



CARTAS AL DIRECTOR

Abordaje anterior en el tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo bilateral mediante videotoracoscopia

Sr. Director: El abordaje quirúrgico en pacientes con patología pulmonar bilateral plantea al cirujano torácico cuestiones sobre la cronología, secuencia y vía de abordaje de ambos hemitórax; su decisión dependerá de su experiencia personal, la patología pulmonar y del análisis individual del caso. Presentamos el tratamiento quirúrgico de un paciente con neumotórax espontáneo recidivante que afectaba a ambos hemitórax, mediante videotoracoscopia (VTS) simultánea colocando al paciente en decúbito supino y sin precisar cambiar su posición para el abordaje de ambos hemitórax.

Varón de 21 años que ingresó por urgencias con el diagnóstico de neumotórax espontáneo derecho, con el antecedente de 2 episodios de neumotórax previos resueltos con drenaje torácico, el primero se trataba de un neumotórax derecho hacía 3 meses y el segundo, izquierdo, 15 días antes de su ingreso actual. Se procedió a colocar un drenaje torácico derecho y se programó para tratamiento quirúrgico bilateral simultáneo. En quirófano se colocó al paciente en decúbito supino y con los brazos en cruz, se utilizó tubo de doble luz para colapsar el pulmón y se preparó el campo quirúrgico abarcando ambos hemitórax. Con la rotación lateral de la mesa se obtuvo una mejor exposición de cada hemitórax. Se procedió primero con el lado derecho, se realizó una incisión a nivel del cuarto espacio intercostal submamario (A) para introducir la cámara visualizando adherencias laxas en vértice y cara lateral, bajo visión directa se realizaron otras 2 incisiones, una en el quinto espacio intercostal línea axilar media (B) y otra en el tercer espacio intercostal línea medio clavicolar (C) para la introducción de pinzas y electrocauterio liberando las adherencias pleurales. A través de la incisión B, se introdujo la EndoGIA 60 para la resección de *blebs* subpleurales localizados en el vértice del lóbulo superior derecho. A través de este abordaje triangular anterolateral no tuvimos dificultad para la manipulación o apertura de la EndoGIA 60, realizando incluso con facilidad la coordinación de los movimientos del instrumental quirúrgico. De igual forma se procedió con el hemitórax izquierdo, resecano bullas apicales del lóbulo superior izquierdo (LSI). Se dejó un drenaje torácico en cada lado y se realizó abrasión pleural con grasa, si bien en el lado izquierdo se añadió pleurectomía parcial superior que fue necesaria para la liberación del LSI. No se produjeron complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico total fue de 75 minutos. El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones retirándose el último drenaje en el tercer día del postoperatorio y el paciente fue dado de alta al cuarto.

En los últimos años asistimos al desarrollo de la VTS que encuentra una de sus principales indicaciones en el tratamiento del neumotórax espontáneo^{1,2}. Las alternativas quirúrgicas en los pacientes con enfermedad bilateral

pasan por cirugía secuencial diferida o cirugía simultánea en el mismo acto quirúrgico. Antes de la incorporación de la VTS el procedimiento de elección en el tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo bilateral era la esternotomía media permitiendo un buen acceso a ambos hemitórax evitando 2 toracotomías^{3,4}. Si bien es asumido por todos que para la realización de la VTS el paciente debe estar colocado en decúbito lateral para facilitar la conversión en caso de ser necesaria y por obtener un gran campo de visibilidad y manipulación pulmonar al estar su anclaje a nivel hiliar, nosotros al realizar este abordaje anterior contamos con la toracotomía submamaria como alternativa en caso de precisar conversión y, tras liberar las adherencias, conseguimos un gran campo de visibilidad con la cámara a través de la incisión A. Nuestro objetivo es transmitir la posibilidad de este abordaje anterior en el tratamiento de los pacientes con neumotórax bilateral sin precisar cambio postural del paciente durante el acto quirúrgico, presentando el tratamiento con éxito de nuestro primer paciente operado a través de este abordaje anterior bilateral.

J.L. Martín de Nicolás, P. Gámez
y C. Marrón

Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

- Lewis RJ, Caccavale RJ, Sisler GE, Mackenzie JW. One hundred consecutive patients undergoing video-assisted thoracic operations. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 421-426.
- Hazelrigg SR, Landreneau RJ, Mack M. Thoracoscopic stapled resection for spontaneous pneumothorax. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 105: 389-393.
- Toledo J, Varela G, Díaz Agero P, Pérez Antón A, Martín de Nicolás JL. Abordaje quirúrgico por esternotomía media en enfermedad pulmonar bilateral. *Cir Esp* 1986; 40 (1): 163-166.
- Lima O, Ramos L, Di Biasi P, Judice L, Cooper JD. Median sternotomy for bilateral resection of emphysematous bullae. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981; 82: 892-897.

Neumonía crónica por *Staphylococcus aureus* en un paciente joven

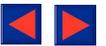
Sr. Director: La neumonía bacteriana crónica (NBC) es una entidad escasamente descrita en la literatura y definida como un síndrome clínico con síntomas respiratorios prolongados y radiografía de tórax persistentemente anormal, debida a causas bacterianas o no bacterianas¹. En un artículo recientemente publicado², Kirtland et al describen el grupo más grande de pacientes con NBC (115 casos) registrado en la literatura médica. Los criterios para incluir los pacientes en el estudio fueron: 1) radiografía de tórax anormal; 2) síntomas respiratorios (tos, hemoptisis, dolor torácico, disnea) y/o síntomas constitucionales de más de un mes de duración, y 3) ausencia de intubación traqueal o ventilación mecánica durante el curso de la enfermedad.

Creemos interesante aportar un nuevo caso, en el cual la no sospecha de esta entidad indujo en principio a la realización de varias pruebas radiológicas para descartar otros diagnósticos.

Varón joven de 14 años de edad, sin hábitos tóxicos de ningún tipo y con un único antecedente de sinusitis frontal hace 4 años. Acudió por presentar tos y expectoración purulenta de 2 semanas de evolución a la que se añadió fiebre de 38 °C 3 días antes del ingreso. La exploración física fue normal. En la analítica de sangre lo único destacable era una leucocitosis de 19.800 cel/nl (neutrófilos, 84%) y una VSG de 34 mm a la primera hora. La radiografía de tórax mostraba una condensación parenquimatosa sin broncograma aéreo a nivel de la base derecha. Se trató inicialmente como una neumonía extrahospitalaria con eritromicina a dosis habituales persistiendo la fiebre, por lo cual al cabo de varios días y según el hallazgo en un cultivo de esputo de 10⁶ UCF/ml de *Staphylococcus aureus* sensible a cloxacilina, se instauró tratamiento con este último antibiótico con lo que la fiebre remitió aunque persistió la tos, esputo mucopurulento y la anomalía en la radiografía de tórax. Debido a esto, y para descartar otras anomalías (secuestro pulmonar, quiste broncogénico, etc.), se practicaron TAC con contraste y RNM de tórax que no hicieron más que confirmar una lesión atelectásica en el segmento basal derecho, sin ninguna evidencia de cualquier otra lesión; por lo cual, ante la persistencia de la imagen en la radiografía de tórax, se practicó fibrobroncoscopia que no reveló existencia de lesión endobronquial de ningún tipo salvo abundantes secreciones purulentas que ocluían completamente un segmento basal derecho. El resultado microbiológico del aspirado bronquial fue de desarrollo de 10⁷ UCF/ml de *Staphylococcus aureus*. El mantenimiento de la terapia anterior durante 2 meses produjo una remisión total de los síntomas y la total resolución radiológica.

Aunque el hallazgo de *Staphylococcus aureus* no ha sido obtenido de una muestra no contaminada y habitualmente recomendada (BAL, catéter protegido), la cifra de 10⁷ UCF/ml obtenida en el aspirado bronquial simple ofrece, según Torres et al³, una especificidad del 85% en neumonías de pacientes en ventilación mecánica. Además, la aparición del mismo germen en cultivo de esputo y la excelente respuesta clínica y radiológica al tratamiento específico parecen confirmarlo como el germen causante.

En la citada serie de Kirtland, un 65% de pacientes tenían enfermedades predisponentes (entre las cuales asma y EPOC fueron las más frecuentes), no encontrando en el 35% restante ninguna enfermedad asociada. Así mismo, los gérmenes más frecuentemente encontrados como causantes de NBC en el anterior trabajo fueron *Haemophilus influenzae* y *S. alphahemolytic*, siendo únicamente *S. aureus* el 10,1% (10 de 115 pacientes), de los cuales, únicamente tres no tenían enfermedad subyacente. En general, la infección pulmonar por *S. aureus* suele ocurrir en adultos mayores y con enfermedad subyacente⁴, aunque ocasionalmente y durante epidemias de virus influenza puede ocurrir en individuos más jóvenes.



La duración del tratamiento en nuestro caso fue la aconsejada habitualmente en NBC¹ de más de 4 semanas, ya que tratamientos de corta duración tienen una alta tasa de recurrencia a pesar de la mejoría sintomática.

E. Fernández Vázquez, P. García López y G. Sáez Roca

Servicio de Neumología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

1. Kirtland SH, Winterbauer RH. Slowly resolving, chronic and recurrent pneumonia. *Clin Chest Med* 1991; 12: 303-318.
2. Kirtland SH, Winterbauer RH, Dreis DF, Pardee NE, Springmeyer SC. A clinical profile of chronic bacterial pneumonia. *Chest* 1994; 106: 15-22.
3. Torres A, Martos A, Puig de la Bellacasa J, Ferrer M, El-Ebiary M, González J. Specificity of endotracheal aspiration, protected specimen brush, and bronchoalveolar lavage in mechanically ventilated patients. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 952-957.
4. Kaye MG, Fox MJ, Bartlett JG, Braman SS, Glassroth J. The clinical spectrum of *Staphylococcus aureus* pulmonary infection. *Chest* 1990; 97: 788-792.

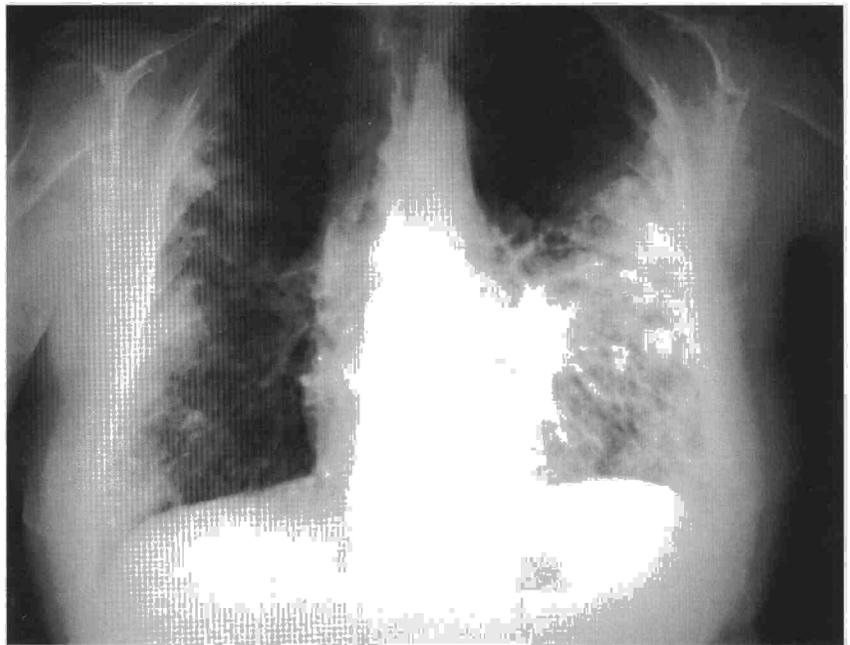


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Se aprecia un patrón alveolar bilateral y difuso de predominio periférico.

Asociación de carcinoma bronquioloalveolar y tuberculosis activa: presentación de un caso

Sr. Director: El carcinoma bronquioloalveolar (CBA) es una neoplasia primitiva pulmonar, definida por Liebow como un adenocarcinoma bien diferenciado que se localiza en la periferia del pulmón y que se extiende dentro de éste por vía aerógena y linfática¹. Su incidencia es baja (del 1,1-9% según diversas series), siendo el menos frecuente de los tumores pulmonares primitivos^{1,2}, con una presentación clínica y radiológica muy variable que dificulta el diagnóstico. Su asociación a tuberculosis pulmonar es una eventualidad a considerar, no sólo por la similitud radiológica que puede existir en ambos procesos, sino porque su asociación ha sido descrita ocasionalmente³. Se presenta un caso con dicha asociación, en el que el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, realizado por cultivo, fue conocido post mortem.

Mujer de 65 años, no fumadora, cuidadora de pájaros, que refiere un cuadro de 2 años de evolución de tos con expectoración blanquecina y disnea progresiva, siendo el motivo del estudio fiebre alta de 3 días de duración, acompañada de escalofríos, disnea y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo. A la exploración física destacaba el aspecto de enfermedad aguda y la presencia de estertores tipo "velcro" difusos. En la analítica de rutina se apreciaba discreta leucocitosis con velocidad de sedimentación globular de 76 mm a la primera hora; PaO₂: 61,3; PaCO₂: 37,5; pH: 7,42; HCO₃: 24,2; siendo el resto un protocolo analítico general normal. Tres citologías de esputo fueron negativas para malignidad. Las baciloscopias seriadas de esputos, la prueba de Mantoux, la serología para neumonías atípicas y las precipitinas para antígenos aviares fueron negativas. La radiología simple (fig. 1) y la TAC de tórax mostraron una consolida-

ción alveolar bilateral y difusa, con múltiples nódulos acinares con localización de predominio periférico. La fibrobroncoscopia no detectó hallazgos relevantes, siendo la biopsia bronquial, el lavado broncoalveolar y el cepillado bronquial negativos para malignidad. La biopsia pulmonar, realizada por toracoscopia, reveló adenocarcinoma bien diferenciado con patrón de crecimiento bronquioloalveolar. La paciente falleció en medio domiciliario, siguiendo medidas paliativas, a las 4 semanas del diagnóstico. Los cultivos de esputo en medio de Löwenstein-Jensen, recibidos post mortem, fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis*.

El CBA hace honor una vez más a su apodo de "Gran Imitador"⁴, puesto que en este caso la sospecha diagnóstica inicial orientaba a un proceso de índole sistémico por la larga evolución y los antecedentes personales de la paciente. De entre las múltiples etiologías que pueden manifestarse por afectación alveolar bilateral figuran el CBA y la tuberculosis, circunstancias que han coexistido en este caso, y que pueden determinar dificultades y retrasos en el diagnóstico.

El diagnóstico de tuberculosis activa, recibido tras cultivos específicos, después del alta del paciente o de su fallecimiento, formando parte de la forma de "tuberculosis generalizada tardía" es algo a lo que estamos acostumbrados en nuestro hospital⁵. La ausencia de granulomas en la anatomía patológica, a pesar de haberse hecho una investigación cuidadosa de todo el material biopsico, sugiere que la tuberculosis no estaba diseminada, lo cual se corrobora por una broncoscopia normal.

Creemos, al igual que otros autores, que esta asociación es algo más que una simple casualidad⁶. Por ello aconsejamos que, del mismo modo que se deben descartar procesos

neoplásicos pulmonares en pacientes con tuberculosis pulmonar activa, habría que sospechar y descartar la presencia de ésta en pacientes con CBA, con el fin primordial de evitar contagios y tener un mejor control sobre la enfermedad.

E. Rodríguez Perdomo, S. Suárez Ortega* y J. Parrilla Díaz

Servicios de Neumología y *Medicina Interna. Complejo Hospitalario Las Palmas Norte. Hospital El Sabinal. Las Palmas de Gran Canaria.

1. Velilla Marco J, Pérez-Trullén A, Peña López-Galindo M, Álvarez Alegret R, Muñoz y Fernández JR, Marín Trigo JM. Carcinoma bronquioloalveolar. *Arch Bronconeumol* 1987; 23: 289-297.
2. Sánchez Armengol A, Ayerbe García R, Montemayor Rubio T, Borderedas Naranjo F, Medina Gallardo JF, Ortega Ruiz F. Carcinoma bronquioloalveolar. *Arch Bronconeumol* 1992; 28: 227-230.
3. Ludington LG, Verska JJ, Howard T, Kypridakis G, Brewer LA. Bronchiolar carcinoma (alveolar cell). Another great imitator: a review of 41 cases. *Chest* 1972; 61: 622-628.
4. Garrapiz J, Serrano Herranz R, Aznar R. Carcinoma bronquioloalveolar y tuberculosis pulmonar activa. *Arch Bronconeumol* 1990; 26: 378.
5. Suárez S, Artiles J, Arkuch M, Delgado J. Tuberculosis genitourinaria y hepatopatía: ¿una asociación frecuente? *Rev Clin Esp* 1994; 194: 514-515.
6. Lozano A, Tiberio G, Sánchez J, García de Lucas MD. Carcinoma bronquioloalveolar y tuberculosis pulmonar activa, ¿más que una coincidencia? *Rev Clin Esp* 1992; 191: 57-58.