

localización de la lesión. La toma de decisiones en este caso representó un verdadero reto diagnóstico y terapéutico.

Bibliografía

1. Parish JM, Rosenow 3rd EC, Swensen SJ, Crotty TB. Pulmonary artery sarcoma. Clinical features. Chest. 1996;110:1480–8.
2. Seo JB, Im JG, Goo JM, Chung MJ, Kim MY. Atypical pulmonary metastases: Spectrum of radiologic findings. Radiographics. 2001;21:403–17.
3. Shepard JA, Moore EH, Templeton PA, McLoud TC. Pulmonary intravascular tumor emboli: Dilated and beaded peripheral pulmonary arteries at CT. Radiology. 1993;187:797–801.
4. Okano Y, Satoh T, Tatewaki T, Kunieda T, Fukuyama S, Miyazaki N, et al. Pulmonary artery sarcoma diagnosed using intravascular ultrasound images. Thorax. 1999;54:748–9.

Stephny Laguna Sanjuanelo*, Jon Zabaleta y Borja Aguinagalde

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: laguna_stephy@hotmail.com, Stephanymelina.lagunasanjuanelo@osakidetza.net (S. Laguna Sanjuanelo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.010>

Empiema secundario a coinfección por *Aggregatibacter aphrophilus* y *Parvimonas micra*



Empyema due to Aggregatibacter aphrophilus and Parvimonas micra coinfection

Aggregatibacter aphrophilus, previamente denominado *Haemophilus aphrophilus*, es un cocobacilio gramnegativo anaerobio facultativo que forma parte de la flora orofaríngea de la boca. Aunque presenta una baja patogenicidad se han descrito infecciones asociadas al mismo como endocarditis, abscesos cerebrales, infecciones osteoarticulares y endoftalmítis^{1,2}, siendo la afectación pleuropulmonar excepcional³. *Parvimonas micra*, antiguamente conocido como *Peptostreptococcus micros*, es un coco gram positivo, anaerobio estricto. También es un comensal habitual de la orofaringe, y se ha asociado a infecciones polimicrobianas (abscesos intracraneales, infecciones de senos paranasales, periodontitis y embolismos sépticos^{4,5}). No existen apenas casos en la literatura de su implicación en la patogenia de infecciones pulmonares. Se presenta el primer caso de empiema pleural secundaria a una coinfección por *Aggregatibacter aphrophilus* y *Parvimonas micra*.

Varón de 49 años que ingresó por cuadro de 4 días de evolución de disnea, tos con expectoración purulenta y fiebre. Desde hace 3 meses presentaba astenia, anorexia y pérdida de peso de 12 kg. Era fumador habitual de 20 cigarrillos/día y tenía un consumo de alcohol diario de 80 g de etanol al día. No presentaba otras comorbilidades. En la exploración física destacaba temperatura de 37,4 °C, auscultación pulmonar con hipoventilación en la mitad inferior del hemitórax derecho y cavidad oral con mala higiene, abundantes caries y datos de periodontitis. La analítica mostraba un recuento de leucocitos de $13,6 \times 10^9/l$ (valores normales [VN]: $4-11,5 \times 10^9/L$) con neutrofilia, hemoglobina 10,4 g/dl (VN: 13–18 g/dl) y hematocrito 32,8% (VN: 41–50%), $959 \times 10^9/l$ (VN: $130-450 \times 10^9/l$) plaquetas con una velocidad de sedimentación globular (VSG) 1.^a hora de 110 mm (VN: < 20 mm). La radiografía de tórax de ingreso, mostraba un infiltrado parenquimatoso en el segmento posterior del lóbulo superior derecho y región apical de lóbulo inferior derecho con pérdida de volumen y derrame pleural derecho asociado (fig. 1a). Se realizó una toracocentesis obteniéndose un líquido purulento que se remitió para cultivo. Se inició antibioterapia de amplio espectro con linezolid e imipenem y se colocó un drenaje endotorácico al que se

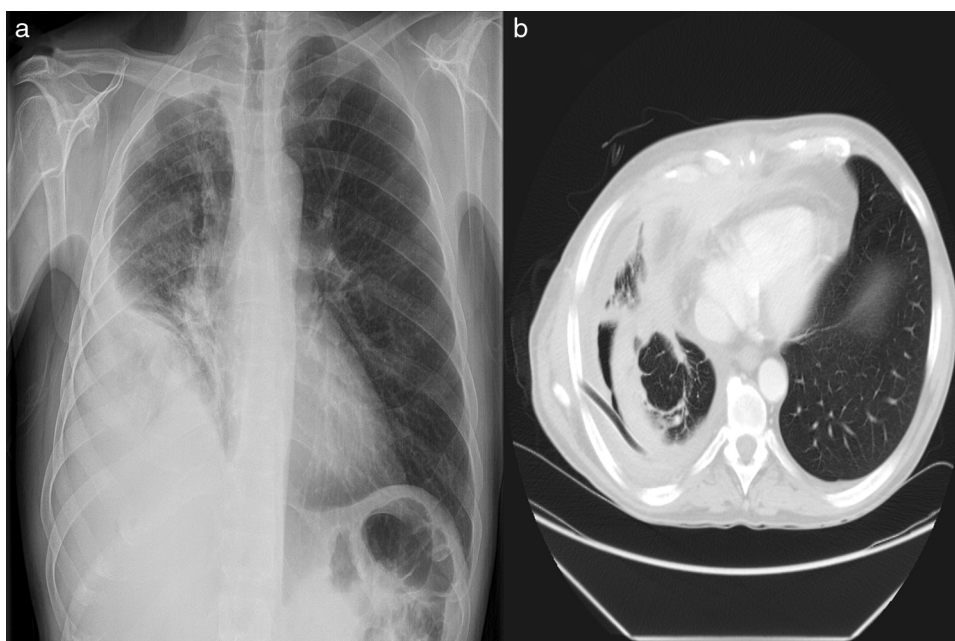


Figura 1. a: infiltrados en lóbulo superior derecho, inferior derecho y derrame pleural; b: atelectasias del lóbulo inferior derecho con derrame pleural.

añadieron fibrinolíticos, drenándose 1500cc de contenido purulento. Se realizó una tomografía computarizada (TC) de tórax (fig. 1b) donde se observaba un infiltrado pulmonar, engrosamiento pleural y pulmón atelectasiado. En la tinción de gram directa de la muestra se identificaba flora mixta. El cultivo del líquido pleural fue positivo para *Aggregatibacter aphrophilus* y *Parvimonas micra*, identificación realizada mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF). En base a estos resultados se desescaló la pauta antibiótica a amoxicilina-clavulánico, tratamiento que se continuó hasta completar 4 semanas. La evolución fue satisfactoria con franca mejoría del cuadro clínico.

Las infecciones pleuropulmonares por *Aggregatibacter aphrophilus* son infrecuentes, no en vano, desde 1965 hasta el momento solamente se han descrito 3 casos^{2,3,6}. El caso presentado añade la peculiaridad del aislamiento concomitante con *Parvimonas micra*, microorganismo que tras haber realizado una extensa búsqueda solamente hemos encontrado descrito como agente causal de empiema en un caso aislado⁷, ninguno en la literatura española.

La clínica, el patrón radiológico y la evolución clínica del presente caso son indistinguibles de la infección causada por otros microorganismos. El paciente expuesto presentaba síndrome general de varios meses, tenía factores predisponentes como abuso de alcohol y enfermedad periodontal y recibió un tratamiento estándar con antibióticos, drenaje endotorácico y fibrinolíticos.

En conclusión, aunque excepcional debe considerarse *Aggregatibacter aphrophilus* y *Parvimonas micra*, como agentes causales de infección pleural, principalmente en pacientes con factores de riesgo. La presentación, manejo clínico y evolución esperada, no difiere a losempiemas por microorganismos más comunes.

Bibliografía

1. Nørskov-Lauritsen N. Classification, identification, and clinical significance of *Haemophilus* and *Aggregatibacter* species with host specificity for humans. *Clin Microbiol Rev.* 2014;27:214-40.
2. Huang ST, Lee HC, Lee NY, Liu KH, Ko WC. Clinical characteristics of invasive *Haemophilus aphrophilus* infections. *J Microbiol Immunol Infect.* 2005;38:271-6.
3. Ratnayake L, Oliver WJ, Fardon T. *Aggregatibacter aphrophilus* in a patient with recurrent empyema: Case report. *J Med Case Report.* 2011;5:448.
4. Alpha CX, Guthmiller JM, Cummings HE, Schomberg LL, Noorani SM. Molecular analysis of *Peptostreptococcus micros* isolates from patients with periodontitis. *J Periodontol.* 2001;72:877-82.
5. Ubukata S, Jingu D, Yajima T, Shoji M, Takahashi H. A case of septic pulmonary embolism due to *Peptostreptococcus micros* with multiple infection of the head and neck. *Kansenshogaku Zasshi.* 2013;87:761-6.
6. Capelli JP, Savacool JW, Randall EL. *Haemophilus aphrophilus* empyema. *Ann Intern Med.* 1965;62:771-7.
7. Poetter C, Pithois C, Caty S, Petit V, Combiér JP, Mourtialon P, et al. Hiding Behind Confusion: Pleural Empyema Caused by *Parvimonas micra*. *Surg Infect (Larchmt).* 2014 [Epub ahead of print].

Santiago Rodríguez-Segade^a, David Velasco^b
y Pedro J. Marcos^{a,*}

^a Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), SERGAS, A Coruña, España

^b Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), SERGAS, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.jorge.marcos.rodriguez@sergas.es
(P.J. Marcos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.014>

Schwannoma intratorácico del nervio vago



Intrathoracic Schwannoma of the Vagus Nerve

Presentamos el caso clínico-quirúrgico de una paciente diagnosticada de schwannoma del nervio vago intratorácico. Los schwannomas del nervio vago son entidades muy excepcionales. En los últimos 40 años se han descrito un máximo de 30 casos, de los cuales 2 corresponden a la literatura en lengua española^{1,2}.

Mujer de 74 años, sin antecedentes, con clínica de tos seca, astenia y disnea de mínimos esfuerzos. La radiología simple de tórax mostró un ensanchamiento mediastínico, motivo por el cual se realizó un TAC en el que se objetivó una masa mediastínica posterior, retrovascular y paratraqueal alcanzando la carina, de 9,3 × 4,3 cm (fig. 1A) que causaba gran dilatación esofágica y desplazamiento derecho del mismo, sin estenarlo. La tomografía de emisión de positrones presentaba una captación patológica de la masa mediastínica (SUV 7.57). Se practicó una ecoendoscopia, objetivándose a 30 cm de la arcada dentaria, una lesión hipocogénica, bien definida con áreas heterogéneas en su interior que protuía sobre la submucosa. Se realizó punción-aspiración con aguja fina, con muestra insuficiente para el diagnóstico.

La FBC/EBUS mostró una tráquea y carina con compresión posterior extrínseca sin infiltración. La biopsia guiada por ultrasonidos resultó en un tumor fusocelular, de bajo grado de malignidad citológica, con inmunohistoquímica S-100 positiva, CD34 y CD117 negativos.

El abordaje quirúrgico se realizó por toracotomía posterolateral derecha. Se localizó una masa de 10 cm de tamaño situada en el mediastino posterior íntimamente adherida al esófago supra-carínico, el cual estaba severamente dilatado (fig. 1B). Durante la disección de la masa se produce un desgarro de la membranosa traqueal que se repara con sutura. Dada la íntima adherencia de la masa al esófago, la mucosa quedó expuesta y fue preciso realizar una resección esofágica de 9 cm y de 4 cm de tamaño en bloque con el tumor. El defecto esofágico se repara, con puntos sueltos de la capa mucosa y de la muscular. El nervio vago pudo preservarse aunque este hecho es irrelevante como estrategia quirúrgica. Un tránsito esofágico no objetivó extravasación de contraste ni dificultad al paso del mismo.

La anatomía patológica diagnosticó un schwannoma que alcanzaba la adventicia del esófago, sin infiltrar capa muscular y resección completa en los bordes quirúrgicos.

El schwannoma, tiene su origen en las células de Schwann¹ que envuelven las fibras nerviosas periféricas de las raíces nerviosas o de los nervios periféricos. Representa el 20% de las neoplasias mediastínicas en los adultos, aunque si nos limitamos al mediastino posterior, alcanzan el 85-90% de todos los tumores. El 80% de los casos son asintomáticos, siendo descubiertos de forma casual en adultos jóvenes y de mediana edad. Cuando presentan síntomas, se debe por compresión local del nervio afectado o de las estructuras adyacentes. El 98% de los schwannomas son benignos, encapsulados y bien delimitados, aunque se han descrito casos de schwannomas malignos muy agresivos, con invasión local, y tendencia a recidivar y metastatizar³. El TAC ayuda a planear la estrategia quirúrgica y la inmunohistoquímica establece el