



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

[www.elsevier.es/eimc](http://www.elsevier.es/eimc)



Diagnóstico a primera vista

Absceso de pared torácica

Chest wall abscess



Eva Van den Eynde <sup>a,\*</sup>, Silvia Capilla <sup>b</sup> y Tamara Parra <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Microbiología, Corporació Sanitària Parc Taulí, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

## Descripción del caso

Paciente de 31 años sin antecedentes de interés. Consulta por la aparición de una tumoración en la espalda desde hace una semana, tos seca, pérdida de 9 kg de peso y sudoración durante las últimas 3 semanas.



Figura 1. Masa dorsal derecha.



Figura 2. Radiografía de tórax.

En la exploración física destacaba una tumoración dolorosa dorso-lateral derecha de 10 × 9 cm, blanda, cubierta por piel sana y con discreto aumento de la temperatura local (fig. 1). A la inspección oral se apreciaba una boca séptica.

Se realizó radiografía de tórax (fig. 2). El paciente recuerda que su prima y su tía tuvieron tuberculosis 4 años antes, pero él no fue cribado para infección tuberculosa latente ni recibió quimioprofilaxis. En la analítica destacaban 19,77 mil/mcl leucocitos y PCR de 32,7 mg/dl.

Se realizó una punción obteniéndose material purulento (fig. 3).

## Evolución

Se recogieron 3 muestras de esputo para tinción de Ziehl-Neelsen que resultaron negativas, al igual que la prueba de tuberculina y las tinciones de Gram y Ziehl-Neelsen del contenido del absceso. Se realizó una TC torácica que mostró un absceso hepático de 7,3 × 5,8 cm con extensión a la pared torácica formando una colección en comunicación con el espacio pleural (fig. 4). Se procedió a la colocación de un drenaje, y se inició tratamiento con ceftriaxona 2 g/24 h y metronidazol 500 mg/8 h ev.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [evandeneynde@tauli.cat](mailto:evandeneynde@tauli.cat) (E. Van den Eynde).



Figura 3. Punción de masa dorsal.

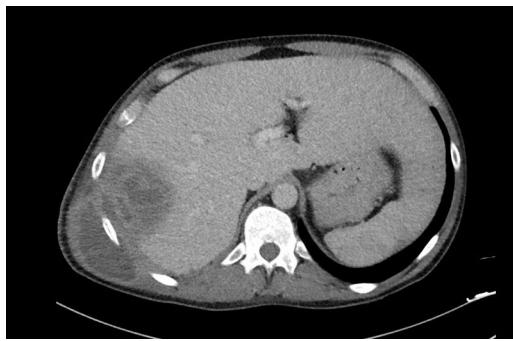


Figura 4. Imagen de la TC abdominal.

En el 7.º día del cultivo informan del crecimiento de *Fusobacterium nucleatum* en el pus. Con posterioridad se recibe el resultado de la PCR 16S en la que también se identifica *Fusobacterium nucleatum*. En el examen anatopatológico se visualizaron estructuras filamentosas ramificadas positivas para las tinciones de PAS y Gomori-Grocott, que no se tiñeron en la tinción de Gram.

Se trató mediante drenaje percutáneo y amoxicilina-clavulánico durante un total de 75 días (33 días por vía endovenosa durante la hospitalización y 6 semanas más por vía oral tras la retirada del drenaje). A los 6 meses en el control ecográfico no había signos de recidiva.

## Comentarios

El hallazgo de una masa de pared torácica en una primera aproximación implica un diagnóstico diferencial entre entidades como el absceso frío tuberculoso, el absceso piógeno y la afectación neoplásica de la pared torácica. 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, especialmente en un paciente con antecedentes epidemiológicos y hallazgos radiológicos compatibles. En nuestro caso fue la primera sospecha clínica, idea que se abandonó al disponer del resultado de la TC abdominal que reveló el origen hepático del absceso.

La actinomicosis está causada por bacterias del género *Actinomyces*, bacilo grampositivo ramificado, anaerobio facultativo. La enfermedad se caracteriza por la formación de abscesos y trayectos fistulosos junto con la descarga de material purulento que contiene

gránulos amarillos sulfurosos. Existen 3 formas principales de afectación: cérvico-facial (65%), abdominal (20%) y torácica (15%)<sup>1</sup>. La forma de presentación de este absceso hepático con fistulización a pared torácica es sugestiva de actinomicosis, y en el examen citológico se sugirió esta posibilidad diagnóstica. Por este motivo se practicó una tinción de Gram sobre la muestra de citología y se pudo comprobar que las estructuras filamentosas observadas no se teñían. La negatividad de esta tinción y la ausencia de crecimiento en cultivo a las 2 semanas de incubación, junto al hecho de identificar por PCR también el *Fusobacterium*, nos hizo dudar de la presencia de *Actinomyces*. No obstante, los abscesos hepáticos son con frecuencia polimicrobianos (entre el 11 y el 40% dependiendo de las series)<sup>2</sup> y no podemos descartar completamente en nuestro caso la coexistencia de *Actinomyces* y *Fusobacterium*.

*F. nucleatum* es un bacilo gramnegativo anaerobio pequeño en forma de huso, no móvil y no formador de esporas, que frecuentemente forma parte de la flora oral normal<sup>3</sup>. En una revisión de 48 casos de absceso hepático por fusobacterias, de los 22 causados por *F. nucleatum*, 9 se atribuyeron a enfermedad periodontal, 4 a enfermedad gastrointestinal, uno a síndrome de Lemierre y 8 fueron consideradas criptogénicas. La mediana de duración del tratamiento fue de 6 semanas y la recuperación fue completa en todos los casos<sup>4</sup>. La mayoría ocurrieron, al igual que en nuestro caso, en jóvenes inmunocompetentes con enfermedad periodontal o faringitis reciente como único factor de riesgo para la diseminación hematogena de fusobacterias.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este artículo.

## Bibliografía

- Pereira N, Cuevas P, Valencia C, Vega J, Gallegos I, Fernández JG, et al. Thoracic actinomycosis in the differential diagnosis of neoplasm: A propos of a case [Article in Spanish]. Rev Chilena Infectol. 2012;29:455–8.
- López-Cano Gómez M, Laguna del Estal P, García Montero P, Gil Navarro M, Castañeda Pastor A. Absceso hepático piógeno: presentación clínica y predictores de evolución desfavorable. Gastroenterol Hepatol. 2012;35:229–35.
- Yang CC, Ye JJ, Hsu PC, Chang HJ, Cheng CW, Lee HS, et al. Characteristics and outcomes of *Fusobacterium nucleatum* bacteremia at a 6 year experience at a tertiary care hospital in northern Taiwan. Diagn Microbiol Infect Dis. 2011;70:167–74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2010.12.017>.
- Jayasimhan D, Wu L, Huggan P. Fusobacterial liver abscess: A case report and review of the literature. BMC Infect Dis. 2017;17:440, <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-017-2548-9>.