



CARTAS AL DIRECTOR

Respuesta a «Absceso cervicotorácico secundario a punción con aguja fina guiada por ecografía endoscópica transesofágica»



Response to «Cervicothoracic abscess secondary to transesophageal ultrasound-guided fine needle aspiration»

Sr. Director:

Hemos leído con interés la Carta científica publicada recientemente en su revista por Tejero-Pintor et al.¹ en la que se comunica un caso de absceso cérvico-torácico en aparente relación con una ecoendoscopia transesofágica con punción-aspiración con aguja fina (PAAF). Sin embargo, tras la valoración detenida de la carta, encontramos varios detalles que hacen considerar esta relación etiológica —cuando menos—, dudosa: por un lado, una semana tras la realización de la PAAF y al no obtenerse resultado concluyente de la biopsia, el paciente fue sometido a una video-toracoscopia, y es solo 2 semanas después de esta cuando comenzó la clínica de absceso cervical. Por otro lado, la sucesión temporal de los hechos y la vía de acceso de la toracoscopia no permiten descartar que esta última pueda ser la causa real de la complicación infecciosa. Finalmente, también sería esperable que en la exploración quirúrgica realizada 7 días después de la endoscopia se hubieran detectado ya signos sugestivos de esa supuesta complicación endoscópica en el área cérvico-torácica explorada, circunstancia que tampoco concurre en este caso. Coincidimos con los autores que la bacteria aislada (*Streptococcus viridans*) es un comensal habitual de la flora oro-faríngea, y que por tanto su aislamiento en el cultivo podría estar relacionado con una diseminación relacionada con la exploración endoscópica; sin embargo, también es sabido que en un porcentaje considerable de infecciones de esta etiología el origen de la bacteria es la piel (12%), y hasta en un 15% son de origen desconocido², lo que de nuevo hace reconsiderar la hipótesis del foco faríngeo-digestivo como único origen potencial.

Valorando conjuntamente todos estos factores creemos que la relación de causalidad que da título a la carta no está adecuadamente documentada por los factores cronológicos descritos, la realización posterior de otras exploraciones invasivas en la misma área y la posibilidad de otros focos de origen de la bacteria distintos al tracto digestivo, a tener en cuenta más aún en un paciente inmunodeprimido.

Las guías clínicas de ecoendoscopia digestiva actualmente vigentes³ solo recomiendan profilaxis antibiótica en el caso de punción de lesiones mediastínicas con componente quístico. Si en el futuro estas recomendaciones han de hacerse extensivas a todo tipo de lesiones mediastínicas o a pacientes bajo circunstancias especiales (inmunodepresión/inmunosupresión) se dilucidará por medio de la evidencia científica que se pueda acumular en base a casos o series de casos correctamente documentados en su atribución etiológica o estudios comparativos de calidad.

Bibliografía

1. Tejero-Pintor FJ, Blanco-Álvarez JI, Bailón-Cuadrado M, Rodríguez-López M. Absceso cervicotorácico secundario a punción con aguja fina guiada por ecografía endoscópica transesofágica. *Gastroenterol Hepatol.* 2019;42:35–6.
2. Wenzler E, Chandrasekaran V, Salvador P, Anwar M, Pancholi P, Bradford S, et al. Clinical and microbiological outcomes in patients with *Streptococcus anginosus* group bacteraemia identified through use of a rapid microarray assay. *J Med Microbiol.* 2015;64:1369–74.
3. Polkowski M, Jenssen C, Kaye P, Carrara S, Deprez P, Gines A, et al. Technical aspects of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Guideline - March 2017. *Endoscopy.* 2017;49:989–1006.

Carlos de la Serna Higuera

Unidad de Endoscopia, Servicio de Aparato Digestivo,
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España
Correo electrónico: csernah@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.01.006>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.