



Abscesos múltiples de la pared torácica como complicación de un traumatismo torácico cerrado

Sr. Director: Las infecciones de la pared torácica suelen ser secundarias a intervenciones quirúrgicas¹ y, más raramente, a traumatismos con contaminación directa. Presentamos un caso en el que una sepsis estafilocócica dio lugar a la infección de hematomas preexistentes en un paciente con traumatismo torácico, circunstancia extremadamente rara.

Paciente de 62 años de edad, que ingresó en el servicio de urgencias con un nivel de conciencia disminuido tras haber sufrido un traumatismo por accidente de tráfico. Ingresó con 18 respiraciones/min de frecuencia respiratoria, pulso de 82 lat/min, presión arterial de 120/70 mmHg y puntuación de 13 en la escala de coma de Glasgow. Las exploraciones cardiocirculatoria, respiratoria y abdominal eran normales y los pulsos periféricos se hallaban presentes. El hemograma y la bioquímica de urgencias fueron también normales. La radiografía simple de tórax mostró múltiples fracturas costales izquierdas de la quinta a la novena costillas, sin afectación pleuropulmonar. La tomografía computarizada de tórax demostró una hemorragia subaracnoidea parietal derecha.

La situación neurológica del paciente mejoró hasta hacerse normal al cuarto día del ingreso. El día 5 inició un cuadro de fiebre y disnea. El examen físico demostró una hipoventilación en las bases pulmonares y la gasometría halló una presión arterial de oxígeno de 54 mmHg, presión arterial de anhídrido carbónico de 27 mmHg y pH de 7,5. La radiografía simple de tórax evidenció un infiltrado basal pulmonar izquierdo y derrame pleural homolateral. Se realizaron urocultivos y hemocultivos y se inició tratamiento con ceftacidina y tobramicina. Fue ingresado en la unidad de medicina intensiva, intubado y ventilado con presión positiva al final de la espiración de 10 cm de agua, obteniendo una gasometría arterial con 230 mmHg de presión arterial de oxígeno. La exploración física demostró la presencia de masas fluctuantes en la región paraesternal izquierda de 3 y 5 cm, respectivamente, situadas en los espacios intercostales 2 y 4, sin presencia de calor ni eritema. En los días siguientes la situación clínica del paciente empeoró de forma progresiva, a pesar de que mejoró la imagen radiológica del infiltrado pulmonar y el derrame pleural.

Los hemocultivos demostraron la presencia de *Staphylococcus aureus* y se inició tratamiento con vancomicina. No se hallaron otros focos infecciosos y tanto el electrocardiograma como el ecocardiograma fueron normales. Las masas anteriormente detectadas en la pared torácica aumentaron de tamaño y se presentaron también signos inflamatorios claros. Al mismo tiempo se detectaron otras colecciones al nivel de la línea medioaxilar en los espacios intercostales 4, 5 y 7. La tomografía computarizada confirmó la presencia de estas

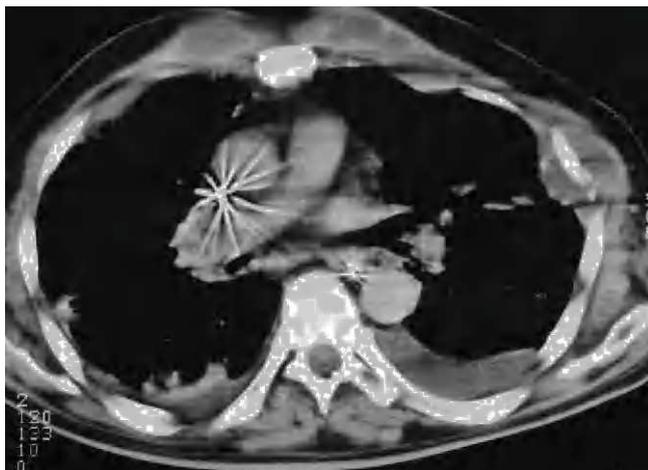


Fig. 1. Tomografía computarizada de tórax, en la que se aprecian colecciones de la pared torácica en la región paraesternal y de la pared lateral torácica izquierdas.

colecciones y de derrame pleural moderado bilateral (fig. 1). La punción de las colecciones confirmó el mismo germen del hemocultivo y la punción del derrame pleural no halló infección. Se procedió al desbridamiento de los abscesos y el paciente evolucionó favorablemente, para ser dado de alta 15 días después.

El caso clínico descrito presenta como hallazgo más relevante la extensión de una sepsis estafilocócica a hematomas de un traumatismo torácico, situación extremadamente rara²⁻⁴. En nuestro caso la única posibilidad de que se produjera esta eventualidad era la diseminación hematogena, ya que no había

comunicación a través de la piel. El derrame pleural no se hallaba contaminado, por lo que tampoco la sobreinfección de los hematomas de la pared torácica podía tener este origen. A pesar de no haber reconocido un foco primario de la infección, ésta pudo producirse en el aparato urinario, un catéter intravenoso o incluso en el pulmón. La única posibilidad de tratamiento en estos casos es el drenaje de las colecciones y la antibioterapia sistémica⁵, tal como hicimos. Este caso ilustra la posibilidad de que, en el curso de un traumatismo torácico cerrado con hematomas secundarios, pueda producirse la sobreinfección de éstos a

partir de una bacteriemia, circunstancia más descrita en la zona esternal²⁻⁴ y excepcional en fracturas costales.

Jorge Freixinet Gilart^a, Jorge Solé Violán^b y Felipe Rodríguez de Castro^c

^aUnidad de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

^bUnidad de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

^cUnidad de Neumología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

1. Hammainen P, Kostianen S. Postoperative necrotizing chest-wall infection. Case report of a rare complication after elective surgery. *Scand Cardiovasc J.* 1998;32:243-5.
2. Gregory MW, Jacobsen WM. Closed blunt chest trauma causing mediastinal abscess. *J Trauma.* 1996;41:899-901.
3. Cuschieri J, Kralovich KA, Patton JH, Horst M, Obeid FN, Karmy-Jones R. Anterior mediastinal abscess after closed sternal fracture. *J Trauma.* 1999;47:551-4.
4. Jayle CPM, Corbi PJ, Franco S, Menu PM. Destructive sternitis 3 years after blunt chest trauma. *Ann Thorac Surg.* 2005;80:348.
5. Burkhart HM, Deschamps C, Allen MS, Nichols FC III, Miller DL, Pairolero PC. Surgical management of sternoclavicular joint infections. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;125:945-9.