

Diverticulosis traqueal: utilidad de la tomografía axilar computarizada

Sr. Director: La diverticulosis traqueal es una rara entidad que se caracteriza por la presencia de uno o varios divertículos en la pared posterior de la tráquea. Puede ir asociada a dilatación traqueal y bronquios principales formando parte de la traqueobronquiomegalia o síndrome de Mounier-Kühn¹. La mayoría de los pacientes suelen aquejar un cuadro de broncopatía crónica, aspecto que en nuestro caso no se pudo objetivar, efectuándose el diagnóstico de manera casual en una radiografía de tórax preoperatoria.

Se trataba de un varón de 60 años, fumador de 20 cigarrillos diarios que ingresó para cirugía de la próstata. En las radiografías de tórax se observó una dilatación de la tráquea con divertículos en su pared posterior que fueron confirmados con una tomografía lineal en perfil (fig. 1a). Se efectuó una TAC torácica apreciándose dilatación de la luz traqueal y divertículos posteriores (fig. 1b). No existían bronquiectasias ni otras lesiones pulmonares.

La traqueobronquiomegalia ha sido descrita con varias denominaciones, incluyendo síndrome de Mounier-Kühn, traqueobronquiectasias, traqueocele, traqueomalacia y traqueobroncopatía malácica. El denominador común es una dilatación de la tráquea y bronquios principales a la que puede asociarse diverticulosis traqueal. La causa de esta

anomalía es desconocida. Algunos autores la asocian al síndrome de Enlers-Danlos en adultos y al síndrome de cutis laxa en la edad pediátrica. Aunque esta asociación última sugiere un defecto congénito del tejido conectivo, el hecho de que la mayoría de los casos se presenten en edad adulta, sugiere sin embargo un proceso de etiología adquirida².

El diagnóstico se hace habitualmente mediante el estudio radiológico convencional al observarse un aumento de los diámetros de la luz traqueal. En la proyección lateral de tórax pueden visualizarse a veces los divertículos traqueales o irregularidades en su pared posterior. Estas últimas alteraciones son mejor demostrables en el examen con tomografía lineal en perfil^{3,4}. En los últimos años se han descrito, sin embargo, casos de traqueobronquiomegalia estudiados con TAC^{5,6}. Esta técnica, al efectuar secciones axiales de la tráquea, permite una valoración de los diámetros anteroposteriores y transversal de la luz. Igualmente nos permite visualizar las pequeñas irregularidades de las paredes traqueales, los divertículos y las alteraciones bronquiales y pulmonares asociadas.

J. Martín, M. de Peña y A. Gual

Servicio de Radiodiagnóstico
Hospital Mutua de Tarrasa.
Tarrasa, Barcelona

1. Irving K, Ettman IK, Keel DT Jr. Traqueal diverticulosis. *Radiology* 1962; 78:187-191.

2. Katz I, Levine M, Herman P. Tracheobronchomegaly. The Mounier-Kühn syndrome. *AJR* 1962; 88:1.084-1.093.

3. Alcaine Cameo MA. Traqueobronquiomegalia o síndrome de Mounier-Kühn. *Radiología* 1981; 23:409-414.

4. Artigas Martín JM. Traqueobronquiomegalia primitiva (síndrome de Mounier-Kühn). *Radiología* 1981; 23:419-422.

5. Shin MS, Jackson RM, Ho KJ. Tracheobronchomegaly (Mounier-Kühn syndrome). *CT diagnosis. AJR* 1988; 150:777-779.

6. Dunne MG, Reiner B. CT features of tracheobronchomegaly. *J Comput Assist Tomogr* 1982; 6:437-444.

Absceso pulmonar por *Eikenella corrodens*: a propósito de un caso.

Sr. Director: *Eikenella corrodens* es un bacilo gramnegativo anaerobio facultativo de crecimiento lento, habitante normal de la cavidad oral, mucosa genitourinaria e intestinal¹. Cada vez son más frecuentes las descripciones de infecciones pleuropulmonares por este germen².

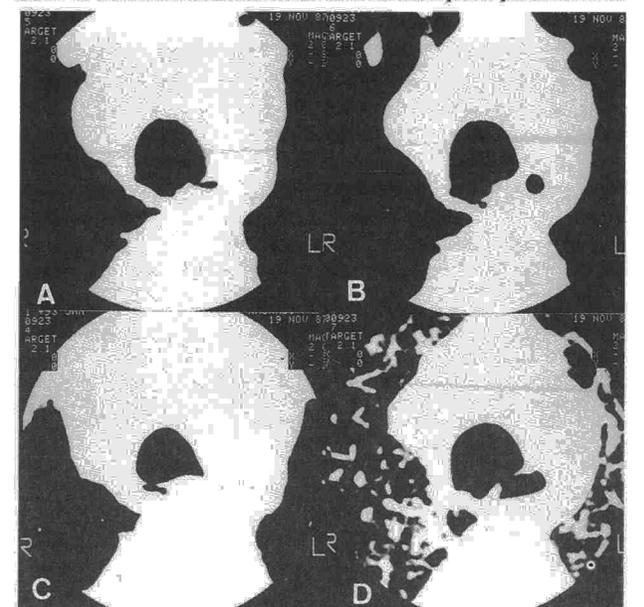
Presentamos el caso de un varón de 60 años de edad con antecedentes personales de diabetes mellitus, fumador importante, aproximadamente de dos paquetes de cigarrillos al día y bebedor excesivo regular.

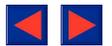
Diez días previos a su ingreso en nuestro Hospital comenzó con disnea de esfuerzo de evolución progresiva, tos y expectoración amarillenta no hemoptoica, sin dolor torácico y con fiebre de más de 38 °C. En la exploración física destacaron como signos patológicos: Taquipnea en reposo; estigmas de hepatopatía crónica; corazón rítmico a 96 sístoles por minuto con soplo sistólico plurifocal; disminución del murmullo vesicular en base derecha con matidez a la percusión; hepatomegalia de tres traveses de dedo dolorosa a la palpación; edemas maleolares que dejaban fovea en ambas piernas. El electro-



Fig. 1 a.: Tomografía lineal de perfil.

Fig. 1b.: TAC traqueal: Cortes a diferentes niveles (A-D) de la tráquea donde se visualizan formaciones diverticulares en pared posterolateral.





cardiograma mostraba un ritmo sinusal a 90 por minuto, con datos de hemibloqueo izquierdo anterior. En la radiografía de tórax existía una ocupación de la base pulmonar derecha por una masa cavitada y zona de neumonitis distal. En las determinaciones analíticas practicadas destacaron cifras de glucemias basales elevadas, aumento de la fosfatasa alcalina (630 UI/l) y GGT de 207 UI/l, leucocitosis de 19.500 con neutrofilia y anemia discreta de 10,5 g/dl de hemoglobina.

Se practicó una punción-aspirado pulmonar de la masa descrita y se aisló un cultivo puro de *Eikenella corrodens*, sensible a ampicilina, cefotaxima, eritromicina, cefuroxima y ciprofloxacino y resistente a metronidazol y clindamicina. Se realizó una fibrobroncoscopia, en la que se observaron signos sugestivos de neoplasia a nivel del bronquio intermediario y en el aspirado bronquial a ese nivel se obtuvieron grupos celulares de carcinoma epidermoide. La TAC reveló un derrame pleural a la altura del lóbulo superior derecho con pequeña masa sólida paravertebral, múltiples y groseras adenopatías mediastínicas, gran zona de condensación con cavitación de más de 7 cm de diámetro y zona de neumonitis distal. En el análisis del líquido pleural no se aisló ningún germen, ni tampoco se hallaron células neoplásicas.

El paciente evolucionó favorablemente bajo tratamiento con cefuroxima y tobramicina, desapareció la fiebre y mejoró la imagen radiológica. El enfermo se negó a la posibilidad quirúrgica y en la actualidad sigue tratamiento paliativo con radioterapia.

En un principio, el papel patógeno de *Eikenella corrodens* se cuestionó por la tendencia a encontrarlo en cultivos polimicrobianos, a pesar de que este hecho es la norma en las infecciones por *E. corrodens*, sobre todo anaerobios y en menor medida cocos aerobios y enterobacterias^{1,2}; se han descrito en cultivos puros con clínica de infección.

En la bibliografía revisada por nosotros hemos encontrado diez casos de infecciones pleuropulmonares en las que se aisló por cultivo puro *Eikenella corrodens*; cinco pertenecen a bibliografía internacional³ y cinco a autores españoles⁴. Nuestro caso viene a sumarse a estos últimos.

Al igual que en nuestra observación clínica, generalmente la patogenidad está asociada a un estado de inmunosupresión, o enfermedad grave del huésped en la mayoría de los casos³. Sin embargo, se han descrito infecciones graves en pacientes previamente sanos¹.

En nuestro caso, el germen era resistente a metronidazol y clindamicina. Es frecuente encontrar resistencia sistemática a cloxacilina y clindamicina⁵. Además, se ha descrito sensibilidad disminuida a penicilina⁵ e incluso resistencia total por producción de beta-lactamasa⁶. Todos ellos son antibióticos empíricamente empleados cuando se sospecha una infección por gérmenes anaerobios, por lo que el estudio de sensibilidad antibiótica debe ser realizado ante el aislamiento de *Eikenella corrodens*.

R. Otero Candelera, T. Montemayor Rubio y A. García-Curiel*
Servicios de Neumología y *Microbiología.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla.

1. Dorff GJ, Jackson IJ, Rytel MW. Infections with *Eikenella corrodens*. A newly recognized human pathogen. *Ann Intern Med* 1974; 80:305-309.

2. Pérez-Trallero, Cilla Eguiluz, García-Arenzana y de la Torre P. Infecciones pleuropulmonares por *Eikenella corrodens*. *Rev Clin Esp* 1987; 181:90-91.

3. Javaheri S, Smith RM, Wiltse D. Intrathoracic infections due to *Eikenella corrodens*. *Thorax* 1987; 42:700-701.

4. Ayensa Dean, Lantero Benedito, Agudo Aparicio, Sánchez Nanclares. Empiema por *Eikenella corrodens*. *Rev Clin Esp* 1988; 182:342-343.

5. Robinson JVA, James AL. *In vitro* susceptibility of *Bacteroides corrodens* and *Eikenella corrodens* to ten chemotherapeutic agents. *Antimicrob Agents Chemotr* 1978; 14:639-64.

6. Pérez-Trallero, García-Arenzana, Cilla, Tovar. B-lactamase-producing *Eikenella corrodens* in an intrabdominal abscess. *J Infect Dis* 1986; 153:379-380.

Carcinoma pulmonar asociado a enfermedad bullosa

Sr. Director: Varios autores¹⁻³ han publicado la asociación del carcinoma pulmonar con la enfermedad bullosa pulmonar. Presentamos un caso clínico en el que coincide esta asociación, haciendo hincapié en la Rx de tórax

como uno de los métodos diagnósticos más importantes. Se trata de un varón de 34 años, trabajador forestal y fumador de 28 paquetes/año. Padece bronquitis sin disnea de esfuerzo, siendo remitido para estudio de radiología patológica en el preoperatorio de una hernia inguinal. A la exploración física se objetivó, en la auscultación pulmonar, una disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares superiores. En la analítica, la alfa-1-antitripsina era normal y en las pruebas de función respiratoria presentaban una obstrucción leve con difusión normal. En la Rx de tórax aparecían unas imágenes quísticas, de tamaño variable y localizadas en ambos lóbulos superiores, en relación con bullas. En el vértice pulmonar izquierdo se observó una imagen nodular, lobulada, de bordes bien definidos e irregulares. Se realizó TAC torácica, visualizándose una masa de bordes espiculados en el segmento apical posterior del lóbulo superior izquierdo, sólida, sin calcio y de situación periférica en contacto con la pleura, que se encontraba engrosada, no observándose adenopatías mediastínicas (fig. 1). Se realizó punción aspirativa con aguja fija (PAAF), siendo el material citológico sugestivo de malignidad. Al paciente se le practicó una lobectomía, siendo el resultado histológico del tumor de adenocarcinoma.

El carcinoma en los pacientes con enfermedad bullosa ocurre a una edad más temprana y pueden originarse dentro de la bulla o adyacente a la misma, como en el caso

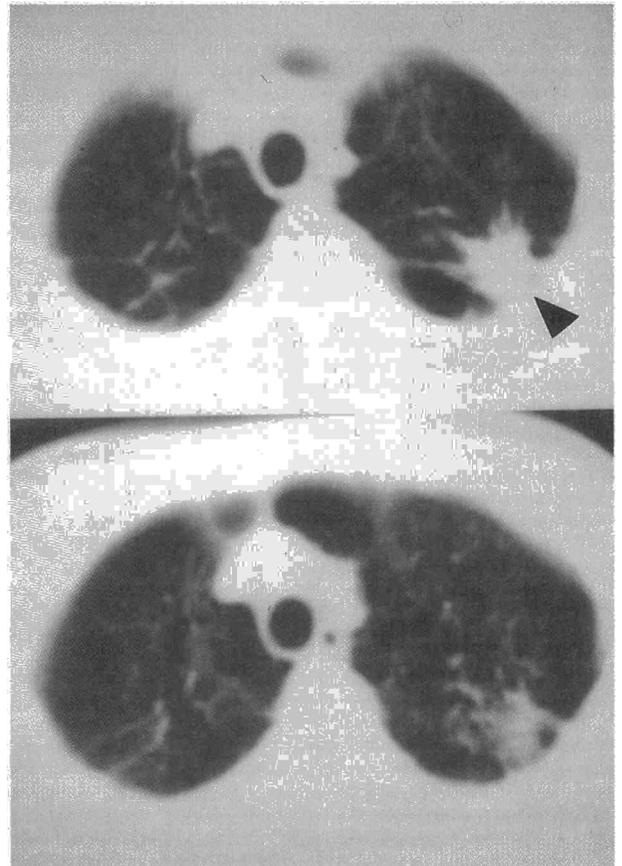


Fig. 1. Masa de bordes espiculados (cabeza de flecha) en LSI, asociada a múltiples imágenes bullosas en ambos lóbulos superiores.