

material de drenaje o aspirado para cultivo^{1,6}. En ocasiones pueden ser necesarios métodos diagnósticos agresivos⁵. El tratamiento de elección sigue siendo la penicilina a dosis de 10-20 millones de unidades/día durante 4-6 semanas, seguido de penicilina oral 2-4 gramos/día durante 3-6 meses^{1,2}. La cirugía puede utilizarse como método diagnóstico cuando éste se basa en la muestra reseca. Con este tipo de actuación terapéutica pueden resolverse más del 90% de los casos de actinomicosis, siendo el pronóstico bueno en general^{4,10}. El caso que presentamos respondió bien al drenaje torácico y al tratamiento con penicilina.

A. Puras Tellaeche, J. Etreros Huerta,
M. Sanz Millán y V. del Villar Sordo
Servicio de Medicina Interna
Hospital del INSALUD. Soria.

BIBLIOGRAFIA

1. Lerner PI. Actinomyces, arachnia and nocardia pneumonias. En: Pennington JE: Respiratory infections: Diagnosis and management. Raven Press New York 1983; 387.
2. Lerner PI. Actinomyces and arachnia species. En: Mandell GL, Douglas RG: Principles and practice of infectious diseases. Ed. John Wilkey Sons 1979; 1969.
3. Varkey B, Landis FB, Tang TT, Rose HD. Thoracic actinomyces. Arch Intern Med 1974; 134; 689-693.
4. Weese WC, Smith IM. A study of 57 cases of actinomyces over a 36-years period; a diagnostic «failure» with good prognosis after treatment. Arch Intern Med 1975; 135:1562-1568.
5. Balikian JP, Cheng TH, Costello P, Herman PG. Pulmonary actinomyces. A report of three cases. Radiology 1978; 128:613-616.
6. McQuarrie DG, Hall VH. Actinomyces of the lung and chest wall. Surgery 1968; 63:905-911.
7. Brown JR. Human actinomyces. A study of 181 subjects. Hum Pathol 1973; 4:319-330.
8. Prather JR, Eastgrigge CE, Hughes FA, McCaughan JJ. Actinomyces of the thorax. Diagnosis and treatment. Ann Thorac Surg 1970; 9:307-312.
9. Gorbach SL. Fusobacterium. En: Mandell GL, Douglas RG. Principles and practice of infectious diseases. Ed. John Wilkey Sons New York, 1979; 1983.
10. Harrison RN; Thomas DJB. Acute actinomyces empyema. Thorax 1979; 34:406-407.

Tumor carcinoide tímico

Sr. Director: El término «carcinoide», fue introducido por Oberndorper (1907), para designar a los tumores que histológicamente eran carcinomas indiferenciados, pero que sin embargo, tenían un comportamiento benigno¹. En 1949, Pearson², demostraba el potencial maligno de estos tumores. Los tumores carcinoideos se originan de la proliferación de las células de Kultchinsky, o células argentafines, que se hallan en las estructuras derivadas del canal endodérmico primitivo.

Los carcinoideos de localización tímica, son infrecuentes, pudiéndose presentar asociados a neoplasias endocrinas múltiples³, síndromes de Cushing⁴ u otras manifestaciones sistémicas. Sin embargo, representan los tumores carcinoideos más frecuentes en el mediastino, probablemente debido a la presencia de células de Kultchinsky en el tejido tímico normal³. En 1972, Rosai et al⁵, comunicaron 8 casos y hallaron otros 8, descritos en la literatura. Desde entonces, otros casos han sido publicados, ya sea aisladamente, o asociados a otros procesos, especialmente neoplásicos. El diagnóstico²⁻⁷, se obtendrá en la intervención quirúrgica, aunque la realización de exploraciones complementarias preoperatorias (TAC, angiografía, gammagrafía tiroidea), permitirán excluir otro tipo de tumoraciones, que requerirán otras estrategias quirúrgicas. El tratamiento deberá ser en todos los casos, la extirpación quirúrgica de la tumoración. Debido a la infrecuente aparición de este tipo de tumor, presentamos el caso de un paciente de 57 años de edad, con antecedentes de traumatismo torácico, con fractura de la 1.^a costilla derecha a los 51 años. Acudió a un centro hospitalario, por la presencia, desde hacía dos meses, de dolor torácico retroesternal de características opresivas, que irradiaba del cuello. En los estudios angiológicos, radiológicos y tomográficos efectuados se observó la presencia de una tumoración en el mediastino anterior, sin relación con las estructuras vasculares intratorácicas. Con el diagnóstico de tumoración sólida mediastínica, fue remitido a nuestro servicio, para estudio y tratamiento. La exploración física fue normal, y el estudio analítico, no demostró alteraciones. La radiografía de tórax (fig. 1), demostró y confirmó la presencia de una tumoración en el mediastino anterior. Se realizó una fibrobroncoscopia, que no demostró lesiones endobronquiales, observándose una compresión extrínseca de la pared anterior de la tráquea y de los bronquios principales. El TAC torácico, mostró una tumoración de 13 × 13 cm de

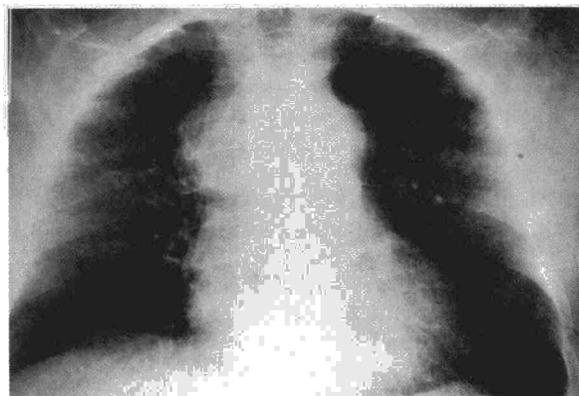


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax que muestra la presencia de una imagen paramediastínica derecha.

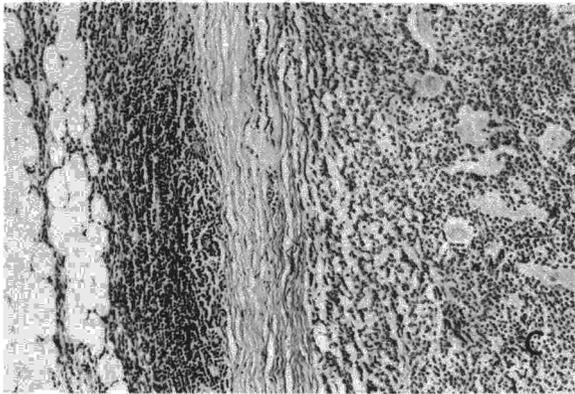
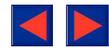


Fig. 2. Aspecto de un área periférica del tumor carcinoide (mitad derecha C), separado por una cápsula de tejido conectivo del parénquima tímico normal (mitad izquierda T) (H - E \times 40).

diámetro en el mediastino anterior, de contornos bien definidos, con microcalcificaciones intralesionales, y que no afectaba a las estructuras vasculares adyacentes.

Ante la presencia de una tumoración mediastínica de características clínico-radiológicas de benignidad, se indicó la intervención quirúrgica. Se realizó una esternotomía media, que puso de manifiesto la presencia de una masa bien delimitada, de unos 15 cm de diámetro, que fue extirpada en su totalidad, no existiendo la evidencia macroscópica de lesiones residuales. El diagnóstico anatómopatológico fue de tumor carcinoide de origen tímico (fig. 2). El paciente presentó un postoperatorio correcto, siendo dado de alta a los 8 días de la intervención. En la actualidad —un año después—, no existe evidencia radiológica ni tomográfica de recidiva de la tumoración.

J.M.^a Gimferrer, E. Cugat*, J. Freixinet T. Ribalta**, M. Mateu y J. Sánchez-Lloret

Servicio de Cirugía Torácica,

*Servicio de Cirugía General y

**Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Clínico y Provincial Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. Preston Hughes J, Ancalmo N, Leonard GL, Ochsner JL. Carcinoid tumor of a thymus gland: report of a case. *Thorax* 1975; 30:470-475.
2. Pearson CM, Fitzgerald PJ. Carcinoid tumor. A re-emphasis of their malignant nature. *Cancer* 1949; 2:1005-1009.
3. Marchevsky AM, Dikman SH. Mediastinal carcinoid with an incomplete Sipple's syndrome.
4. Wick MR, Scheithauer BW. Thymic carcinoid. A histologic, immunohistochemical, and ultrastructural study of 12 cases. *Cancer* 1984; 53:475-484.
5. Rosai J, Higa E. Mediastinal endocrine neoplasm, of probable thymic origin, related to carcinoid tumor. *Clinicopathologic study of 8 cases*. *Cancer* 1972; 29:1061-1074.
6. Gelfand ET, Basualdo CA, Callaghan JC. Carcinoid tumor of the thymus associated with recurrent pericarditis. *Chest* 1981; 79:350-351.
7. Salyer WR, Salyer DC, Eggleston JC. Carcinoid tumors of the thymus. *Cancer* 1976; 37:958-973.

Micosis pulmonar oportunista en el anciano. ¿Inmunopresión por la edad?

Sr. Director: En el grupo de las micosis oportunistas, la aspergilosis pulmonar invasiva (API) es una infección pulmonar poco frecuente y de enorme gravedad, por hongos del género *aspergillus*. Las hifas invaden el parénquima pulmonar y las paredes vasculares, produciendo extensas áreas de necrosis y focos de diseminación a distancia por vía hematológica¹.

La API afecta a individuos inmunodeprimidos y ocasionalmente se ha evidenciado en sujetos aparentemente sanos² o bien después de procesos respiratorios anergizantes como una neumonía viral³. Las alteraciones subyacentes asociadas a la API son: leucemias, linfomas y las producidas por tratamientos con dosis masivas de corticoides o citostáticos. Presentamos el caso de un varón de 78 años, fumador de 30 cigarrillos/día, bronquítico crónico (regulado sin necesidad de tratamiento) y de profesión agricultor.

Ingresa por un cuadro de tres días de evolución con tos, expectoración, disnea y disminución del nivel de conciencia. A la exploración destaca una cianosis central y periférica signos de deshidratación severa y semiología de condensación pulmonar en región axilar derecha. Entre los datos analíticos resaltamos: VSG = 41/78 mm y glucemia = 391 mg/100 ml, (si bien no era un diabético conocido).

La radiografía de tórax al ingreso muestra: sombras acinosas confluyentes en la mayor parte del pulmón derecho, formando una condensación homogénea suprayacente a la cisura menor. (fig. 1 A).

Considerado como una neumonía de alto riesgo, es tratado con rehidratación parenteral, cefalotina (1 g ev/6 h.) y gentamicina (60 mg/12 h), mejorando ligeramente la situación general del paciente.

En el control radiológico efectuado a los 4 días de su ingreso, la imagen se caracteriza por una mayor difusión de las sombras acinosas por ambos campos pulmonares (fig. 1 B). Al 5.º día del ingreso falleció en insuficiencia respiratoria aguda y acidosis metabólica. La necropsia evidencia una arterioesclerosis generalizada, una cardiomegalia con dilatación global y la patología principal centrada en el pulmón.

La imagen macroscópica es de lesiones irregulares de 1-3 cm, friables, de aspecto necrótico con una zona central grisácea y un halo oscuro alrededor (lesión en «diana»), de localización intraparenquimatosa, diseminada por ambos lóbulos superiores y lóbulo medio derecho que en ocasiones están centradas por un vaso. No existían cavernas ni bronquiectasias.