

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Segrelles Calvo G, Zamora García E, Girón Moreno R, Vázquez Espinosa E, Gómez-Punter RM, Fernandes G, et al. Ventilación mecánica no invasiva en una población anciana que ingresa en una unidad de monitorización respiratoria: causas, complicaciones y evolución al año de seguimiento. Arch Bronconeumol. 2012;48:349-54.
2. WHO. Health Statistics and Health Information System. Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002. Disponible en: www.who.int/thinfo/bodgbd2002revised/en/index/html [consultado 20 Dic 2012].
3. Yach D, Hankes C, Gould C, Hofman K. The global burden of chronic diseases. JAMA. 2002;291:2616-22.

4. Ortega-González A, Peces-Barba G, Fernández I, Chumbi R, Cubero de Frutos N, González Mangado N. Evolution of patients with chronic obstructive pulmonary disease, obesity hypoventilation syndrome, or congestive heart failure undergoing noninvasive ventilation in a Respiratory Monitoring Unit. Arch Bronconeumol. 2006;42:423-9.
5. Elliot MW, Confalonieri M, Nava S. Where to perform noninvasive ventilation. Eur Respir J. 2002;19:1159-66.

Gonzalo Segrelles Calvo*, Enrique Zamora García y Julio Ancochea

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gsegrelles@hotmail.com (G. Segrelles Calvo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.03.002>

Recidiva local de tumor carcinoide bronquial

Local Recurrence of a Bronchial Carcinoid Tumour

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 74 años que acude a urgencias en noviembre de 2012 por expectoración hemoptoica con expulsión de «cuerpo extraño» sólido de aspecto carnoso. En los días previos refería sensación de sibilancias autolimitadas, sin disnea. Antecedentes: no hábitos tóxicos, neumonía en 2003 que precisó ingreso y lobectomía superior derecha por tumor carcinoide bronquial típico en abril de 2008. Sigue controles y revisiones periódicas sin evidencia de recidiva. Exploración: sibilancias en hemitórax derecho, sin otros hallazgos. En la analítica destaca: hemoglobina 11,1 g/dl, resto de parámetros normales. En la radiografía de tórax se apreciaba pérdida de volumen en hemitórax derecho por lobectomía superior derecha, sin cambios respecto a las previas. En la TC toracoabdominal se observaron lesiones polipoides en el bronquio principal derecho y en el muñón del bronquio lobar superior derecho. Broncoscopia: restos hemáticos con varias lesiones redondeadas, hipervascularizadas, milimétricas, en el tercio inferior de la tráquea, en la pared anterolateral derecha y anterior del bronquio principal derecho, por encima de la salida del lobar medio; carina principal y árbol bronquial izquierdo normales; masa lobulada en la zona del muñón de lobectomía superior derecha, sugestivas de tumor carcinoide (fig. 1). La biopsia bronquial fue informada como tumor neuroendocrino bien diferenciado tipo carcinoide con patrón de crecimiento organoide, sin identificar focos de necrosis, pero basándose en el índice de proliferación del 70%, corresponde a un carcinoma de alto grado. Inmunohistoquímica: Ki 67(+) en el 70% de las células tumorales, sinaptofisina intensamente positiva. Para completar el estudio de extensión se solicitó una gammagrafía con octreótido que no evidenció captaciones patológicas¹.

En Cirugía Torácica se realizó escisión local de tejido tumoral y coagulación con argón de las lesiones, excepto la infiltración más distal del bronquio derecho e intermediario. Posteriormente recibió tratamiento quimioterápico sistémico².

El tumor carcinoide es una neoplasia maligna de estirpe neuroendocrina originada en las células basales glandulares enterocromafines (Kulchitsky). Las localizaciones más frecuentes son la gastrointestinal (55%) y la pulmonar (30%). En esta, la endobronquial en el bronquio principal o lobar (70%). Histológicamente se subclasifica en carcinoide típico (crecimiento muy lento y 4 veces más frecuente) y atípico en función del número de mitosis por campo y presencia de necrosis³.

Suele ser asintomático o bien sangrar u obstruir produciendo tos, sibilancias, dolor torácico o neumonía recurrente. Solo el 5% secretan sustancias vasoactivas responsables del síndrome carcinoide. Se diagnostica mediante radiografía de tórax, TC y broncoscopia. Para la estadificación se utiliza RNM y gammagrafía con somatostatina⁴.

El tratamiento es cirugía radical (de elección), escisión endobronquial (láser), análogos de somatostatina, interferón alfa, quimioterapia, radioterapia. La supervivencia a los 5 años es: típico, del 82-87%, y atípico, del 56-75%⁵.

Lo llamativo de este caso es que, a pesar de la edad tardía de inicio (69 años), se consideró carcinoide típico con aparición de recidiva local tras más de 4 años libre de enfermedad. En ella



Figura 1. Imagen endoscópica en la que se aprecia una masa polilobulada, con zonas de necrosis, en la zona de muñón de la lobectomía superior derecha.

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.