

CARTAS AL DIRECTOR

Linfangioma quístico mediastínico

Sr. Director: Los linfangiomas mediastínicos se presentan de dos formas: una forma quística o como caverna, que se extiende desde el cuello al mediastino y suele descubrirse en la infancia (higroma quístico), y otra forma que aparece en adultos y que se suele localizar en el mediastino anterior en su parte más baja^{1,2}. Estos tumores son en realidad alteraciones en el desarrollo más que verdaderas neoplasias. Patológicamente consisten en quistes multiloculados de fina pared con un contenido líquido claro amarillento³. La imagen radiológica de la tomografía computarizada (TC) suele estar bien definida dentro de los márgenes del mediastino⁴. Debido a su consistencia tan blanda no suelen apreciarse síntomas incluso cuando son de gran tamaño. Presentamos un caso típico de esta rara variedad de tumor mediastínico.

Varón de 38 años de edad, fumador de 2 paquetes de cigarrillos al día, sin ningún otro antecedente de interés. Acudió en junio de 1998 al servicio de urgencias por dolor centrotorácico, que había sido etiquetado como de probable origen esofágico y cedió con tratamiento sintomático. En la radiografía convencional de tórax se detectó una masa situada en el mediastino medio superior izquierdo. La exploración física del paciente no revelaba ningún dato patológico. Igualmente, el hemograma, bioquímica, gasometría arterial, espirometría y electrocardiograma eran compatibles con la normalidad. Se le realizó una TC torácica (fig. 1) en la que se encontró una masa quística en mediastino medio superior (paratraqueal, izquierda, abriendo estructuras vasculares), de 5 x 3 cm, de densidad agua, con paredes finas y sin calcificaciones, con un pequeño septo en su interior, sin captación de contraste ni en su interior ni en sus paredes. Posteriormente se realizó resonancia magnética nuclear (RMN) de la que se nos informó como una masa de aspecto sólido bien delimitada, localizada en zona posterolateral de mediastino superior, por debajo del espacio prevascular, de unos 4 cm, con señal isotensa con el músculo en secuencias potenciales en T1 e hiperintensa en T2. En esta última se apreciaba una imagen lineal a modo de septo que separaba dos lóbulos, imagen que se realizaba tras administración de contraste. Fue informada como compatible con

timona. En octubre del mismo año se lleva a cabo una toracotomía izquierda apreciándose una tumoración de tamaño 5 x 4 cm, situada por encima del cayado aórtico y entre arterias subclavia y carótida izquierda, cubierta de pleura mediastínica. Al researse, se produjo la salida de su interior de un líquido de aspecto quiloso. En el informe de la biopsia se describió una tumoración nodular que al corte presentaba varias formaciones quísticas de diverso tamaño y repletas de material líquido blanquecino lechoso, concluyendo en el diagnóstico anatomopatológico de linfangioma quístico. Durante el período postoperatorio, la evolución fue satisfactoria, salvo por la apreciación de disfonía, realizándose laringoscopia refleja, en la que donde se apreciaba falta de movilidad de hemilaringe izquierda sugestiva de parálisis recurrencial izquierda.

Los linfangiomas quísticos son neoplasias congénitas poco frecuentes y suelen darse en jóvenes adultos. Menos del 1% se localizan en el mediastino. Se puede llegar al diagnóstico por punción citológica guiada por la imagen⁵. El tratamiento de elección es la cirugía. Debido a su gran tamaño y a su extensión a veces es difícil su erradicación completa y, por ello, pueden recurrir tras una insidiosa progresión⁶. Okubo et al publicaron un tratamiento distinto al quirúrgico como es la introducción intralesional de OK-432 a través de un tubo de drenaje colocado en el interior de la imagen patológica, con una respuesta y evolución positivas⁷. Consideramos el caso de este paciente como la típica historia de un linfangioma quístico, pero lo consideramos como algo excepcional debido a la rareza de presentación de estos tumores benignos.

J.M. Díez Piña*, J. Ruiz Zafra
y C. Pagés Navarrete

*Servicio de Neumología. Sección de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

1. Woods D, Young JEM, Filice R et al. Late-onset cystic hygromas: the role of CT. *J Can Assoc Radiol* 1989; 40: 159.
2. Feng Y-F, Masterson JB, Riddell RH. Lymphangioma of the middle mediastinum as an incidental finding on a chest radiograph. *Thorax* 1980; 35: 955-956.
3. Wychulis AR, Payne WS, Clagett OT et al. Surgical treatment of mediastinal tumors. A 40-years experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 62: 379-392.

4. Pila TJ, Wolverson MK, Sundaram M et al. CT evaluation of cystic lymphangiomas of the mediastinum. *Radiology* 1982; 144: 841-842.
5. Adil A, Ksiyer M. Unusual mediastinal cystic lymphangioma. Apropos of a case and review of the literature. *Ann Radiol (París)* 1996; 39: 249-252.
6. Icard P, Le Rochais JP, Galetau F, Jehan A, Martel B, Brun J et al. Cystic lymphangioma of the mediastinum. Apropos of 3 cases, review of the literature. *Ann Chir* 1998; 52: 629-634.
7. Okubo T, Shimada T, Narita Y, Okushiba T, Douke M, Takahashi T et al. A successful case report on intralesional OK-432 therapy for cystic mediastinal lymphangiomas. *Kyobu Geka* 1998; 51: 1017-1021.

Infiltrados pulmonares migratorios por bronquiolitis obliterante con neumonía organizada tras radioterapia

Sr. Director: La radioterapia externa puede inducir daño pulmonar como neumonitis y fibrosis, anomalías confinadas al campo pulmonar irradiado. Menos frecuente es la presentación de daño pulmonar en el pulmón no irradiado. Presentamos el caso de una mujer tratada unos meses antes con cirugía y radioterapia por un tumor de mama, que 3 meses después desarrolló infiltrados pulmonares migratorios con características histológicas compatibles con una bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO).

Mujer de 51 años de edad, que acudió a urgencias al presentar edema doloroso en el miembro inferior derecho (MID). Refería tos no productiva, febrícula y disnea de esfuerzos en las 6 semanas previas. En los antecedentes constaban: una histerectomía y una doble aneextomía por cistoadenoma seroso de ovario y pólipos endocervicales, con metaplasia escamosa en 1995 y una resección tumoral con linfadenectomía axilar derecha por un cáncer ductal infiltrante 5 meses antes del ingreso actual. Se le administró radioterapia con fotones de cobalto 60 sobre la mama derecha, a través de 2 campos tangenciales en dosis total de 50 Gy (25 fracciones de 200 cGy). En su ingreso, el único hallazgo exploratorio consistía en trombosis venosa profunda (TVP) en el MID. La radiografía de tórax evidenciaba un infiltrado en el lóbulo superior derecho (LSD). La gasometría arterial y la espirometría fueron normales. La gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión (V/P) fue de baja probabilidad de tromboembolismo pulmonar (TEP). Una ecografía venosa puso de manifiesto datos de TVP en el seno sural del MID. Fue dada de alta con los diagnósticos de TVP en el MID y probable neumonitis secundaria a radioterapia. En la revisión a las 3 semanas se apreció una mejoría sintomática pero persistían la tos y la disnea de esfuerzos. La radiografía de tórax evidenció la práctica resolución del infiltrado del LSD, al mismo tiempo que un nuevo infiltrado en el LID. La TC torácica confirmó el carácter migratorio del infiltrado (fig. 1). La fibrobroncoscopia puso de manifiesto un árbol bronquial normal y la biopsia transbronquial, un parénquima pulmonar con



Fig. 1.