

4. Varettoni M, Corso A, Pica G, Mangiacavalli S, Pascutto C, Lazzarino M. Incidence, presenting features and outcome of extramedullary disease in multiple myeloma: A longitudinal study on 1003 consecutive patients. *Ann Oncol.* 2010;21:325-30.

Melda Comert<sup>a,\*</sup>, Soner Gursoy<sup>b</sup> y Mahmut Tobu<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Hematología, Facultad de Medicina, Universidad Ege, Esmirna, Turquía

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía Torácica, Hospital de Investigación Suat Seren, Esmirna, Turquía

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [meldacomert@hotmail.com](mailto:meldacomert@hotmail.com) (M. Comert), [grssoner@gmail.com](mailto:grssoner@gmail.com) (S. Gursoy), [mtobu@yahoo.com](mailto:mtobu@yahoo.com) (M. Tobu).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.05.009>

## Derrame pleural secundario a infección por *Actinomyces* como complicación tardía de una colecistectomía laparoscópica



### *Pleural Effusion Secondary to Actinomyces Infection as a Late Complication of Laparoscopic Cholecystectomy*

Sr. Director:

Existen casos descritos de actinomycosis intraabdominal después de años de realizada una colecistectomía, aunque es una complicación infrecuente. Debido al lento crecimiento del *Actinomyces*, los síntomas pueden presentarse meses o años después de la cirugía<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de un paciente de 71 años que tuvo una colecistitis aguda con realización de colecistectomía laparoscópica diferida. Cuatro años después consultó por disnea, tos, astenia y dolor pleurítico en hemitórax derecho. En la exploración física destacaba un aumento de volumen, de consistencia dura y dolorosa en la región lateral de hemitórax derecho (fig. 1A) y abolición del murmullo vesicular en dicho hemitórax. Se evidenció elevación de reactantes de fase aguda, y la radiografía de tórax mostró derrame pleural derecho. La tomografía computarizada (TC) reveló engrosamiento de la pleura del seno costofrénico posterolateral derecho, de 2,5 cm de espesor y una zona hipodensa en su interior con afectación de grasa extrapleural, engrosamiento de músculos y derrame pleural (fig. 1B). Se realizó toracocentesis, obteniéndose líquido compatible con exudado polimorfonuclear que después viró a linfomononuclear. Microbiología y citología negativas. Se realizó punción-aspiración del engrosamiento pleural informada como inflamación abscesificada. La ecografía de la región costal mostró una colección hipocóica de 3 cm, con múltiples ecos, compatible con absceso que se puncionó y se extrajo material purulento, donde

se cultivó *Actinomyces israelii* y *Escherichia coli*. Desde entonces presentó una fístula a pared torácica. Se inició tratamiento intravenoso (i.v.) con amoxicilina/clavulánico durante 14 días y posteriormente 4 semanas más con penicilina G i.v.. Tras 6 semanas de antibiótico i.v., hubo mejoría clínica y se cerró la fístula. Se decidió continuar con amoxicilina oral hasta completar 12 meses de tratamiento. La TC de control después de 5 meses de antibiótico mostró disminución del derrame con estabilidad del engrosamiento pleural.

*Actinomyces israelii* habita en la cavidad oral y el tracto gastrointestinal superior. La infección se produce por destrucción de la barrera mucosa debido a manipulación endoscópica, cirugía o inmunosupresión. Histológicamente, los gránulos de azufre son característicos. El diagnóstico definitivo se realiza con el aislamiento microbiológico<sup>3</sup>. Suele afectar a varones de mediana edad con mala higiene dental. La localización más frecuente es el área cervicofacial (50%), seguida del abdomen (20%) y el tórax (15-20%)<sup>2</sup>.

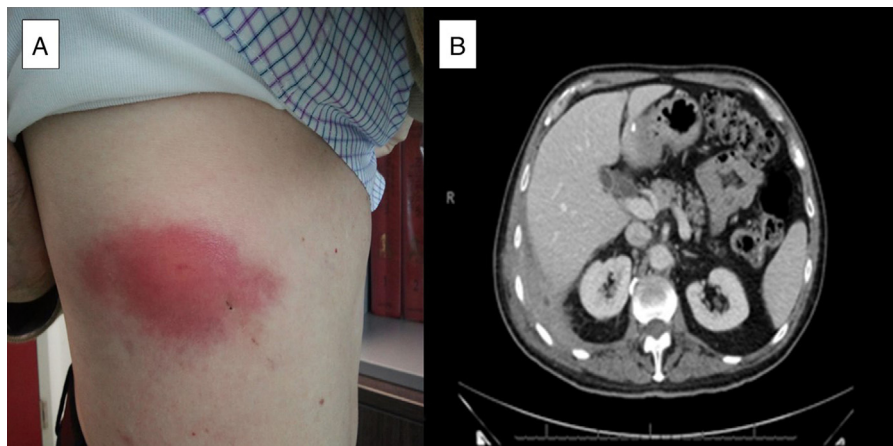
La causa más frecuente de afectación torácica es aspiración de secreciones<sup>2</sup>, y puede presentarse como empiema, neumonía que evoluciona a cavitación, afectación pericárdica o diafragmática<sup>4</sup>.

Los síntomas son variables e inespecíficos, pudiendo estar asintomático. Suele haber elevación de reactantes de fase aguda<sup>3</sup>.

El tratamiento inicial es i.v., con dosis máxima durante 4-6 semanas y luego tratamiento oral durante 6 a 12 meses más. El fármaco de elección es penicilina, y para pacientes alérgicos se puede utilizar tetraciclina, eritromicina o clindamicina. La afectación torácica suele requerir tratamiento más prolongado que la afectación a otro nivel. Existen indicaciones específicas para cirugía, y siempre debe ir asociada a antibiótico prolongado con altas dosis, ya que por sí sola no es curativa<sup>2,5</sup>.

Cuando se diagnostica e inicia tratamiento de forma temprana tiene buen pronóstico, con baja mortalidad<sup>5</sup>.

Por tanto, un derrame pleural asociado a compromiso de pared torácica en un paciente con antecedente de colecistectomía



**Figura 1.** A: Imagen de lesión en región lateral de hemitórax derecho. B: Corte de TC torácico donde se observa engrosamiento pleural del seno costofrénico posterolateral derecho con zona hipodensa en su interior, afectación de grasa extrapleural, engrosamiento de músculos y derrame pleural.

laparoscópica puede ser secundario a infección abdominal por *Actinomyces*.

## Bibliografía

1. Stupak D, Cohen S, Kasmin F, Lee Y, Siegel JH. Intra-abdominal actinomycosis 11 years after spilled gallstones at the time of laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2007;17:542-4.
2. Choi JC, Koh WJ, Kim TS, Lee KS, Han J, Kim H, et al. Optimal duration of IV and oral antibiotics in the treatment of thoracic actinomycosis. *Chest*. 2005;128:2211-7.
3. Ozgediz D, Zheng J, Smith EB, Corvera CU. Abdominal actinomycosis after laparoscopic cholecystectomy: A rare complication of bile spillage. *Surg Infect*. 2009;10:297-300.
4. Avisbal Portillo N, Rueda Ríos C, Benítez Domenech A. Actinomicosis como causa de un derrame pleural. *Arch Bronconeumol*. 2002;38:153-4.
5. Mabeza GV, MacFarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur Respir J*. 2003;21:545-51.

Rocío Magdalena Díaz Campos<sup>a,\*</sup>,  
Francisco López-Medrano<sup>b</sup>, Antonio Lalueza<sup>b</sup>,  
Fernando Granados Caballero<sup>c</sup> y Victoria Villena Garrido<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rociomdc80@gmail.com](mailto:rociomdc80@gmail.com) (R.M. Díaz Campos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.07.002>

## Mortalidad en el síndrome de obesidad-hipoventilación y factores de riesgo pronóstico



### Mortality in Obesity-hypoventilation Syndrome and Prognostic Risk Factors

Sr. Director:

La presentación clínica de pacientes con síndrome de obesidad hipoventilación (SOH) es heterogénea en su gravedad: Desde aquellos paucisintomáticos remitidos a consulta por sospecha de síndrome de apnea del sueño (SAHS), hasta aquellos cuyo diagnóstico se realiza tras el ingreso en una unidad de cuidados intensivos por encefalopatía hipercápnica. Las series clínicas publicadas indican que padecer de SOH asocia una morbimortalidad importante, siendo la muerte por fallo respiratorio o cardiovascular la causa de desenlace fatal. Es probable que la falta de sospecha del trastorno ventilatorio y la comorbilidad cardiovascular ya establecida en el momento del diagnóstico condicionen un pronóstico desfavorable en pacientes concretos<sup>1-4</sup>.

Hasta la fecha se han publicado varias series observacionales que estudian la mortalidad e identifican factores de riesgo asociados<sup>1-4</sup>. Recientemente Ojeda Castillejo et al. publican en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA un interesante estudio prospectivo sobre la evolución de pacientes con SOH del que queremos destacar positivamente varios aspectos<sup>5</sup>: Es probablemente el estudio con mayor tiempo de seguimiento (media > 7 años) de los hasta ahora publicados, se realiza un seguimiento cercano de los pacientes, y se establecen criterios de ventilación que parecen adecuados. En cuanto a resultados, los autores encuentran que el grupo SOH sin SAHS presenta mayor mortalidad y, a diferencia de estudios previos, la persistencia de una capacidad vital forzada (FVC) reducida tiene valor pronóstico. Por otro lado, y en contra de lo que podría ser esperable<sup>2-4</sup>, encuentran que la  $paO_2$  basal no tiene valor pronóstico. Si bien los resultados de estudios como este son relevantes y necesarios para conocer la historia natural de pacientes con SOH, la ausencia de algunos datos limita la interpretación de los resultados:

1. Los pacientes son reclutados, bien una vez estabilizados tras un ingreso hospitalario por acidosis respiratoria o bien desde la consulta. Es posible que los pacientes provenientes de ingresos padecieran de más comorbilidad que los reclutados desde consulta<sup>3,4</sup>. Sin embargo, los autores no aportan datos de comorbilidad.

2. En el análisis de mortalidad los autores no indican si incluyen a pacientes no cumplidores de VMNI o CPAP —un total de 9 sujetos—. Este es otro dato relevante ya que la falta de cumplimiento se ha asociado a mayor mortalidad<sup>1,3</sup>. Tampoco se conoce la distribución por grupo de pacientes entre no cumplidores.
3. Entre las múltiples causas de hipoxemia bajo VNI se incluye la hipoventilación central y los trastornos de ventilación/perfusión. En este sentido existen guías de práctica clínica que aconsejan que la presión soporte (IPAP-EPAP) sea de al menos 10 mmHg antes de valorar añadir oxígeno. En el trabajo de Ojeda Castillejo et al. no queda claro si se tiene esta consideración en cuenta.
4. Para el análisis comparativo de valores de FVC en el tiempo es más correcto el uso de métodos estadísticos tales como la comparación mediante ANOVA o la t de Student con la corrección de Bonferroni.

En resumen, para estimar factores pronósticos de mortalidad en pacientes con SOH es preciso realizar una correcta metodología de la VNI o CPAP y un estudio pormenorizado de los factores de riesgo potencialmente relevantes<sup>4</sup>. Por otro lado, y en espera de resultados de estudios en marcha, será interesante conocer si la monitorización nocturna de VNI en pacientes poco respondedores —mediante análisis del *software* del ventilador con o sin poligrafía simultánea— repercutirá positivamente en su calidad de vida y pronóstico vital.

## Financiación

Para la elaboración de este manuscrito no se ha contado con ninguna fuente de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Pérez de Llano LA, Golpe R, Ortiz Piquer M, Veres Racamonde A, Vázquez Caruncho M, Caballero Muinelos O, et al. Short-term and long-term effects of nasal intermittent positive pressure ventilation in patients with obesity-hypoventilation syndrome. *Chest*. 2005;128:587-94.