

FÍSTULA PLEURO CUTÁNEA POR ENTEROCOCCUS DOS ENTIDADES POCO FRECUENTES, UN SOLO PACIENTE

NELSON AGÜERO¹
MARÍA CARABALLO²
MIGUEL ÁNGEL HERRERA³
CHARLES REGALADO³
VÍCTOR UBIERA³

PLEURO CUTANEOUS FISTULA DUE TO ENTEROCOCCUS TWO RARE ENTITIES, ONE PATIENT

RESUMEN

Reportamos el caso de una paciente femenina de 43 años de edad, caucásica, de procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de neumonías extrahospitalarias que requirieron hospitalización en una ocasión, un año antes de su ingreso. Acudió al servicio de Medicina Interna del Hospital "Dr. Rafael Medina Jiménez" con enfermedad actual de un mes de evolución, cuando presenta solución de continuidad en tórax, línea axilar posterior derecha, por el cual drenaba líquido fétido. La Tomografía computarizada demostró una fístula pleurocutánea y el estudio bacteriológico obtenido por toracocentesis demostró el agente causal: *Enterococcus* sp. La paciente ingresó en el servicio de Cirugía General para cumplir tratamiento antimicrobiano y resolución quirúrgica; evolucionando de forma satisfactoria.

Palabras clave: Fístula pleurocutánea; *Enterococcus* sp; toracocentesis

ABSTRACT

We report the case of a 43-year-old Caucasian female patient from a rural area with a personal history of community-acquired pneumonia that required hospitalization on one occasion, one year before her admission. She attended the Internal Medicine service of the "Dr. Rafael Medina Jiménez" Hospital with a current illness of one month's evolution, when she presented a discontinuity in the chest, right posterior axillary line, through which a foul-smelling fluid was draining. Computed tomography showed a pleurocutaneous fistula and the bacteriological study obtained by thoracentesis showed the causal agent *Enterococcus* sp. The patient was admitted to the General Surgery service to undergo antimicrobial treatment and surgical resolution; her progress was satisfactory.

Key words: Pleurocutaneous fistula; *Enterococcus* sp; thoracentesis

1. Cirujano de Tórax del servicio Cirugía General del Hospital Rafael Medina Jiménez
2. Adjunto Cirugía General.
3. Residentes de Cirugía General. Correo-e: migueh0315@gmail.com

Recepción: 09/10/2024
Aprobación: 07/12/2024
DOI: [10.48104/RVC.2024.77.2.8](https://doi.org/10.48104/RVC.2024.77.2.8)
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

La fístula pleurocutánea es una entidad poco frecuente que aparece como complicación de traumatismo torácicos, cirugía pleuro pulmonar y procesos infecciosos que afectan el espacio pleural, tales como el empiema.^{1,2} Toda infección en el espacio pleural tiene el mismo origen, que es la invasión de microbios a un espacio estéril, donde la incidencia representada por *Enterococcus Sp.*, es tan ínfima, que crea el interés de reportar.

Presentación del caso

Información del Paciente

Se trata de paciente femenina de 43 años de edad natural y procedente del Estado La Guaira, Venezuela, quien refiere inicio de enfermedad actual hace 1 año, caracterizado por disnea sin predominio de horario, concomitante alzas térmicas por lo que acude a un facultativo y es ingresado con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad recibiendo antibioticoterapia no especificada, es egresada en buenas condiciones generales. Seis meses posterior inicia cuadro clínico caracterizado por aumento de volumen paraesternal izquierdo de bordes regulares, móvil, depresible y solución de continuidad de piel de 2x2cm en hemitórax derecho de 1 cm de profundidad, de bordes regulares con descarga exudativa, no fétido, por lo que posterior a evaluación se decide su ingreso a nuestro centro.

Hallazgos clínicos

Clínicamente la paciente refleja malas condiciones, tales como: palidez cutánea, hemo dinámicamente estable con pulsos de 72 latidos por minutos, con frecuencia respiratoria de 20 rpm, con una presión arterial de 120/80mmHg. El examen físico de cabeza y cuello sin patología aparente, en el tórax se observó asimetría a expensas de aumento de volumen paraesternal izquierdo, de bordes regulares, móvil, depresible. Se evidenciaba herida de 2x2 cm en hemitórax derecho en línea media claviclar a nivel del 6to espacio intercostal, de bordes regulares con descarga exudativa (Figura 1). Hipo expansibilidad de hemitórax derecho, murmullo vesical disminuido en lóbulo medio e inferior derecho, sin agregados, los demás sistemas no presentaban alteraciones.

Exámenes complementarios mostraban, hemoglobina de 8.4g/dL con una leucocitosis de 18.4 mm³; con porcentaje de neutrófilo 93.2%, cuenta plaquetaria en 595 mm³, glucosa 91 mg/dL, urea 20,5 mg/dL, creatinina 0,7 mg/dL, proteínas totales 7,9, g/dL, Bilirrubina total 2,30 mg/dL, directa 1,38 mg/dL, indirecta 0,92 mg/dL, AST 27,4 U/L, ALT 20,2 U/L, Cultivo con *Enterococcus sp.*, adenosime deaminase en liquido pleural 13,6 UFC/mL.

Estudios diagnósticos

Fue sometida a estudios de imágenes que incluyen rayos X y tomografía computarizada.



Figura 1. Herida de 2x2 cm en hemitórax derecho en línea media claviclar

En la radiografía de tórax se observa en el hemitórax derecho imagen radiopaca heterogénea medianamente densa que abarca tercio inferior, que hace signo de la silueta y borra ángulo costo diafragmático y cardiofrénico, que no desplaza estructuras del cardio mediastino (Figura 2).



Figura 2. Radiografía de tórax. Imagen radiopaca heterogénea medianamente densa que abarca tercio inferior, que hace signo de la silueta y borra ángulo costo diafragmático y cardiofrénico

En la tomografía computarizada, corte transversal no contrastada, se visualiza trayecto de fístula (Figura 3).

Tratamiento realizado

La paciente fue admitida al hospital y recibió 2 unidades de concentrado globular para corregir la anemia, el aspirado con aguja fina a la lesión para esternal izquierdo, se cultiva *Enterococcus sp.*, el cual era sensible a Ampicilina / sulbactam, indicado 3 veces al día, se realiza evaluación cardiovascular, pre anestésica para resolución quirúrgica.



Figura 3. Tomografía computarizada, corte transversal no contrastada, se visualiza trayecto de fistula (flecha)

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

La paciente bajo terapia medicamentosa sin mejoría de cuadro respiratorio y persistencia de descarga exudativa por la fistula del hemitórax derecho, por lo que sin contraindicación se plantea toracotomía postero lateral costofrénica evidenciando abundante descarga exudativo y bandas de tejido fibrótico esfacelado que limitaban la compliancia pulmonar por lo que se realiza desbridamiento del trayecto fistuloso que comunicaba la pleura visceral con la pared torácica, mediante sección simple y de decorticación pulmonar que permitió la expansibilidad total del pulmón. Se realiza rafia del diafragma por solución de continuidad y se finaliza con lavado de la cavidad pleural, pleurodesis mecánica y química, con yodopovidona.

Se evidencia en el postoperatorio inmediato, expansibilidad total del pulmón, adecuada oximetría, culminando sus cuidados en terapia intensiva para soporte de dinámica ventilatoria.

DISCUSIÓN

Las fistulas pleurocutáneas son una rara entidad de las cuales se pueden presentar secundarias a complicaciones postquirúrgicas, traumáticas, enfermedades malignas e infecciones pulmonares, la presencia de enterococcus a nivel pulmonar esta descrita como uno de los agentes causales de infecciones respiratorias, siendo de los menos frecuentes en comparación a otros patógenos. Tradicionalmente, actúan como patógenos oportunistas, en particular en pacientes de edad avanzada con enfermedades subyacentes graves o en otros pacientes inmunodeprimidos que han sido hospitalizados durante períodos prolongados, utilizan dispositivos invasivos y/o han recibido terapia antimicrobiana de amplio espectro.^{3,4} La prevalencia de fistulas pleurocutáneas específicamente causadas por *Enterococcus* sp. sería una fracción aún menor de estos casos, donde la incidencia

es desconocida, ya que existen escasos estudios de casos o series de casos que destacan la rareza de la condición, ya que no está claramente definida en la literatura médica disponible.

Aprobación ética

“Todos los procedimientos realizados en estudios con participantes humanos fueron de acuerdo con los estándares éticos del comité de investigación institucional y/o nacional y con la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o estándares éticos comparables”.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

REFERENCIAS

1. Cortés Télles A, Laguna B P, Vázquez-Callejas A. Derrame paraneumónico y empiema. A propósito de una revisión integral. *Evid Med Invest Salud*. 2014 [acceso: 20/09/2020]; 7(1): 24-33. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283317224_Derrame_paraneumonico_y_empiema_A_proposito_de_una_revision_integral.
2. Hamm H, Light RW. Parapneumonic effusion and empyema. *Eur Respir J [Internet]*. 1997;10(5):1150-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1183/09031936.97.10051150>
3. Arias CA, Murray BE. Especies de *Enterococcus*, grupo de *Streptococcus bovis* y especies de *Leuconostoc*. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R., editores. *Mandell, Douglas y Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7ma ed. Churchill Livingstone, Elsevier; 2010. págs. 2643–2653. [[Google Académico](#)]
4. Teixeira LM, Facklam RR. *Enterococcus*. En: Borriello SP, Murray PR, Funke G., editores. décima edición, vol. 2. Wiley; Reino Unido: 2005. págs. 882–902. (Topley & Wilson's Microbiology & Microbial Infections. Bacteriology). [[Google Académico](#)]