

5. Cáceres M, Ali SZ, Braud R, Wiman D, Garret HE. Spontaneous pneumomediastinum: a comparative study and review of the literature. *Ann Thorac Surg*. 2008;86:962-6.
6. García-Reina S, Gómez-Caro A, Sánchez-Lorente D. Síndrome de fuga aérea por enfermedad de injerto contra huésped. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:358-9.

Anna Kikeeva^a, Diana Berrio Grajales^b y Eduardo García Pachón^{c,*}

^a Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

^b Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

^c Sección de Neumología, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egpachon@gmail.com (E. García Pachón).

doi:10.1016/j.arbres.2011.01.007

Mediastinitis secundaria a una pancreatitis aguda

Mediastinitis Secondary to Acute Pancreatitis

Sr. Director:

La pancreatitis aguda es una patología grave que puede asociarse a complicaciones torácicas, fundamentalmente a neumonía con derrame pleural y más raramente a mediastinitis enzimática. De esta última apenas existen unos pocos casos publicados en la literatura. Debido a la gran morbimortalidad de la mediastinitis y a su escasa frecuencia, presentamos este caso clínico.

Paciente varón de 56 años, diagnosticado de una pancreatitis necrótica en su hospital de área. Tras una mala evolución, y con la sospecha diagnóstica de mediastinitis en la tomografía computarizada (TC), el paciente es trasladado a nuestro hospital. Inicialmente, al no presentar colecciones mediastínicas, se decide tratamiento conservador con antibioterapia empírica. Dos días después la TC de control muestra un aumento de la grasa mediastínica, colecciones mediastínicas con contenido aéreo, derrame pericárdico y pleural bilateral (figs. 1). Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se decide intervenir quirúrgicamente. Se practica una esternotomía media con extirpación de la grasa mediastínica necrosada, desbridamiento y drenaje de las colecciones mediastínicas existentes y drenaje pleural bilateral y pericárdico. El cultivo del material drenado es positivo para *Candida parapsilosis* y *Pseudomonas aeruginosa*.

La evolución postoperatoria es tórpida, con dehiscencia y exudado de aspecto purulento a través de la herida quirúrgica, por lo que se decide reintervenirlo, con drenaje-lavado del mediastino y dejándose una esternostomía abierta para curas locales.

Tras cultivos seriados de la herida quirúrgica sin aislamiento de gérmenes y sin complicaciones durante 2 meses, se decide el cierre de la esternostomía mediante la transposición de los músculos pectorales mayores. El paciente se recupera y es dado de alta a los 17 días de esta última cirugía.

Durante los controles posteriores, se detecta un tumor pancreático a los 6 meses. Al intervenirlo se descubren múltiples metástasis hepáticas, peritoneales y epiploicas. El paciente fallece meses después.

Dentro de las complicaciones torácicas de la pancreatitis (15-50% de los casos), la más frecuente es la neumonía con derrame pleural. Lo que es menos común es el pseudoquistes pancreático con extensión mediastínica, la fistula toraco-pancreática y, todavía más infrecuente, la mediastinitis secundaria a una pancreatitis, habiéndose publicado tan sólo 4 casos de esta última complicación^{1,2}.

El mecanismo patogénico de este tipo de mediastinitis parece ser la fuga de las secreciones pancreáticas y su ascenso, a tra-

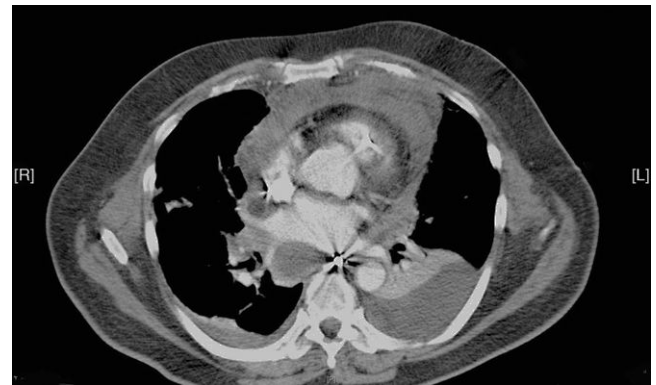


Figura 1. Imagen de la TC que muestra el ensanchamiento mediastínico, las colecciones con contenido aéreo, el derrame pleural bilateral y pericárdico y la atelectasia pulmonar compresiva.

vés del hiato esofágico o del aórtico, hasta el mediastino¹. En el caso de nuestro paciente, la pancreatitis necrótica podría haber causado la erosión del peritoneo parietal diafragmático y permitido la propagación intratorácica de las enzimas pancreáticas.

En un paciente con pancreatitis en el que aparece disnea, dolor torácico, fiebre, cianosis, taquicardia, fallo cardíaco agudo o un síndrome de la vena cava superior, hay que sospechar una complicación intratorácica. En nuestro caso, la pancreatitis se agrava con una insuficiencia respiratoria que requiere su ingreso en la unidad de cuidados intensivos y al realizar la TC se objetiva la afectación mediastínica y pleural.

En cuanto al tratamiento de este tipo de mediastinitis, todos los antecedentes publicados refieren la necesidad de cirugía mediante drenajes y desbridamiento, al igual que se ha llevado a cabo en el paciente que presentamos. La evolución tórpida ha supuesto el requerimiento de una esternostomía para la realización de curas locales durante varias semanas hasta la resolución del cuadro.

Tras nuestra experiencia y la revisión de la escasa bibliografía, queremos concluir con la recomendación de incluir la mediastinitis dentro del diagnóstico diferencial de un cuadro de pancreatitis en el cual aparecen síntomas respiratorios. Debido a la elevada morbimortalidad de este tipo de mediastinitis, aconsejamos un tratamiento agresivo con antibioterapia y desbridamiento quirúrgico además de un control clínico y radiológico exhaustivo para valorar la evolución de la enfermedad.

Bibliografía

1. Iacono C, Procacci C, Frigo F, Bergamo Andreis IA, Cesaro G, Caia S, et al. Thoracic complications of pancreatitis. *Pancreas*. 1989;4:228-36.

2. Holzer VR, Pesendorfer FX, Pridun N. Mediastinitis and bilateral pleural efusión of pancreatic origin. Wien Klin Wochenschr. 1982;94:28-32.

Rafael Ayuso-Velasco^{a,*}, Santiago García-Barajas^b y María García-Sáez^b

^a Servicios de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España

^b Servicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rayusov@telefonica.net (R. Ayuso-Velasco).

doi:10.1016/j.arbres.2011.01.015

Nódulos pulmonares bilaterales por brucelosis

Bilateral Pulmonary Nodules Due to Brucellosis

Sr. Director:

La brucelosis es una zoonosis endémica de zonas rurales de la Cuenca Mediterránea, Asia, África y América Central y del Sur, que afecta principalmente a los sistemas reticuloendotelial (hígado, bazo, médula ósea) y osteoarticular, siendo la fiebre el signo más característico y la afección pulmonar, muy rara.

Presentamos el caso de un paciente de 40 años, fumador activo, agricultor, que trabajó como pastor durante años. Acudió a urgencias por dolor torácico anginoso, sin fiebre ni semiología respiratoria. El ECG y los marcadores cardiacos fueron normales. Tras la aparición de nódulos pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax, se realizó una TC, mostrando 3 en el lado derecho y 2 en el izquierdo, de 2-3,5 cm, contornos bien definidos, calcificaciones lineales concéntricas y en contacto la pleura (fig. 1). Todos presentaron débil actividad metabólica en la PET. Ante estos hallazgos, y con serologías negativas, se realizó una video-toracoscopia derecha y resección de uno de los nódulos. El análisis anatomopatológico se informó como nódulo pulmonar bien delimitado, en capas de cebolla con infiltración granulomatosa, elementos gigantes celulares y centro necrosado en vías de calcificación. El diagnóstico de brucelosis por *Brucella melitensis* se obtuvo del cultivo microbiológico, instaurándose tratamiento con doxiciclina y rifampicina durante 6 semanas y gentamicina las primeras 2. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

La brucelosis es producida por un cocobacilo Gram-negativo aerobio estricto intracelular, del cual se ha reconocido cuatro especies como patógenas para el ser humano: *B. melitensis*, *B. suis*, *B. abortus* y *B. canis*. Recientemente se han descubierto dos tipos en animales marinos, *B. pinnipediae* y *B. cataceae*¹. En España se ha logrado una drástica disminución de su incidencia desde 1984, aunque continúa siendo un problema sanitario en zonas del centro y sur. En 2009 se registraron 150 casos, de los que 59 se declararon en Andalucía. El contagio se produce por consumo de productos lácteos no pasteurizados, contacto con animales infectados y, más raramente, por inhalación de partículas. También se han descrito casos de transmisión sexual y durante la lactancia materna. Se presenta como una enfermedad sistémica donde la fiebre es el signo casi constante y, a pesar de que pueda contraerse por vía aérea, la afección respiratoria es muy rara (<0,5-5%²) incluso en regiones endémicas. Como máxima incidencia se ha descrito en un 10% de los casos³.

Las manifestaciones respiratorias no difieren de una infección de vías altas publicándose casos de neumonía, absceso pulmonar, empiema, derrame pleural, hemoptisis, adenopatías hiliares y mediastínicas, mediastinitis y neumotórax, así como nódulos pulmonares solitarios o múltiples^{4,5}. Revisando la bibliografía anglosajona en MEDLINE (palabras clave: «multiple pulmonary nodules», «brucellosis»), sólo hemos hallado 11 casos publicados con nódulos pulmonares múltiples, de los cuales 5 eran bilaterales y, a excepción de un caso, de un tamaño subcentimétrico, visible únicamente mediante TC.

El diagnóstico presuntivo se realiza por serología y el de certeza por cultivo. *Brucella* spp. se ha aislado en sangre, esputo y líquido pleural; nuestro caso es el segundo en la literatura en que se aísla *B. melitensis* de un nódulo pulmonar⁶.

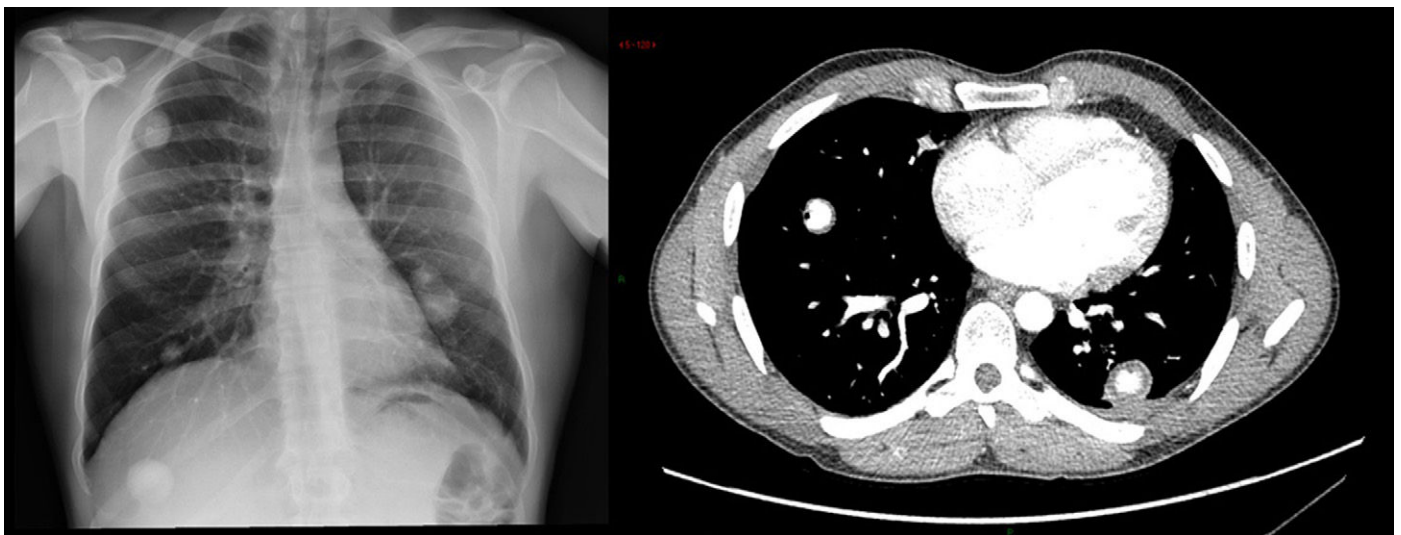


Figura 1. Radiografía y TC con nódulos pulmonares bilaterales.