

gundo día del ingreso. Previamente se indicó una broncoscopia en la que se visualizaron secreciones purulentas procedentes de ambos árboles bronquiales. Se obtuvo una muestra mediante catéter telescópico en la que se cultivó *Fusobacterium necrophorum* (10<sup>4</sup> UFC/ml). En ese momento se comenzó tratamiento con clindamicina que se mantuvo durante 30 días al cabo de los cuales la paciente se encontraba asintomática.

En 1936 Lemierre describió un síndrome caracterizado por infección orofaríngea, sepsis y metástasis con o sin tromboflebitis séptica de la vena yugular<sup>1</sup>. Estableció que el diagnóstico se podía predecir clínicamente cuando se encontraba la combinación de los siguientes elementos: persona joven y sana, historia de infección faringoamigdalal, fiebre y síntomas pulmonares. En la actualidad, con el uso extendido de antibióticos en infecciones faringoamigdalares, este síndrome es extremadamente raro<sup>2</sup>, por lo que en algunas publicaciones se le ha calificado como "una enfermedad olvidada"<sup>3-7</sup>. Aunque el síndrome de Lemierre es raramente fatal hoy día, puede dar lugar a complicaciones graves, incluso mortales, si no es correctamente diagnosticado y tratado. En todos los casos publicados hasta la fecha el diagnóstico de certeza se obtuvo mediante el aislamiento del germen causal (*Fusobacterium necrophorum*) en hemocultivos. Sin embargo, en el caso aquí expuesto, los hemocultivos resultaron negativos y el diagnóstico se logró mediante una muestra obtenida por catéter telescópico. Esto afirma el papel que la broncoscopia puede tener en el diagnóstico de esta rara entidad y su utilidad para descartar procesos infecciosos más frecuentes (tuberculosis, sepsis por *S. aureus*, etc.).

L.A. Pérez de Llano, J.L. Soilán del Cerro y A. Coira Nieto\*

Unidad de Neumología. \* Servicio de Microbiología. Hospital Xeral-Calde. Lugo.

- Lemierre A. On certain septicemias due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936; 1: 701-703.
- Sinave CP, Hardy GJ, Fardy PW. The Lemierre syndrome: suppurative thromboflebitis of the internal jugular vein secondary to oropharyngeal infection. *Medicine* 1989; 68: 85-94.
- Weesner CL, Cisek JE. Lemierre syndrome: the forgotten disease. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 256-258.
- Carlson ER, Bergamo DF, Coccia CT. Lemierre's syndrome: two cases of a forgotten disease. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 76-78.
- Koay CB, Heyworth T, Burden P. Lemierre syndrome: a forgotten complication of acute tonsillitis. *The Journal of Laryngology and Otolaryngology* 1995; 109: 657-661.
- Garrido JA, Ponte MC, Fernández Guerrero ML. Síndrome de Lemierre (sepsis post-tangina): una infección olvidada. *Med Clin* 1989; 93: 660-662.
- Dykhuizen RS, Olson ES, Clive S, Douglas JG. Necrobacillosis (Lemierre's syndrome): a rare cause of necrotizing pneumonia. *Eur Respir J* 1994; 7: 2.246-2.248.

### Toracotomía anterior transesternal para el abordaje quirúrgico de la patología torácica bilateral

**Sr. Director:** La toracotomía anterior bilateral recientemente descrita no es una vía de abordaje quirúrgico torácico. Posiblemente su uso se ha difundido a raíz de la generalización de la técnica de trasplante pulmonar bilateral secuencial<sup>1</sup>.

La mayor parte de las publicaciones médicas que tratan el problema del abordaje quirúrgico de lesiones bilaterales sugieren la esternotomía media como vía de acceso idónea. Sin embargo, en nuestra experiencia, la esternotomía media plantea dificultades técnicas importantes para la disección y extirpación satisfactoria de las lesiones de ambos lóbulos inferiores, especialmente el izquierdo.

Hemos revisado los registros clínicos de los pacientes intervenidos por patología torácica bilateral entre enero de 1994 y mayo de 1996 y seleccionado aquellos en los que la vía de abordaje elegida fue la toracotomía anterior bilateral. Los criterios para indicar esta incisión han sido: existencia de lesiones que consideramos poco accesibles por esternotomía media (preferentemente en lóbulos inferiores), adecuada colaboración del paciente con los ejercicios de fisioterapia respiratoria y espirometría preoperatoria dentro de los límites normales.

La intervención se llevó a cabo con el paciente en decúbito supino, en flexión dorsal del tronco, con los brazos elevados. Se realizaron dos toracotomías anteriores por cuarto o quinto espacio intercostal, ligadura de los vasos mamarios y sección esternal transversa. La analgesia postoperatoria se efectuó con morfina y bupivacaína por vía epidural. Además, se realizó profilaxis con heparina de bajo peso molecular, movilización precoz y espirometría incentivada.

Se revisó la presencia o ausencia de cualquier tipo de complicación postoperatoria, el tiempo de estancia hospitalaria (desde el ingreso para la intervención hasta el alta) y la existencia de complicaciones quirúrgicas tardías (incluyendo clínica de disnea de esfuerzo) en la revisión al mes de la intervención.

En la tabla I se muestran las características de los pacientes operados. La indicación en la mayoría de los casos (5 enfermos) fue la presencia de metástasis pulmonares de tumores extratorácicos. En un caso la intervención se efectuó por hidatidosis pulmonar en ambos

lóbulos inferiores y en otro caso por bronquiectasias sintomáticas, no tratables por otros métodos, en la lingula y el lóbulo medio. Todos los pacientes tenían un estudio funcional pulmonar (espirometría y gasometría arterial basal) normal. Uno de los enfermos (caso 5) había sido intervenido previamente en otro hospital de metástasis pulmonares por esternotomía media y toracotomía derecha.

En ningún caso se registraron complicaciones durante el ingreso de los pacientes ni en la revisión efectuada al mes del alta hospitalaria.

La estancia hospitalaria media fue de 7,7 días (rango: 5-9 días).

Además de utilizarse en el trasplante bilateral secuencial, el abordaje torácico por toracotomía bilateral y sección esternal transversa se ha descrito como vía de elección en cirugía cardíaca<sup>2</sup>, extirpación de tumores mediastínicos<sup>3,4</sup> y resección de metástasis pulmonares bilaterales<sup>4,5</sup>. Aunque esta incisión ofrece una exposición magnífica de todas las estructuras torácicas, su uso es poco frecuente, al menos en nuestro medio. En la serie de enfermos que hemos presentado no se ha registrado morbilidad ni mortalidad a pesar de que hemos incluido casos de pacientes de más de 60 años.

Nuestra experiencia inicial nos permite recomendar esta vía de abordaje en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades torácicas bilaterales.

G. Varela y M. Jiménez

Sección de Cirugía Torácica.

Hospital Universitario de Salamanca.

- Patterson GA, Cooper JD, Goldman B, Weisel RD, Pearson FG, Waters PF, Todd TR et al. Technique of successful clinical double lung transplantation. *Ann Thorac Surg* 1988; 45: 626-633.
- Marshall WG Jr, Meng RL, Ehrenhaft JL. Coronary artery bypass grafting in patients with a tracheostomy: use of bilateral thoracotomy incision. *Ann Thorac Surg* 1988; 46: 465-466.
- Wright C. Transverse sternothoracotomy. *Chest Surg Clin North Amer* 1996; 6: 149-156.
- Bains MS, Ginsberg RJ, Jones WG, McCormack PM, Rusch VW, Burt ME et al. The clamshell incision: an improved approach to bilateral pulmonary and mediastinal tumor. *Ann Thorac Surg* 1994; 58: 30-32.
- Vogt-Moykopf I, Krysa S, Bülzbruck H, Schirren J. Surgery for pulmonary metastases. The Heidelberg experience. *Chest Surg Clin North Amer* 1994; 4: 85-112.

TABLA I  
Características de los pacientes intervenidos

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tumor primitivo	Técnica	Estancia (días)
1	66	M	Metástasis	Sarcoma de útero	SA (5)	8
2	38	M	Metástasis	Sarcoma parostal	SA (2)	8
3	36	V	Metástasis	Sarcoma partes blandas	LM, SA (5)	9
4	67	M	Bronquiectasias	-	LM, Ling.	9
5	21	V	Metástasis	Sarcoma de Ewing	SA (3) Diaf.	5
6	18	V	Hidatidosis	-	SA	8
7	19	V	Metástasis	Tumor germinal de testículo	SA (8)	7

SA: segmentectomía atípica, entre paréntesis se indica el número de metástasis extirpadas; Diaf.: resección ampliada al diafragma; LM: lobectomía media; Ling.: lingulectomía.