



Fig. 1. Radiografía simple de tórax en la que se observa el pulmón expandido, enfisema subcutáneo e imágenes de nódulos pulmonares bilaterales que corresponden a la afectación sistémica de la paciente.

operación se obtuvo el sellado completo de la misma.

El curso evolutivo ulterior fue satisfactorio, permaneciendo una imagen compatible con una atelectasia segmentaria en el lóbulo superior derecho pero con ausencia de sintomatología. Cuatro días después se retiró el drenaje pleural y a los seis días fue dada de alta hospitalaria con el pulmón totalmente expandido. Al año del tratamiento, la paciente se halla en situación clínica estable y sin complicaciones pleuropulmonares.

La FBP es una grave situación clínica que complica el curso evolutivo de numerosos procesos. Se ha descrito con mayor frecuencia como complicación postoperatoria<sup>1</sup>. También puede acompañar a traumatismos torácicos y a infecciones pleuropulmonares<sup>4</sup>. En otras circunstancias, la FBP se presenta en forma de neumotórax espontáneo, en cuyo caso puede ser idiopático o secundario<sup>5</sup> como en el caso que presentamos.

Si no se soluciona el cuadro con la terapéutica conservadora (drenaje pleural y/o antibioticoterapia), se indica como primera opción la cirugía. La administración de cola biológica a través de toracoscopia o broncoscopia se plantea en aquellos pacientes que presentan un elevado riesgo operatorio. La adopción de una u otra medida depende de varios factores, entre los que se considera la etiología de la FBP, el tamaño de la misma, la presencia de la infección del espacio pleural y el estado general del paciente<sup>1, 2</sup>.

Para la utilización de cola biológica a través de fibrobroncoscopia, debe asegurarse una buena expansión pulmonar y comprobar que no exista una infec-

ción de la cavidad pleural tributaria de un procedimiento quirúrgico mayor. También debe evitarse el tratamiento mediante adhesivo biológico en aquellas FBP de gran tamaño, por el importante débito aéreo que presentan, que impide la fijación de la cola.

La técnica de aplicación ha sido descrita y es de relativa sencillez, aunque requiere una táctica minuciosa. Se trata de utilizar un catéter diseñado a tal efecto y localizar adecuadamente la fuga aérea en el drenaje pleural. En el bronquio elegido debe aplicarse la cola hasta que se constate el cierre de la FBP.

Si bien se ha utilizado mayoritariamente en las fugas aéreas postoperatorias y postraumáticas, creemos que en los pacientes de gran riesgo operatorio, como en el caso que presentamos, debe incluirse esta técnica como alternativa a la cirugía.

J. Freixinet, F. Rodríguez de Castro\* y L. López Rivero

Unidad de Cirugía Torácica y \* Sección de Neumología. Hospital Ntra. Sra. del Pino. Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud. Universidad de Las Palmas.

1. Powner DJU, Bierman MI. Thoracic and extrathoracic bronchial fistulas. *Chest* 1991; 100:480-486.
2. Baumann MH, Sahn S. Medical management and therapy of bronchopleural fistulas in the mechanically ventilated patient. *Chest* 1990; 97:721-728.
3. Matar AF, Hill JG, Duncan W, Orfanakis N, Law I. Use of biological glue to control pulmonary air leaks. *Thorax* 1990; 45:670-674.
4. Lemmer JH, Botham MJ, Orringer MB. Modern management of adult thoracic empyema. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 90:849-855.
5. Light RW. Pleural diseases. Philadelphia-London, Lea and Febiger 1990; 237-262.

### Presentación atípica de infección por *Streptococcus mitis* en un paciente con leucemia linfoblástica aguda

**Sr. Director:** Presentamos un paciente de 18 años diagnosticado de leucemia linfoblástica aguda tipo B dos meses antes en fase A2, sin más antecedentes patológicos de interés.

Reingresa en el hospital por cuadro febril sin focalidad infecciosa evidente. Hemograma inicial: Hbg 9 g/dl, hematías  $2,91 \times 10^9$  ml, Hto 21 %, leucocitos  $1,39 \times 10^9$  ml: neutrófilos 44,6 %, linfocitos 34,7 %, monocitos 4,5 %, eosinófilos 13,6 %, basófilos 0,2 %, Leuc 2,4 %. Tras la batería de cultivos habituales se inicia tratamiento empírico con ceftazidima y amikacina.

En los dos primeros días del ingreso desarrolla cuadro de tos seca irritativa,



deterioro gasométrico significativo e inicia imagen en tórax de patrón alveolo-intersticial difuso bilateral. Se realiza fibrobroncoscopia y lavado broncoalveolar (LBA), aislándose un coco Gram+ en cultivo puro que se consideró inicialmente como contaminante. Evoluciona con deterioro progresivo y es ingresado en UCI por severo fracaso ventilatorio que obliga a intubación y ventilación mecánica desde el ingreso y posteriormente PEEP de 10 cmH<sub>2</sub>O. Se repite LBA, aislando nuevamente un coco Gram+ en cultivo puro identificado como *Str. viridans (mitis)* resistente a penicilinas, cefalosporinas y sensible a vancomicina. Tratado con esta última el paciente mejora, retirando la ventilación mecánica al sexto día.

Queremos reseñar en este caso: 1) La presencia de *Str. viridans* que, aunque no suele incluirse como típico en los listados convencionales de infecciones en pacientes neutropénicos, aparece cada vez con más frecuencia incriminado como patógeno en este tipo de pacientes. 2) El gran rendimiento obtenido por el BAL en pacientes inmunodeprimidos, pudiendo evitar con su realización el llegar a técnicas diagnósticas más agresivas<sup>5</sup>.

**Adenda:** El paciente fue trasplantado en enero de 1992 y en la actualidad permanece asintomático y libre de enfermedad.

A. Romero Ortiz, F. Guerrero López\* y J.M. González Vega

Servicio de Respiratorio y \* Unidad de Cuidados Intensivos. C.S. Virgen de las Nieves. Granada.

1. Cohen J. Septicemia caused by viridans streptococci in neutropenic patients with leukaemia. *Lancet* 1983; 24:1.452-1.454.
2. Arning M. Septicemia due to *Streptococcus mitis* in neutropenic with acute leukemia. *Blut* 1990; 61:364-368.
3. Gatell JM, Torres A. Infiltrados pulmonares en el paciente inmunodeprimido (I). *Med Clin* 1987; 88:726-730.
4. Meunier F. Infections in patients with acute leukemia and lymphoma. Principles and practice of infectious diseases. Mandell, Douglas. 287:2.265-2.273.
5. De Gracia J. Importancia del LBA en el diagnóstico temprano de la afección pulmonar difusa en el paciente inmunodeprimido (II). *Med Clin* 1987; 89:728-732.