dolor.

La radiografía de tórax era normal, pero se confirmó en la TAC una imagen de fractura múltiple de la octava costilla, junto con el saco protruyendo (fig. 1).

Fue intervenido, disecando la hernia de la pared y colocando unos ágrafes de Judet transversalmente, sujetos a las costillas superior e inferior, sin necesidad de abrir la cavidad pleural. El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo dado de alta a los 2 días postoperatorios, sin complicaciones reseñables, dato a tener en cuenta dado el riesgo quirúrgico del paciente. En la actualidad, y