

Tumoración torácica anterior en una mujer joven

Lucía Sierra Santos, Cristina Berriochoa Martínez de Pisón, Almudena Ortega García y David Alba Martín*

Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes. Madrid.
*Médico Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Adjunto de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La presencia de una tumoración torácica anterior en una mujer hace pensar en diversos procesos infecciosos y neoplásicos que obligan a un diagnóstico diferencial complejo.

Presentamos el caso de una mujer joven con una tumoración torácica anterior, que resultó ser un absceso por *Staphylococcus aureus* en la región subpectoral. La localización del absceso es infrecuente y puede implicar a otros microorganismos, por lo que la historia clínica adecuada y las pruebas complementarias correspondientes son necesarias. El tratamiento antibiótico con desbridamiento quirúrgico temprano es de gran importancia para el pronóstico de esta afección, lo que requiere la sospecha clínica y la derivación temprana a un centro hospitalario.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años, originaria de Ecuador, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a un servicio de urgencias hospitalario, enviada por su médico de atención primaria, por presentar una tumoración de 6 × 3 cm en la región torácica anterior derecha, de 15 días de evolución. Como síntomas asociados, presentaba fiebre elevada y un síndrome constitucional desde hacía una semana.

Al realizar la exploración presentaba mal estado general, palidez y fiebre de 39 °C. Tenía dolor y contractura muscular a la movilización del cuello, así como varias adenopatías supraclaviculares derechas. La auscultación torácica era normal en ambos hemitórax. Existía otra tumoración supraclavicular derecha de 3 × 3 cm de iguales características que la previa. La tumoración pectoral era dolorosa, caliente y eritematosa; además presentaba sobre la piel de dicha zona una cicatriz antigua, que la paciente refirió tener desde la infancia por un traumatismo. Existían signos flogóticos desde la submama hasta 3 cm por debajo de la clavícula derecha. El resto de la exploración era normal.

Correspondencia: Dra. L. Sierra Santos.
Maestro Barbieri, 11, bajo D. 28100 Alcobendas. Madrid.

SEMERGEN: 2000; 26: 411-412.

Figura 1. Imagen de TAC. Colección líquida con realce periférico, posterior al músculo pectoral mayor derecho.

Figura 2. Imagen de TAC. Pequeñas imágenes hipodensas supraclaviculares derechas que parecen ser adenopatías necrosadas.

Analíticamente destacaba una leucocitosis de 19.000 leucocitos/ μ l, con neutrofilia y una anemia normocítica moderada (hemoglobina: 10,8 g/dl; hematócrito: 33%, y volumen corpuscular medio: 87 μ m³). El resto del hemograma, iones y coagulación eran normales.

La radiografía de tórax evidenció un aumento de las partes blandas del hemitórax derecho. El parénquima pulmonar era de aspecto normal.

La ecografía de partes blandas de las regiones pectoral y supraclavicular visualizó una colección de 2,5 × 6 cm de tamaño, anecoica, con algún septo interior y sombras hipoeoicas (probables burbujas aéreas periféricas) detrás del músculo pectoral mayor y anterior a la pared costal. El tejido mamario no parecía afectado. En la zona supraclavicular se objetivó una colección de iguales características, de 2,2 × 1,6 cm, y alguna adenopatía supraclavicular pequeña.

En la tomografía axial computarizada (TAC) torácica se visualizó una colección líquida de 6 × 2,5 cm con realce de contraste periférico y en anillo, sin burbujas aéreas, que se extendía desde la clavícula hacia la zona media derecha externa y posterior al músculo subescapular (fig. 1). Existían pequeñas imágenes hipodensas redondas supraclaviculares derechas que podían corresponder a adenopatías necrosadas (fig. 2). No había adenopatías mediastínicas. Se apreció un pequeño derrame pericárdico.

Evolución

Se realizó drenaje quirúrgico de la colección líquida con desbridamiento y curas locales y cierre por segunda intención. Se instauró tratamiento inicial empírico con tuberculostáticos y antibioterapia de amplio espectro.

El estudio citológico del material aspirado evidenció un componente inflamatorio agudo, con sustancia necrótica indicativa de proceso abscesificado. El estudio microbiológico fue negativo para la baciloscopia con tinción de auramina y para el cultivo en medio de Löwenstein-Jensen. También resultó negativo para anaerobios. Se aisló *S. aureus*. El antibiograma permitió proceder al tratamiento con cloxacilina, con resultados satisfactorios. A los 15 días, la paciente recibió el alta hospitalaria y es seguida de forma ambulatoria con buena evolución actual.

Juicio clínico

Absceso subpectoral por *S. aureus*.

DISCUSIÓN

S. aureus es un patógeno que vive entre el 20 y el 30% de los individuos normales, colonizando la piel y la nariz. Con mucha frecuencia produce infecciones cutáneas y abscesos, generalmente superficiales y localizados¹, asociados a manipulaciones (yatrogénicas o no) que destruyen la integridad de la piel.

La peculiaridad del caso que nos ocupa obedece tanto a la localización del absceso (subpectoral) como al agente causal. Se sospechó, en un primer momento, que pudiera tratarse de una infección por *Mycobacterium tuberculosis*, es decir, de un "empiema de necesidad", variante encapsulada proveniente de un derrame pleural tuberculoso que diseca los tejidos subcutáneos o la pared torácica². Su inci-

dencia ha descendido desde el uso del tratamiento tuberculostático, y sólo ocurre en el 2% de los derrames pleurales tuberculosos³, pero es una entidad de la que se debe sospechar en todo paciente procedente de un país con lesiones "específicas" tan frecuentes. La paciente no presentaba alteraciones pulmonares en la radiografía de tórax ni en el escáner, pero ante la alta sospecha se comenzó el tratamiento empírico hasta la llegada de los cultivos.

La imagen ecográfica con posibles burbujas aéreas en el interior del absceso hizo temer, en un primer momento, que pudiera tratarse de una infección por anaerobios, tal vez por *Clostridium* (gangrena gaseosa), proceso muy grave, de evolución casi siempre fulminante⁴, que afortunadamente no se confirmó.

S. aureus puede penetrar debido a heridas, toracocentesis, punciones, catéteres y también por vía hematógena⁵. En el caso referido, la paciente presentaba una cicatriz secundaria a una herida producida en la infancia, con un tracto fistuloso desde la piel que, sin duda, fue la vía de entrada para la bacteria; pero dada su antigüedad no ayudó a la sospecha inicialmente.

Los estudios posteriores demostraron que la paciente no padecía ninguna otra anomalía local maligna, ni de la pared torácica ni de la mama, puesto que algunos abscesos de esa localización pueden acompañar a un carcinoma mamario^{6,7}.

Consideramos, además, que una actitud expectante en este caso no habría sido adecuada. Una vez diagnosticada una colección tan organizada por ecografía y escáner el retraso en el drenaje y tratamiento del absceso habría empeorado gravemente el pronóstico. La derivación temprana de la paciente fue de vital importancia para la evolución favorable de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Locksley R. Infecciones estafilocócicas. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson VD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Editores. Harrison. Principios de medicina interna (13.ª ed.). Madrid: Interamericana, 1994; 713-720.
- Benjamín G. Neumonía por broncoaspiración, empiema y absceso pulmonar. En: Tintinalli J, Ruiz E, Krome R, editores. Medicina de urgencias (4.ª ed.). Nueva York: Interamericana, 1997; 512-515.
- Bratt G, Austin H. CT demonstration of empyema necessitatis. J Comput Assist Tomogr 1985; 9: 1108-1109.
- Varela B, Sánchez S, Guillén C, Bruquetas I, Arines P, Quintero C. Mionecrosis por clostridios en un servicio de urgencias hospitalaria. Emergencias 1998; 10: 66-67.
- Yuste M, Canet J, García M, Gil M, Vidal F. An epidural abscess due to resistant *Staphylococcus aureus* following epidural catheterisation. Anaesthesia 1997; 52: 150-168.
- Schnarkowski P, Schmidt D, Kessler M, Reiser M. Tuberculosis of the breast; US, mammographic and CT findings. J Comput Assist Tomogr 1994; 18: 970-971.
- Chung S, Yang I, Bae S, Lee Y, Park H, Kim H et al. Tuberculous abscess in retromammary region: CT findings. J Comput Assist Tomogr 1996; 20: 760-769.