

no presentaba necrosis pero sí un alto índice de mitosis, por tanto finalmente se diagnosticó como carcinoma atípico. La localización central de la recidiva impide realizar un tratamiento radical. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, realiza una vida normal y sigue revisiones.

Bibliografía

1. Fink G, Krelbaum T, Yellin A, Bendayan D, Saute M, Glazer M, et al. Pulmonary carcinoid: Presentation, diagnosis, and outcome in 142 cases in Israel and review of 640 cases from the literature. *Chest*. 2001;119:1647.
2. McMullan DM, Wood DE. Pulmonary carcinoid tumours. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;15:289-300.
3. Iglesias M, Belda J, Baldó X, Gimferrer JM, Catalán M, Rubio M, et al. Tumor carcinóide bronquial. Análisis retrospectivo de 62 casos tratados quirúrgicamente. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:218-21.

4. Thomas Jr CF, Jett JR. Bronchial carcinoid tumors: Epidemiology, risk factors, classification, histology, diagnosis, and staging [monografía en Internet]. En: Savarese, DMF, Skarin AT, editores: UpToDate, Waltham, MA, 2013 [acceso 16 May 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
5. Thomas Jr CF, Jett JR. Bronchial carcinoid tumors: Treatment and prognosis [monografía en Internet]. En: Savarese, DMF, Skarin AT, editores: UpToDate, Waltham, MA, 2013 [acceso 16 Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

Emilio Antonio Santalla Valle *, Silvia García y María Beatriz Cartón

Sección de Neumología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emansanva@hotmail.com (E.A. Santalla Valle).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.05.013>

Empiema necessitatis tras traumatismo torácico

Empiema Necessitatis Following Chest Trauma

Señor Director:

El empiema *necessitatis* es una rara complicación de las infecciones pleurales que se produce cuando estas son tratadas de forma tardía o inadecuada. Consiste en la extensión de una colección purulenta desde la cavidad pleural hasta formar un absceso en la pared torácica a través de los tejidos adyacentes, llegando a fistulizar a la piel¹. El traumatismo torácico constituye una causa muy infrecuente de empiema *necessitatis*, por lo que resulta de interés la presentación de un caso atendido recientemente en nuestro centro.

Varón de 49 años, fumador, obeso mórbido y con diabetes mellitus tipo 2 con mal control terapéutico, que consultó por traumatismo contuso costal izquierdo por la embestida de un toro que causó varetazo sobre dicha región 30 días antes de su ingreso en el hospital, no acudiendo a los servicios de urgencias en el momento del traumatismo. Presentaba un hematoma en la pared costal izquierda y dolor torácico, sin mejoría con analgesia habitual. A su llegada a urgencias presentaba presión arterial de 140/86 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 lpm, saturación de oxígeno del 96% y temperatura de 36,5 °C. En la exploración física presentaba hematoma en la pared torácica lateral izquierda sin celulitis perilesional y disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo. En la analítica destacaba una leucocitosis de 32.400/mm³ con neutrofilia (92,2%), hemoglobina 10 g/dl, glucemia 487 mg/dl y proteína C reactiva 40,3 mg/dl. En la radiografía de tórax se apreciaba derrame pleural izquierdo sin objetivarse fracturas costales. Se completó el estudio mediante tomografía computarizada (TC), donde se observó derrame pleural izquierdo que comunicaba con una colección anterolateral izquierda de la pared torácica (fig. 1). Se decidió iniciar tratamiento antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam (4/0,5 mg i.v. c/8 h) y realizar drenaje de ambas colecciones mediante punción percutánea de la colección de la pared torácica y el tubo de tórax, con salida de abundante material purulento. Mediante control radiológico se evidenció adecuada reexpansión pulmonar. Tras 72 h de ingreso se objetivaron múltiples orificios en la pared torácica lateral izquierda, con áreas necróticas y purulentas a su alrededor, sin afectación muscular, por lo que se realizó desbridamiento y lavado bajo anestesia general. El resultado microbiológico, tanto del líquido pleural como del absceso torácico, fue positivo para *Streptococcus agalactiae* sensible al antibiótico prescrito. El paciente permaneció hospitalizado durante 40 días, durante los cuales se continuaron las curas de las heridas quirúrgicas sin precisar otros tratamientos quirúrgicos adicionales.

La localización más frecuente de un empiema *necessitatis* es, como en este caso, la pared torácica anterior, entre la línea medio-clavicular y la axilar anterior. Otras localizaciones, descritas con menor frecuencia, son la pared abdominal, el espacio paravertebral, el mediastino, la mama o el diafragma^{1,2}. Antes de la era de los antibióticos la mayoría de los casos estaban causados por *Mycobacterium tuberculosis* y presentaban una mortalidad del 66%. Con el tratamiento antibiótico ha disminuido significativamente su incidencia, además de cambiar el agente etiológico a expensas de *Actinomyces israelii*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* o *Pseudomonas cepacia*^{3,4}. En nuestro caso se trataba de *Streptococcus agalactiae* y era secundario a un traumatismo torácico, ambos aspectos poco frecuentes en estas circunstancias. La presentación clínica puede ser muy variada, incluyendo dolor torácico, masa en partes blandas, tos o disnea. En función de la edad del paciente y de su morbilidad puede evolucionar hacia shock séptico. En nuestro caso se trataba de un paciente obeso y diabético con mal control terapéutico, ambos hechos favorables para el desarrollo de infecciones de localización y etiología atípica como consecuencia de las alteraciones del sistema inmunológico frente a microorganismos invasores, principalmente hongos y bacterias. Su diagnóstico se basa en pruebas de imagen, principalmente la TC, que demuestra la continuidad entre la colección pleural y el absceso de la pared torácica. El diagnóstico diferencial se debe realizar con otras patologías, como linfomas, mesotelioma o endocarditis⁵. Aunque el tratamiento de cada paciente debe ser individualizado, son fundamentales tanto el tratamiento antibiótico ajustado al antibiograma cuando sea posible, como el drenaje quirúrgico, este último

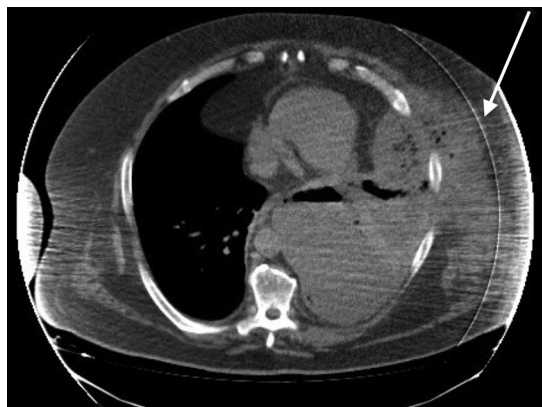


Figura 1. Tomografía computarizada: derrame pleural izquierdo que comunica con la colección anterolateral izquierda de la pared torácica.

imprescindible para evacuar el contenido purulento acumulado y conseguir la esterilización y la obliteración de la cavidad pleural, permitiendo así una buena movilidad pulmonar. Para ello podemos emplear distintos procedimientos, como los sistemas de drenaje cerrado mediante un tubo de toracostomía o costectomía parcial, o sistemas abiertos mediante una toracostomía abierta, creando una fistula pleurocutánea que permite el drenaje sin necesidad de tubo. No está establecido el tiempo necesario para ambos tratamientos, pero es recomendable mantener el antibiótico durante una semana por vía intravenosa y continuar entre 1-3 semanas por vía oral, en función de la respuesta clínica del paciente⁵. Con la asociación de ambos tratamientos se consigue una elevada tasa de curación, con escaso índice de mortalidad (menor del 5%), que suele ser secundaria a la confluencia de varios mecanismos como la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia cardíaca, la mediastinitis, la diseminación hematogena o la insuficiencia renal¹.

Bibliografía

1. Akgül A, Öрки A, Öрки T, Yüksel M, Armen B. Approach to empyema necessitatis. *World J Surg*. 2011;35:981-4.

2. Primo V, Rueda C, Chiralt A, Solá J. Nódulo mamario por empiema necessitatis. *Cir Esp*. 2012;90:873.
3. Kono S, Nauser T. Contemporary empyema necessitatis. *Am J Med*. 2007;120:303-5.
4. Mizell K, Patterson K, Carter JE. Empyema necessitatis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Case report and review of the literature. *J Clin Microbiol*. 2008;46:3534-6.
5. Llamas M, Domínguez I, Ovejero E, Pérez-Gala S, García-Díez A. Empyema necessitatis revisited. *Eur J Dermatol*. 2010;20:115-9.

Susana Pérez-Bru^{a,*}, David Martínez-Ramos^b
y José Luis Salvador-Sanchís^b

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Sant Joan, San Juan de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Castellón, Castellón, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: susanaperezbru@gmail.com,
susanabru.83@hotmail.com (S. Pérez-Bru).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.05.012>

Hallazgos en la tomografía computarizada de tórax de alta resolución de la neumonía lipoidea idiopática. A propósito de un caso

Idiopathic Lipoid Pneumonia Findings in Chest High Resolution Computed Tomography. A Case Report

Sr. Director:

La neumonía lipoidea (NL) es una entidad infrecuente que se produce como consecuencia del depósito de materiales grasos en el tejido pulmonar, de origen exógeno o endógeno, y cuya incidencia se encuentra entre el 1 y el 2,5% según algunas series de autopsias¹.

Presentamos el caso de un varón de 15 años con los antecedentes personales previos de ictericia a los 4 días de vida, convulsión

febril al año y 4 meses, síndrome escarlatiniforme a los 5 años, exantema erisipeloides a los 7 años y sinovitis de cadera. En seguimiento por el servicio de pediatría desde los 8 años por retraso en el crecimiento y desarrollo, con episodios de tos y disnea de esfuerzo, fue diagnosticado de asma episódica leve, por lo que siguió tratamiento con montelukast y salbutamol de rescate, sin mejoría. Durante el estudio se realizaron las siguientes determinaciones, que fueron normales: ANA, C3, C4, CD3, Nk, IgE, eosinófilos, función granulocítica, inmunoglobulinas, TSH, estudio de celiaquía, test del sudor, rast para alimentos y prick. Ha tenido contacto con 2 canarios desde edad temprana, y con pinturas en aerosol a los 11-12 años (grafitis).

En el momento del ingreso en la unidad de neumología el paciente presentaba disnea basal grado I-II. A la exploración se apreciaba buena coloración de la piel y de las mucosas y acropaquias. La saturación basal de O₂ era del 93% y la auscultación

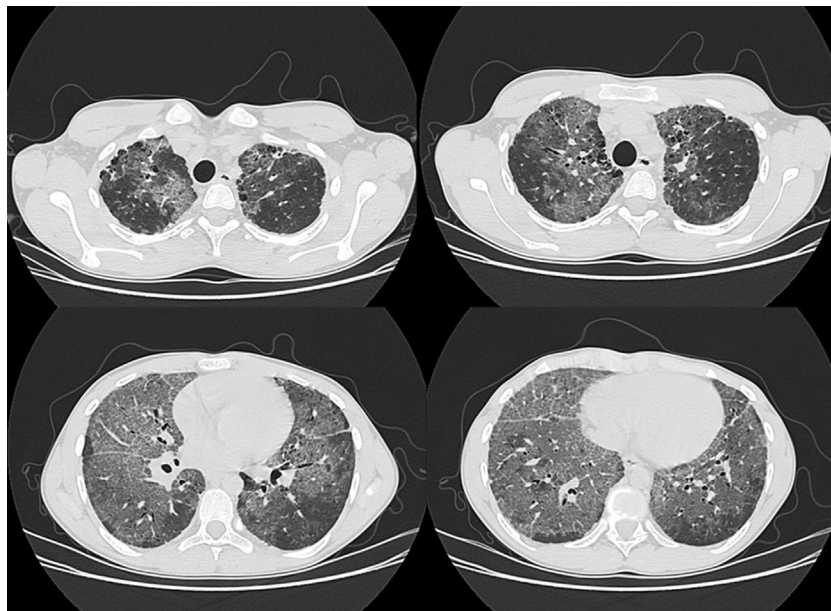


Figura 1. TACAR de tórax (cortes axiales) en el que se aprecia extensa afectación del parénquima pulmonar de predominio basal consistente en el llamado patrón en empedrado, asociado a pequeñas áreas de panalización subpleural en los lóbulos superiores.