

Los síntomas inespecíficos se relacionan con el aspecto de una lesión que ocupa espacio, como la descrita en el presente informe. Los quistes pueden causar disnea como consecuencia de una desviación marcada o estenosis traqueal o pueden provocar disfagia debido a la compresión o desviación esofágica.

En general, el diagnóstico diferencial se establece mediante exámenes radiológicos asociados a pruebas de laboratorio que demuestran un aumento de la concentración sérica de calcio y/o de la parathormona (PTH).

En el contexto de un estado de hiperparatiroidismo es preciso considerar un quiste funcionante mediastínico, por lo que su exéresis se practicará con una exploración cervical simultánea, que es fácil de realizar para los quistes cervicales infiltrados o localizados en el mediastino anterior. Para los quistes paratiroides del compartimiento mediastínico posterior, que requieren una toracotomía, la cervicotomía simultánea parece ser un tratamiento excesivo y solo debe considerarse tras la demostración de un hiperparatiroidismo persistente tras la cirugía.

Entre los estudios publicados no se han documentado casos de mortalidad, aunque la exéresis de quistes gigantes puede asociarse rara vez a complicaciones postoperatorias². Se ha descrito la VATS para el manejo satisfactorio de estas lesiones quísticas, aunque todos los casos hacen referencia a quistes de pequeño diámetro y localizados en el mediastino prevascular y anterior³⁻⁵.

La naturaleza excepcional del presente informe reside en las grandes dimensiones del quiste paratiroideo, por lo que se descartó un abordaje con VATS, pero se resolvió con éxito mediante abordaje toracotómico sin ninguna morbilidad postoperatoria, lo que dio lugar a la resolución clínica completa de los síntomas de presentación.

Financiación

El presente estudio se desarrolló durante la beca de investigación Dottorato di Ricerca - XXVI ciclo-Scienze Chirurgiche-Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna.

Bibliografía

1. De Quervain F. Epithe-Korperchen-Cysti. Schweiz Med Wochenschr. 1925;55:1169.
2. Shields TW, Immerman SC. Mediastinal parathyroid cysts revisited. Ann Thorac Surg. 1999;67:581-90.
3. Shibata Y, Niwa H, Yamada T, Kani H, Maemoto K, Mizuno T. Mediastinal parathyroid cyst: A case resected under video assisted thoracoscopic surgery. Jpn J Chest Surg. 1998;12:676-80.
4. Oyama T, Imoto H, Yasumoto K, Toyoshima S, Nagashima A. Mediastinal parathyroid cyst: Treatment with thoracoscopic surgery. A case report. J UOEH. 1999;21:317-23210.
5. Alesina PF, Moka D, Mahlstedt J, Walz MK. Thoracoscopic removal of mediastinal hyperfunctioning parathyroid glands: Personal experience and review of the literature. World J Surg. 2008;32:224-31.

Fabio Davoli^{a,*}, Ottavio Rena^a, Emanuele Pironcini^b y Caterina Casadio^a

^a Servicio de Cirugía Torácica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Università del Piemonte Orientale, Novara, Italia

^b Servicio de Cirugía Torácica, Ospedale San Gerardo, Monza, Italia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fab.78.161@hotmail.com (F. Davoli).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.01.007>

Infección respiratoria por *Bordetella hinzii*

Respiratory Infection Caused by *Bordetella hinzii*

Sr. Director:

Bordetella hinzii es una especie aislada en aves de corral con enfermedad respiratoria y ha sido descrita de manera ocasional en humanos. Presentamos el caso de una mujer de 85 años con un cuadro respiratorio consistente en tos, expectoración y disnea a medianos esfuerzos de varios días de evolución. Desde su centro de atención primaria se solicitó cultivo de esputo. La siembra se realizó en agar sangre, agar chocolate y agar McConkey (Oxoid®). La calidad de la muestra se consideró óptima tras la visión de Gram, en la que se objetivaron abundantes leucocitos polimorfonucleares y bacilos gramnegativos. A las 24 h de incubación a 35 °C se detectó abundante crecimiento de 2 tipos de colonias en agar sangre, chocolate y McConkey. En este último se observaron 2 morfologías de colonia: una de aspecto rosado y mucoso, y la segunda de aspecto transparente. La identificación se realizó mediante el sistema MALDI-TOF-MS biotyper3, que los clasificó como *Klebsiella oxytoca* y *B. hinzii*, esta última con un índice de 2.241, que se considera óptimo para género y especie. La confirmación molecular se realizó mediante secuenciación de 500 pares de bases del gen ARNr 16S¹ y comparación de la secuencia obtenida con las depositadas en GenBank con el algoritmo BLASTn del NCBI. Se obtuvo un 99% de homología con otras cepas de *B. hinzii* existentes, incluida la cepa tipo *B. hinzii* LMG 13501¹. El tratamiento antibiótico indicado al momento del alta en urgencias fue amoxicilina-clavulánico 2.000/62,5 mg cada

12 h. La sensibilidad antibiótica se realizó por sistema de microdilución en panel WalkAway® (Siemens) resultado sensibles los antibióticos: amoxicilina-clavulánico (CMI ≤ 8/4 µg/ml), azitromicina (CMI = 1,5 µg/ml), piperacilina-tazobactam (CMI ≤ 8 µg/ml), gentamicina (CMI = 4 µg/ml), levofloxacino (CMI ≤ 1 µg/ml); intermedio a: ampicilina-amoxicilina (CMI = 16 µg/ml), ciprofloxacino (CMI = 2 µg/ml), y resistente a cefuroxima (CMI > 16 µg/ml), tobramicina (CMI > 8 µg/ml), trimetoprim-sulfametoxazol (CMI > 4/76 µg/ml). Desde la descripción de *B. hinzii* en 1994¹ se han descrito aislamientos en muestras respiratorias procedentes de 3 pacientes. En un paciente con fibrosis quística se aisló *B. hinzii* de manera secuencial en esputo durante un período de 3 años² junto a *Staphylococcus aureus* en todas las muestras excepto en 2, donde fue el único microorganismo aislado. También se aisló en el lavado broncoalveolar de un paciente afectado por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) junto a *Nocardia asteroides*³. En este caso existía clínica de infección respiratoria, al igual que en nuestro caso. El papel etiológico de *B. hinzii* puede ser cuestionado en la paciente, ya que *K. oxytoca* se cultivó en paralelo en la muestra respiratoria pero en la literatura aparece como único microorganismo aislado en cultivo y causal de enfermedad⁴. *B. hinzii* también aparece como agente causal de bacteriemia en 3 casos descritos en la literatura, siendo la inmunodepresión el factor común en 2 de ellos: un paciente con síndrome mielodisplásico y otro paciente afectado por VIH⁴. Asimismo, *B. hinzii* como agente causal de colangitis crónica en un paciente trasplantado en tratamiento con inmunosupresores⁵, por lo que se considera que puede tener un papel potencialmente patógeno en personas inmunocomprometidas. No se encontró ningún dato en nuestra paciente que sugiriese inmunodepresión. Al igual que en algunas publicaciones

anteriores^{2,3}, en nuestra paciente no había ninguna exposición avar previa conocida, lo que sugiere que el organismo se obtuvo de otra fuente no identificada. *B. hinzii* es habitualmente resistente o intermedia a ampicilina, cefuroxima, ceftriaxona, cefotaxima, ciprofloxacino y tobramicina, y sensible a imipenem, meropenem, gentamicina, amikacina y trimetoprim-sulfametoxazol, que coincide con la sensibilidad antimicrobiana de nuestro aislado, excepto en el trimetoprim-sulfametoxazol. La identificación molecular mediante MALDI-TOF-MS y la secuenciación del 16S, como se realizó en nuestro caso, ofrece un diagnóstico microbiológico correcto⁶. La utilización de técnicas rápidas que aumentan la fiabilidad y la rapidez en la identificación de este microorganismo puede conducir a aclarar su papel como colonizador y patógeno humano.

Bibliografía

1. Cookson BT, Vandamme P, Carlson LC, Larson AM, Sheffield VL, Kersters K, et al. Bacteremia caused by a novel *Bordetella* species, *B. hinzii*. *J Clin Microbiol*. 1994;32:966-9.
2. Funke G, Hess T, von Gravenitz A, Vandamme P. Characteristics of *Bordetella hinzii* strains isolated from a cystic fibrosis patient over a 3-year period. *J Clin Microbiol*. 1996;34:966-9.

3. Gadea I, Cuenca-Estrella M, Benito N, Blanco A, Fernández-Guerrero ML, Valero-Guillén PL, et al. *Bordetella hinzii*, a "new" opportunistic pathogen to think about. *J Infect*. 2000;40:298-9.
4. Fry NK, Duncan J, Edwards MT, Tilley RE, Chitnavis D, Harman R, et al. A UK clinical isolate of *Bordetella hinzii* from a patient with myelodysplastic syndrome. *J Med Microbiol*. 2007;56:1700-3.
5. Arvand M, Feldhues R, Mieth M, Graus T, Bañadme P. Chronic cholangitis caused by *Bordetella hinzii* in a liver transplant recipient. *J Clin Microbiol*. 2004;42:2335-7.
6. Degand N, Carbonnelle E, Dauphin B, Beretti JL, le Bourgeois M, Sermet-Gaudelus I, et al. Matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry for identification of non-fermenting gram-negative bacilli isolated from cystic fibrosis patients. *J Clin Microbiol*. 2008;46:3361-7.

M. Pilar Palacián Ruiz*, M. Alejandra Vasquez Martinez
y Ana Isabel Lopez Calleja

Servicio de Microbiología, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ppalacian@salud.aragon.es
(M.P. Palacián Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.02.001>

Secuestro pulmonar bilateral en el adulto: aportación de un caso y revisión de la literatura

Bilateral Pulmonary Sequestration in an Adult: Case Report and Review of the Literature

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 64 años, exfumador, con criterios clínicos de bronquitis crónica, con oxígeno domiciliario desde hace más de 10 años y SAHS en tratamiento con CPAP nocturna. Ingresó en 1990 por neumonía en el lóbulo inferior izquierdo (LII) secundaria a cuadro de cuasi ahogamiento en agua de mar. Durante el seguimiento persistía una condensación triangular en el LII con TAC y fibrobroncoscopia no diagnósticas. Se realizó punción transtorácica guiada por TAC con citología negativa para malignidad y estudio microbiológico negativo. Presentó varios ingresos en los últimos años por agudización de la EPOC. Se solicitó nueva TAC torácica en 2004 por condensación en LII, siendo diagnosticado de posible secuestro pulmonar (SP) intralobar izquierdo. El paciente rechazó realizar nuevos estudios. En 2009 ingresó por neumonía, presentando en la TAC torácica (fig. 1) una formación compleja de unos 6-7 cm, en situación medial de LII, nutrida de un voluminoso vaso originado en la aorta torácica inferior y con drenaje a venas pulmonares, correspondiendo a un SP intralobar con probable sobreinfección; en situación simétrica, contralateral, existía otro vaso anómalo con origen también en la aorta, correspondiente a otro SP intralobar en dicha región derecha. Tras mejoría con tratamiento es dado de alta para seguimiento en consulta, pero no acude a las revisiones. La mayoría de los SP intralobares son unilaterales, siendo muy raros los bilaterales¹. Para Kohler el SP fue descrito por primera vez por Rokitsanski y Rektorzik en 1861 y no fue hasta 1946 cuando lo da a conocer Pryce² como entidad clínica. En 1972 Felson et al.³ comunicaron un caso de SP bilateral confirmado por anatomía patológica. En 1977 Karp et al.¹ describen otro caso en una niña de 13 años que presentó una masa en LII descubierta tras una radiografía de tórax. Se le realizó TAC y arteriografía pulmonar, evidenciándose un SP intralobar izquierdo, ya sospechado, y un SP derecho no observado anteriormente. Existen algunos casos publicados desde entonces coincidiendo en edad pediátrica o

adolescentes. Es en 2009 cuando Yamamura et al.⁴ explican el procedimiento quirúrgico que se realizó a un paciente de 44 años que presentaba un SP bilateral intra y extralobar. Wei y Li⁵ analizaron 2.625 casos de SP en 2011, entre los cuales tan solo 3 eran bilaterales y 2 de ellos intralobares. El caso que presentamos cumple la doble excepcionalidad de tratarse de un paciente con un SP bilateral intralobar y ser de edad avanzada. Ha presentado neumonías de repetición de aspecto cambiante en LII, en el que las pruebas diagnósticas no llegaron a ser concluyentes. En la TAC previa al ingreso actual ya se describía la posibilidad de SP. La existencia de condensaciones de repetición, especialmente si se producen en LII, obliga a contemplar el diagnóstico diferencial de diversas patologías como el SP, neumonías de larga evolución, enfermedad obstructiva crónica o tumores pulmonares⁶. Tradicionalmente el diagnóstico de SP requería de realización de angiografía pulmonar para poner de manifiesto vascularización anómala. La existencia de nuevas técnicas como la angioTAC de última generación permite reconstrucciones vasculares de alta resolución que pueden obviar la arteriografía, así como poner de manifiesto malformaciones



Figura 1. AngioTAC. Se aprecian las arterias nutricias de ambos secuestros subsidiarias de la aorta torácica.