

de eyección del 50%. Se intervino a la paciente, con mejoría radiológica al alta.

De las búsquedas que hemos realizado en la literatura médica, sólo hemos encontrado un caso de edema pulmonar unilateral en un paciente con fallo cardíaco agudo por insuficiencia mitral³. En la actualidad, la TC ayuda al diagnóstico de las enfermedades cardíacas, entre ellas, la endocarditis bacteriana⁴. Sin embargo, no fue el caso de nuestra paciente, en la que las imágenes radiológicas no fueron compatibles con edema agudo de pulmón⁴. Otras peculiaridades de este caso fueron la ausencia de lesión cardíaca predisponente previa, la edad y el sexo, poco habituales para una EI de válvula nativa. Los hallazgos ecocardiográficos más la aparición del soplo cardíaco (2 de los criterios mayores de Duke-Durack) (tabla 1) permitieron llegar al diagnóstico definitivo de EI^{1,5}.

Un patrón radiológico unilateral intersticial no excluye, como vemos, la posibilidad de estar ante un cuadro de edema pulmonar de origen cardiogénico.

Bibliografía

1. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, Fowler VG, Bolger AF, Levison HE, et al. Infective endocarditis: Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of

complications: A statement for healthcare professionals from the committee on rheumatic fever, Endocarditis, and Kawasaki disease, council on cardiovascular disease in the young, and the council on clinical cardiology, stroke, and cardiovascular surgery and anesthesia, American Heart Association: Enclosed by Infectious Disease Society of America. *Circulation*. 2005;111:e394-434.

2. Ebright JR. Cardiac complications of infective endocarditis. *Curr Infect Dis Resp*. 2009;11:261-7.
3. D'Aloia A, Faggiano P, Brentana L, Boldini A, Procopio R, Racheli M, et al. A difficult diagnosis: Right unilateral cardiogenic pulmonary edema. Usefulness of biochemical markers of heart failure of the correct diagnosis. *Ital Heart J*. 2005;6:771-4.
4. Rozenshtein A, Boxt LM. Computed tomography and magnetic resonance imaging of patients with valvular heart disease. *J Thorac Imaging*. 2000;15:252-64.
5. Habib G, Derumeaux G, Avierinos JF, Casalta JP, Jamal F, Volot F, et al. Value and limitations of the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 1999;33:2023-9.

Concepción Prados*, Raúl Galera y Ana Santiago

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: conchaprados@gmail.com (C. Prados).

doi:10.1016/j.arbres.2009.10.004

Drenaje de quiste mediastínico mediante aspiración con aguja fina guiada por ecobroncoscopia

Drainage of a Mediastinal Cyst by Endobronchial Ultrasound-Guided Needle Aspiration

Sr. Director:

La punción-aspiración mediante aguja fina guiada por ecobroncoscopia (EBUS-TBNA) está ofreciendo su máxima rentabilidad en la obtención de muestras para el diagnóstico o la estadificación del cáncer pulmonar¹ y permite, asimismo, el diagnóstico de enfermedades benignas como tuberculosis y sarcoidosis pulmonar. Recientemente se ha comprobado que, además, puede tener una utilidad terapéutica, como es la aspiración de los quistes mediastínicos^{2,3}. A continuación se presenta un caso en el que se efectuó el drenaje de un quiste mediastínico mediante EBUS-TBNA.

Varón de 65 años, fumador de 80 paquetes/año, que consultó por hemiparesia izquierda. En la tomografía axial computarizada (TAC) craneal se identificó una lesión ocupante de espacio parietal derecha indicativa de metástasis cerebral. La radiografía de tórax evidenció una masa pulmonar de bordes bien definidos en el lóbulo superior izquierdo (LSI). En la TAC toracoabdominal con contraste intravenoso se observó la masa pulmonar de 30 × 24 mm en el LSI y adenopatías hiliares izquierdas de 32 × 18 mm. Además, existía una imagen que morfológicamente podría corresponder a adenopatía paratraqueal superior derecha de 23 × 17 mm, pero con densidad media de -7,9 unidades Hounsfield. En la broncoscopia no se observaron lesiones endobronquiales. Las citologías del broncoaspirado y el lavado broncoalveolar del LSI fueron negativas para malignidad. Mediante punción-aspiración transtorácica con aguja fina de la masa del LSI se obtuvo el diagnóstico citológico de adenocarcinoma. Se realizó EBUS-TBNA de la lesión paratraqueal superior derecha

mediante ecobroncoscopia de sonda convexa (CP-EBUS) (modelo BF-UC160F; Olympus; Tokio, Japón), y se observó una lesión anecoica de 1,48 cm que no presentó flujo con el modo Doppler. Tras la punción se obtuvieron 5 cm³ de líquido amarillento y se comprobó la disminución de tamaño de la lesión (fig. 1). En el examen citológico del líquido se observó un frotis de fondo mixoide con células espumosas de hábito macrófágico compatible con quiste broncogénico.

Los quistes mediastínicos son raros y generalmente asintomáticos, aunque pueden provocar compresión e irritación de estructuras adyacentes e infección o malignización en su interior, por lo que requieren una resección completa mediante toracotomía o videotoroscopia asistida⁴⁻⁶. Con tratamientos menos invasivos es frecuente la recurrencia, aunque tras la aspiración completa de su contenido hasta colapsar el quiste mediante EBUS-TBNA se ha comunicado la ausencia de recidiva con seguimiento de hasta 18 meses^{2,3}.

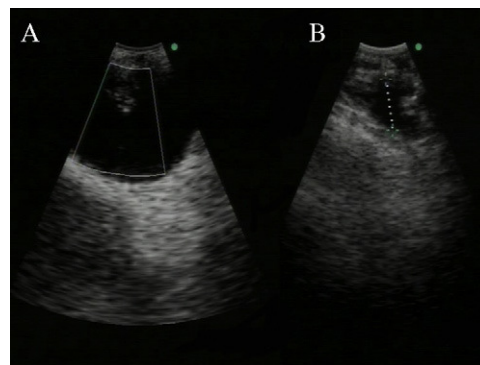


Figura 1. Ecobroncoscopia de lesión quística paratraqueal derecha: A) antes de la punción, en modo Doppler y B) después del drenaje.

En la TAC torácica los quistes broncogénicos aparecen como masas redondeadas, bien delimitadas, con una atenuación homogénea de baja densidad, similar a la del agua (0-20 unidades Hounsfield) o incluso menor, por lo que es posible diagnosticarlos con fiabilidad^{4,5}. No obstante, en el 50% de los pacientes, los quistes presentan una atenuación mayor propia de las lesiones de partes blandas⁵. Este aumento de la atenuación puede deberse a la infección del quiste o al elevado nivel de proteínas o de oxalato cálcico en el contenido mucoso de éste⁵. Cuando la TAC no permite el diagnóstico diferencial, la resonancia magnética es útil para establecer la naturaleza líquida del contenido de la lesión⁴. En el caso que presentamos, ante una alta sospecha de neoplasia cabría pensar que la lesión paratraqueal superior derecha correspondía a una adenopatía, pero finalmente resultó en el hallazgo incidental de un quiste mediastínico.

El EBUS detecta fácilmente los quistes mediastínicos: los diferencia de las estructuras vasculares por la ausencia de flujo con el modo Doppler y permite, además, el diagnóstico citológico y el tratamiento mediante drenaje.

Bibliografía

1. Adams K, Shah PL, Edmonds L, Lim E. Test performance of endobronchial ultrasound and transbronchial needle aspiration biopsy for mediastinal staging

doi:10.1016/j.arbres.2009.10.005

Hallazgos radiológicos de afectación pulmonar por enfermedad de Niemann-Pick tipo B

Radiologic Findings of Pulmonary Involvement of Type B Niemann-Pick Disease

Sr. Director:

La enfermedad de Niemann-Pick es un trastorno de almacenamiento lisosómico hereditario de carácter recesivo y autosómico. Una deficiencia en la actividad de la esfingomielinasa ácida conduce a la acumulación de esfingomielina, principalmente, en los tejidos del sistema nervioso central y del sistema reticuloendotelial. Según los órganos que se vean afectados, existen varias subdivisiones clínicas de la enfermedad de Niemann-Pick. De los 6 subtipos de enfermedad, el más grave es el tipo A, cuyo fenotipo neuronopático agudo suele conducir a la muerte en la primera infancia. El tipo B es un trastorno heterogéneo que en la mayoría de pacientes se presenta sin afectar al sistema nervioso. En las personas en las que se produce una afectación sistémica se puede producir enfermedad pulmonar progresiva, hepatoesplenomegalia, estatura baja y pancitopenia.

Nuestro paciente era una niña de 7 años. A los 9 meses de edad se examinó en el hospital por distensión abdominal. Se observó hepatoesplenomegalia y se procedió a una biopsia del hígado mediante punción-aspiración con aguja fina; el diagnóstico fue enfermedad de Niemann-Pick tipo B. Presentaba tos seca y fiebre. La exploración física mostró hepatomegalia y esplenomegalia. Los exámenes cardiovascular y neurológico fueron normales. En la auscultación pulmonar se detectaron fuertes estertores crepitantes en las bases de los pulmones. Las pruebas de función renal y hepática fueron normales. Los hallazgos de laboratorio revelaron

- in patients with lung cancer: Systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2009;64:757-62.
2. Nakajima T, Yasufuku K, Shibuya K, Fujisawa T. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for the treatment of central airway stenosis caused by a mediastinal cyst. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007;32:538-40.
 3. Galluccio G, Lucantoni G. Mediastinal bronchogenic cyst's recurrence treated with EBUS-FNA with a long-term follow-up. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006;29:627-9.
 4. Takeda S, Miyoshi S, Minami M, Ohta M, Masaoka A, Matsuda H. Clinical spectrum of mediastinal cysts. *Chest*. 2003;124:125-32.
 5. Patel SR, Meeker DP, Biscotti CV, Kirby TJ, Rice TW. Presentation and management of bronchogenic cysts in the adult. *Chest*. 1994;106:79-85.
 6. St-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, Vaillancourt R, Deschamps C, Beauchamp G, et al. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg*. 1991;52:6-13.

María Meseguer Sisternes* y José Franco Serrano

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mamesis@comv.es (M. Meseguer Sisternes).

anemia leve. La paciente se derivó tras un examen clínico a nuestro centro para realizarle radiografía de tórax y tomografía computarizada de alta resolución (TCAR). La radiografía posteroanterior reveló una infiltración reticulonodular difusa en la base de ambos pulmones. Las exploraciones con TCAR se obtuvieron sin administrar contraste intravenoso. Se realizó tomografía computarizada helicoidal multicorte con un sistema de tomografía computarizada de 16 cortes (Somatom sensation 16, Siemens, AG, Erlanger, Alemania). El tiempo de rotación del gantry fue de 0,5 sn. Se utilizó tubo con voltaje de 100 kVp y tubo con corriente de 40 mA (eficaz). El grosor del corte fue de 1 mm, con un intervalo de corte de 9 mm. Se utilizó un filtro de potenciación del borde. En la TCAR del tórax se detectaron zonas en vidrio deslustrado en el pulmón izquierdo (en el segmento anterior del lóbulo superior y en la lingula). Se observaron engrosamientos intersticiales peribroncovasculares y engrosamiento septo interlobular en las bases del pulmón. También se detectaron varios nódulos pulmonares en ambos pulmones.

La enfermedad de Niemann-Pick es un raro trastorno hereditario recesivo y autosómico caracterizado por la acumulación de esfingomielina debido a una deficiencia en la producción de esfingomielinasa. El exceso de esfingomielina se deposita en el hígado, el bazo, los pulmones, la médula ósea o el cerebro^{1,2}. El aspecto radiológico de esta afección no es específico, si bien se observan hilos lineales asociados con infiltrados nodulares, lo que produce un efecto de panel de abeja que se extiende de forma difusa a todas las zonas pulmonares, en especial a la base¹⁻³. La imagen tomográfica de alta resolución mostraba engrosamiento de los tabiques interlobulares, sin nódulos, con predominancia en la zona inferior de los pulmones, asociados con opacidades en vidrio deslustrado más abundantes en las zonas superior y media⁴. Aunque estas regiones estaban a menudo separadas unas