

ABSCESO FRÍO DE PARED TORÁCICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Sonia Ruanova Suárez^a, Teresa Chouciño Fernández^a y Luis M. Domínguez Juncal^b

^a Servicio de Medicina Interna

^b Servicio de Neumología

Hospital Juan Canalejo. A Coruña

Resumen

El absceso frío tuberculoso de pared torácica es una entidad poco frecuente, pero que nunca debe pasarse por alto en el diagnóstico diferencial de cualquier masa de pared torácica. Presentamos un caso de esta patología y revisamos la escasa literatura sobre el tema.

PALABRAS CLAVE

Absceso frío, tuberculosis extrapulmonar, pared torácica.

Correspondencia:

Sonia Ruanova Suárez

Servicio de Medicina Interna D. Hospital Abente y Lago. C/ Sir John Moore. 15001 A Coruña

E-mail: sonia.ruanova@telefonica.net

Pneuma 2006; 5: 112 - 113

Introducción

La pared torácica es una localización poco frecuente de la tuberculosis, estimándose que acontece entre el 1 al 5% de los casos de tuberculosis ósea y articular, que representan un 15% de todas las localizaciones extrapulmonares¹. La tuberculosis de pared torácica (TBPT) se manifiesta como absceso frío. Su hallazgo implica un diagnóstico diferencial con otras entidades como el absceso piógeno y la afectación neoplásica de la pared torácica.

Observación clínica

Varón de 84 años, no fumador. Antecedente de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (enfermedad de Rendu-Osler) con epistaxis abundantes de repetición y anemia ferropénica crónica severa secundaria. No refería antecedentes previos de tuberculosis.

Consultó por historia de varios meses de evolución de dolor mecánico en costado izquierdo que se asoció al desarrollo de una tumoración dolorosa a la palpación, a

nivel de los últimos arcos costales del hemitórax izquierdo.

En la exploración física estaba afebril. Destacaban telangiectasias en cara, lengua, labio inferior y conjuntivas. La auscultación cardiopulmonar era normal. La exploración abdominal era normal y no se palpaban adenopatías periféricas. Sobre la pared anterior del hemitórax izquierdo se observaba y palpaba una tumoración de unos 5 cm de diámetro de consistencia blanda, dolorosa a la palpación, cubierta por piel sana sin signos inflamatorios, y que se situaba a nivel de los últimos arcos costales.

En las pruebas de laboratorio se obtuvieron los siguientes resultados: hematocrito 28%; hemoglobina 8´7; leucocitos 6090 con fórmula normal; VSG 24. Bioquímica elemental y enzimas hepáticas normales. El examen de esputo fue negativo para la tinción de Ziehl-Neelsen y los cultivos de micobacterias.

La radiología de tórax no mostró alteraciones significativas. En la TAC de tórax (Figura 1) se evidenció una colección líquida sugestiva de absceso, en reloj de arena,

Figura 1. Absceso frío de pared torácica: imagen en "reloj de arena" por dentro y fuera de la pared torácica.



cuyos lóculos tenían una profundidad de 2'5 cm, por dentro y fuera de una de las últimas costillas .

Se practicó una punción-aspiración bajo control de TAC que resultó negativa para la tinción de Ziehl-Neelsen, cultivos de aerobios y anaerobios y citología. En el cultivo para micobacterias en medio líquido y sólido se identificó *Mycobacterium tuberculosis*. En el mismo acto de la punción con TAC se realizó el drenaje del absceso mediante un catéter, confirmándose la resolución radiológica del absceso.

Posteriormente recibió tratamiento antituberculoso con pauta 2RHZ4RH con buena respuesta clínica y radiológica, no evidenciándose recidiva.

Discusión

El absceso frío de pared torácica es una entidad poco frecuente, pero que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de cualquier masa de pared torácica.

M. Tuberculosis puede llegar a la fascia endotorácica por distintas vías, por lo que existen varios mecanismos patogénicos en la TBPT^{2,3}. El más importante es por vía linfática, para lo cual debe existir un compromiso pleural previo. A partir de allí se produce una afección de los ganglios linfáticos bajo la forma de una adenitis tuberculosa caseosopurulenta con formación de un absceso frío ganglionar que, finalmente, se perfora y abre hacia la fascia endotorácica. Otras posibilidades patogénicas son: extensión directa desde enfermedad pleural o pul-

monar, diseminación hematógena y diseminación secundaria a punción de un derrame pleural o empiema tuberculoso.

Los pacientes con TBPT suelen tener antecedentes de tuberculosis previa. En la serie de Faure², el 83% de los pacientes tenían historia previa de tuberculosis y en el 33% se confirmó una tuberculosis pulmonar activa.

La TBPT se presenta habitualmente como una masa solitaria y dolorosa, sin signos inflamatorios². Suele estar compuesto de dos bolsas que se comunican entre sí. La primera fase suele ser clínicamente asintomática y corresponde al desarrollo de la bolsa intratorácica. Posteriormente aparece la tumefacción moderadamente dolorosa y recubierta de piel de aspecto normal. Finalmente se reblandece y la piel puede adquirir un color violáceo y evolucionar hacia la fistulización al exterior con salida de pus que contiene bacilos³.

Como en todos los casos de tuberculosis, el diagnóstico de la TBPT se basa en la confirmación bacteriológica y/o histológica. La punción-aspiración de la masa es necesaria para confirmar el diagnóstico y excluir otras posibilidades diagnósticas como la malignidad. La rentabilidad diagnóstica de esta técnica es variable, oscilando entre el 36'3% en la serie de Faure² a la de otros estudios que informan una rentabilidad del 35% con la tinción de Ziehl, que aumenta hasta el 60% con los cultivos⁴.

El tratamiento de la TBPT es controvertido. Algunos estudios confirman la curación con los regímenes actuales de quimioterapia antituberculosa^{5,6}. Sin embargo, en otras series destacan la recurrencia del absceso frío tras el tratamiento farmacológico aislado, por lo que recomiendan la combinación de la quimioterapia antituberculosa y el tratamiento quirúrgico^{2,4}.

Bibliografía

1. Mathlouthi A, Ben M'Rad S, Merai S y cols. Tuberculosis of the thoracic wall. Presentation of 4 personal cases and review of the literature. *Rev Pneumol Clin* 1998; 54 (4): 182-6.
2. Faure E, Souilamas R, Riquet M y cols. Cold Abscess of the Chest Wall : A Surgical Entity ?. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 1174-8.
3. Esquivel P, Palmieri O y Corti M. Tumorción de la pared anterior del tórax en un paciente con sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 : 223-224.
4. Sakuraba M, Sagara Y y Komatsu H. Surgical Treatment of Tuberculous Abscess in the Chest Wall. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 964-7.
5. Hsu HS, Wang LS, WU YC y cols. Management of primary chest wall tuberculosis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 29: 119-23.
6. Blunt SB, Harries MG. Discrete pleural masses without effusion in a young man: a unusual presentation of tuberculosis. *Thorax* 1989; 44 : 436-7.