

cargados de lípidos en el líquido de lavado broncoalveolar (LBA) y en el cultivo de este líquido se aisló *Pseudomonas aeruginosa*; ambos datos concordaban con una aspiración crónica e infección de vías respiratorias bajas. Dado que el tránsito gastroduodenal previo no había sido diagnóstico, se inyectó medio de contraste en el esófago mediante una sonda y se demostró una FTE recurrente (fig. 1 del suplemento y vídeo 2 del suplemento)².

Aproximadamente el 50% de los niños con antecedentes de atresia esofágica y FTE reparadas presentan síntomas respiratorios recurrentes o persistentes debidos a una hiperreactividad bronquial, traqueomalacia o aspiración debida a dismotilidad esofágica, estenosis esofágica, reflujo gastroesofágico o recidiva de la FTE reparada (en hasta un 10% de los casos de atresia esofágica)³⁻⁵. El tránsito gastroduodenal puede no permitir la identificación de la fistula recurrente, por lo que la inyección de medio de contraste en el esófago constituye el siguiente paso diagnóstico². Bajo control de cine-fluoroscopia y con el niño en posición de decúbito prono, se inyecta medio de contraste a presión a través de una sonda nasogástrica que se va retirando lentamente del estómago al esófago.

La presencia de macrófagos cargados de lípidos en el examen citológico del líquido de LBA obtenido mediante broncoscopia flexible sugiere la existencia de una aspiración. El sondaje broncoscópico de la fistula o la inyección de azul de metileno y esofagoscopia son métodos auxiliares que aportan información importante para el diagnóstico de la FTE recurrente².

Financiación

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses que declarar.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.017>.

Bibliografía

1. Lal DR, Oldham KT. Recurrent tracheoesophageal fistula. *Eur J Pediatr Surg.* 2013;23:214-8.
2. Coran AG. Redo esophageal surgery: The diagnosis and management of recurrent tracheoesophageal fistula. *Pediatr Surg Int.* 2013;29:995-9.
3. Kovesi T, Rubin S. Long-term complications of congenital esophageal atresia and/or tracheoesophageal fistula. *Chest.* 2004;126:915-25.
4. Delius RE, Wheatley MJ, Coran AG. Etiology and management of respiratory complications after repair of esophageal atresia with tracheoesophageal fistula. *Surgery.* 1992;112:527-32.
5. Malmstrom K, Lohi J, Lindahl H, Pelkonen A, Kajosaari M, Sarna S, et al. Longitudinal follow-up of bronchial inflammation, respiratory symptoms, and pulmonary function in adolescents after repair of esophageal atresia with tracheoesophageal fistula. *J Pediatr.* 2008;153:396-401.

Antonios Platnaris^a, Dimitra Lianou^b y Athanasios G. Kaditis^{a,*}

^a *Pediatric Pulmonology Unit, First University Department of Pediatrics, University of Athens School of Medicine and Aghia Sophia Children's Hospital, Atenas, Grecia*

^b *First Department of Pediatrics, National Health System, Aghia Sophia Children's Hospital, Atenas, Grecia*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: kaditia@hotmail.com (A. Kaditis).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.017>

Ganglioneuroma mediastínico posterior



Posterior mediastinal ganglioneuroma

Sr. Director:

Los ganglioneuromas son tumores neurógenos benignos y maduros, pero pueden invadir o adherirse intensamente a estructuras mediastínicas causando manifestaciones clínicas diversas¹. Presentamos un caso de neuralgia braquial debida a una compresión del plexo braquial producida por un ganglioneuroma mediastínico.

Una mujer de 39 años, previamente sana, fue ingresada por una clínica de 3 meses de neuralgia braquial (NB) en la extremidad superior izquierda. La exploración física fue normal. En la radiografía de tórax (fig. 1A) se detectó una opacidad laterotraqueal izquierda. La TC torácica (fig. 1B) y la resonancia magnética (RM) (fig. 1C) confirmaron la presencia del tumor bien delimitado en la región paravertebral izquierda, de un diámetro de 6 cm, con algunas áreas de captación del contraste inyectado. La masa no mostraba ninguna compresión de la médula espinal ni invasión vertebral directa. Los análisis de laboratorio y la broncoscopia fueron totalmente normales. Mediante una toracotomía posterolateral izquierda, se extirpó la masa apical (fig. 1D) así como una parte de la cadena simpática. La masa mostraba adherencias duras con el plexo braquial y el ganglio estrellado, con ampliación del espacio intervertebral. El anatomopatólogo confirmó el diagnóstico de ganglioneuroma por la presencia de células ganglionares maduras contenidas en un estroma de fibras de colágeno y algunas células de Schwann. Postoperatoriamente, la paciente presentó un síndrome de Claude

Bernard-Horner transitorio. Este último trastorno se resolvió por completo 2 meses más tarde. El examen clínico y la TC a los 3 y 6 meses de seguimiento fueron favorables.

El ganglioneuroma es la forma más madura de neuroblastoma, y tiene su origen en las células de la cresta neural. La localización mediastínica es la más frecuente (70%)^{2,3} y sucede a una edad temprana⁴. La mayor parte de los casos son asintomáticos. En la serie de Takeda, el 67% de los casos fueron asintomáticos, tan solo un 1,4% presentaron síntomas neurológicos y hubo 2 casos de parestias del brazo. Algunos de los síntomas están relacionados con una secreción hormonal, como la del péptido intestinal vasoactivo, que causa diarrea o la de catecolaminas que son responsables de la aparición de síntomas adrenérgicos (hipertensión, palpitaciones o sudoración), pero en nuestra paciente no hubo síntomas de este tipo⁵.

El neuroganglioma se observa en la TC y la RM en forma de una masa sólida, bien delimitada y encapsulada. Alrededor de un 10% de los tumores neurógenos se denominan «tumores en forma de pesa» dada su extensión en el canal vertebral¹, como ocurría en nuestro caso.

La RM permite una identificación precisa de la afectación de la médula espinal por un tumor, por lo que debe realizarse antes de la operación en los pacientes en los que se sospeche de un tumor neurógeno, con objeto de descartar la extensión intramedular. La extirpación quirúrgica constituye el tratamiento tradicional. El método transmanubrial proporciona un excelente campo operatorio, con control de los vasos subclavios, el plexo braquial y exposición de la columna cervical y dorsal alta. Cardillo et al.¹ llegaron a la conclusión de que la cirugía asistida por vídeo (VATS, por sus siglas en inglés) se asociaba a una morbilidad inferior y

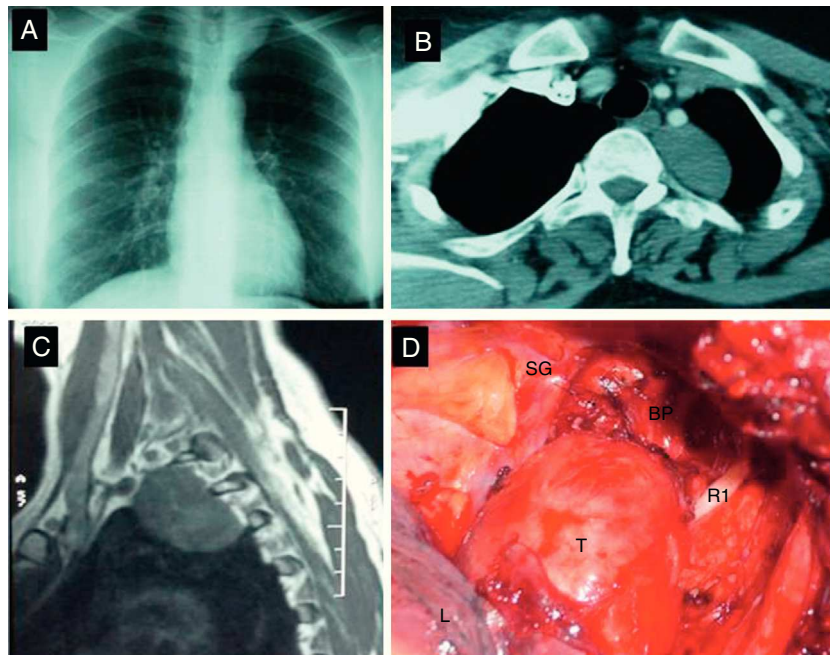


Figura 1. A) Radiografía de tórax que muestra una opacidad paratraqueal izquierda. B) Tomografía computarizada de tórax que muestra una masa encapsulada en el mediastino posterosuperior izquierdo a la altura de T2-T3. C) Resonancia magnética torácica: tumor bien delimitado en la región paravertebral izquierda sin compresión de la médula espinal ni invasión vertebral directa. D) Imagen intraoperatoria del ganglioma. R1: primera costilla; SG: ganglio estrellado; L: pulmón; BP: plexo braquial; T: tumor.

una menor duración de la hospitalización postoperatoria. La posibilidad de aplicación de la VATS depende del tamaño del tumor y de la extensión intramedular. Pero nosotros optamos por realizar una toracotomía, ya que la cirugía del vértice torácico comporta un incremento del riesgo de lesión vascular o nerviosa, y también para tener un mejor control de la extensión raquídea del tumor. Nuestro caso tiene ciertas peculiaridades, ya que el ganglioma es excepcional y voluminoso, y tuvo como primer síntoma que llevó al diagnóstico del tumor una neuralgia braquial.

Los síntomas neurológicos como la neuralgia cervical y braquial pueden identificar un tumor mediastínico.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Bibliografía

- Cardillo G, Carleo F, Khalil MW, Carbone L, Treggiari S, Salvadori L, et al. Surgical treatment of benign neurogenic tumours of the mediastinum: A single institution report. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;34:1210-4.
- Califano L, Zupi A, Mangone GM, Long F. Cervical ganglioma: Report of a case. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;124:115-6.
- Duffy S, Jhaveri M, Scudierre J, Cochran E, Huckman M. MR Imaging of a posterior mediastinal ganglioma: Fat as a useful diagnostic sign. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2005;26:2658-62.
- Hajri M, Ben Moualli S, Ben Amna M, Bacha K, Chebil M, Ayed M. Le gangliome rétropéritonéal. *Ann Urol.* 2001;35:145-7.
- Mithöfer K, Grabowski EF, Rosenberg AE, Ryan DP, Mankin HJ. Symptomatic ganglioma of bone. A case report. *J Bone Joint Surg Am.* 1999;81:1589-95.

Massine El Hammoumi*, Adil Aarsalane y El Hassane Kabiri

Department of Thoracic Surgery, Mohamed V Military University Hospital, Faculty of Medicine and Pharmacy, University Mohamed V Souissi, Rabat, Marruecos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hamoumimassine@hotmail.fr (M. El Hammoumi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.12.014>