

## 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<sup>1,2</sup>. 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 amarillento<sup>3</sup>. La imagen radiológica de la tomografía computarizada (TC) suele estar bien definida dentro de los márgenes del mediastino<sup>4</sup>. 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 imagen<sup>5</sup>. 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 progresión<sup>6</sup>. 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 positivas<sup>7</sup>. 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 anexeotomía 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

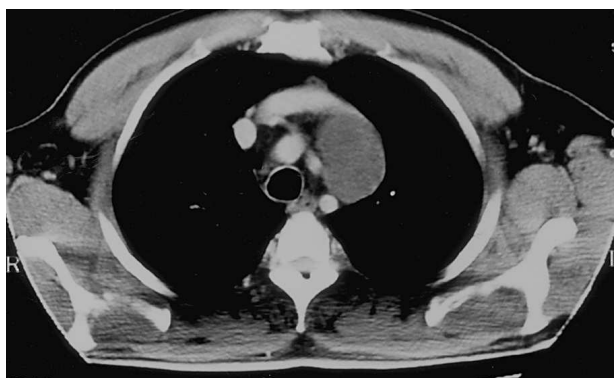


Fig. 1.



Fig. 1. Infiltrado pulmonar tras radioterapia.

yemas fibrosas intraalveolares e intrabronquiales, compatible con una BONO. Se instauró una pauta corta de esteroides y actualmente está asintomática y con una radiografía de tórax normal.

Es bien conocido el daño pulmonar que la radioterapia induce en el campo de irradiación. Éste, a menudo, es clínicamente silente y reversible, ocurriendo a las 4-12 semanas de la radioterapia y muestra, en la radiografía, opacidades restringidas al campo irradiado. Esta neumonitis ofrece histológicamente datos de daño alveolar difuso (DAD) en diversas fases: exudativa, proliferativa y fibrótica. Durante la fase proliferativa, el patrón de neumonía organizada es indistinguible del de la BONO, resolviéndose espontáneamente o con esteroides. La fibrosis puede seguir a la neumonitis a los 4-12 meses e histológicamente es similar a la neumonitis intersticial usual<sup>1</sup>. Una complicación posradioterapia menos frecuente es la BONO, de la que se han publicado casos aislados y recientemente dos series de 15 y 6 casos<sup>2,3</sup>. El caso que presentamos es concordante con dicho diagnóstico desde el punto de vista clínico, radiológico e histológico, sin apreciarse datos de infección, conectivopatías, uso de fármacos u otra de las causas conocidas de BONO<sup>4</sup>. La principal diferencia con la complicación más común de neumonitis es la aparición de una lesión fuera del campo irradiado y la naturaleza migratoria de las lesiones, características descritas en la BONO<sup>5,6</sup>. Todos los casos publicados son de mujeres sometidas previamente a cirugía de mama con radioterapia adyuvante. En la serie más amplia, de Crestani et al<sup>2</sup>, el intervalo desde la radioterapia fue de 12 meses, siendo los síntomas más frecuentes la tos (13/15) y la disnea (9/15). En ellos la biopsia pulmonar sólo se realizó en 5 casos (3 VTC y 2 BTB), llegándose en la mayoría al diagnóstico por la clínica y la imagen radiográfica en situación posradioterapia (los autores prefieren el término de síndrome BOOP). La confusión con una infección les condujo al tratamiento con antibióticos en 9 pacientes. Sobre el mecanismo, diversos estudios sugieren una reacción inmunológica mediada por linfocitos, la alveolitis linfocítica difusa bilateral, frecuente posradioterapia, CD4 activados en el lavado broncoalveolar, etc.

El hecho de que la alveolitis sea tan frecuente y no así la BONO hace considerar otros factores, como la predisposición genética y el modo de radiación (tangencial, como lo fue en nuestro caso)<sup>5</sup>.

Debe considerarse la BONO una complicación en forma de infiltrados migratorios en

los pacientes previamente tratados con radioterapia por cáncer de mama, cuadro diferenciado de la más común neumonitis posradioterapia y que puede también inducir a confusión con entidades que simulan una neumonía (infecciones, infarto pulmonar, etc.). Es preciso atender a las frecuentes recurrencias, que pueden obligar a prolongar el tratamiento con esteroides. A largo plazo, el pronóstico es bueno y no se ha descrito el desarrollo de fibrosis.

J. Blanco Pérez, J. Tabara  
y J. Lamela López

Servicio de Neumología.  
Complejo Hospitalario de Ourense.

1. Davis SD, Yankelevitz DF, Henschke CI. Radiation effects on the lung: clinical features, pathology, and imaging findings. *Am J Roentgenol* 1992; 159: 1157-1164.
2. Crestani B, Valeyre D, Roden S, Wallaert B, Dalphin J, Cordier JF et al. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia syndrome primed by radiation therapy to the breast. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 1929-1935.
3. Arbetter KR, Prakash UBS, Tazelaar HD, Douglas WW. Radiation-induced pneumonitis in the "non-irradiated" lung. *Mayo Clin Proc* 1999; 74: 27-36.
4. Epler GR. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Semin Respir Infect* 1995; 10: 65-77.
5. Prakash UBS. Radiation-induced injury in the "nonirradiated lung". *Eur Respir J* 1999; 13: 715-717.
6. King TE. BOOP: an important cause of migratory pulmonary infiltrates? *Eur Respir J* 1995; 8: 193-195.

## Tabaco y publicidad

**Sr. Director:** Hemos leído con sumo interés el artículo especial publicado recientemente en su revista por Barrueco<sup>1</sup>. Como él mismo indica es verdaderamente preocupante la tendencia que la industria tabaquera quiere dar a la publicidad de su producto, uniéndola con valores éticos, como la solidaridad. Pensamos, también nosotros, que este tipo de anuncios deben ser desenmascarados, consiguiendo el rechazo social.

Se sabe que si se prohíbe una forma de publicidad enseguida surge otra que incide en el conocimiento y consumo del tabaco<sup>2</sup>. Sabemos la importancia que tiene cierto tipo de publicidad en niños, adolescentes y jóvenes y cómo ésta les llega a influir<sup>3,5</sup>. Creemos que actualmente existe un giro y un aumento de la publicidad del tabaco, siendo un ejemplo lo expuesto por Barrueco<sup>1</sup>. Otros ejemplos, que vemos cada día, son estrategias desarrolladas para incrementar, como sea, las ventas a costa de la salud.

Estamos asistiendo a una amplia publicidad directa e indirecta de los puros habanos, siendo anunciados en revistas, periódicos, televisión, e incluso éstos son comentados y explicados en suplementos dominicales de diarios de la nación. También hemos visto a actores fumando, no sólo puros sino también cigarrillos, tanto en películas como en programas de entretenimiento, lo cual es preocupante pues

son el espejo en el que se miran los jóvenes. ¿No puede ser este tipo de publicidad una forma encubierta de iniciar en el hábito?

Otro tipo, en pleno auge actualmente (sobre todo en período veraniego), es el que propone concursos con premios, como actuaciones de grupos musicales, que son patrocinadas por marcas concretas de tabaco dirigidas a los jóvenes (como el actual de Pall Mall). Se incluye también publicidad de la marca mediante folletos explicativos de algún sorteo de camisetas, mecheros, bolsas de viaje, CD, etc. Estos folletos pueden ser recogidos por cualquiera, sin control de nadie, en estancos, tiendas de ultramarinos o bares, y no sólo por adultos sino también por niños y jóvenes, quienes los coleccionan como un juego. Los que ganen el sorteo llevarán gratis el logotipo de la marca por todas partes.

Otra forma de enseñar el producto es la que directamente une una marca a un objeto, animal o cosa. El fin es que sin nombrar la marca lo asociemos directamente a la misma. Actualmente estamos asistiendo a la campaña de la marca Camel con el camello en valladas, revistas, mecheros, etc., dirigida especialmente a los niños, con el propósito de que lo conozcan y que después aumenten las ventas<sup>2</sup>.

Por si todo esto no fuera suficiente, hemos leído una noticia muy recientemente en la prensa<sup>6</sup>, en la que se dice que la compañía Philip Morris ha comprado con regalos y prebendas a políticos norteamericanos para intentar frenar iniciativas legales contra el tabaco. Así, las grandes compañías del tabaco han dado un nuevo paso en su afán por ganar dinero a cualquier precio y ya no se conforman con poseer el arma de la publicidad.

Lo anterior es la consecuencia de un profundo estudio de mercado encaminado actualmente a niños, adolescentes, jóvenes, mujeres y países en vías de desarrollo<sup>4</sup>. Los medios de comunicación social deben comprometerse con la salud y el desenmascaramiento de esta industria, ayudando a dar la información real de lo que supone el tabaco. Las instituciones científicas deben continuar desarrollando investigaciones y campañas, y promocionar la salud (siendo la SEPAR pionera) para que los poderes públicos salvaguarden el derecho a lo saludable de sus ciudadanos sin caer en provocaciones, evitando todo aquello que incita a empeorar el bienestar por beneficios económicos.

J.I. de Granda Orive\* y T. Peña Miguel  
Servicio de Neumología.

Hospital Militar de Burgos.

\*Actualmente en Servicio de Neumología.  
Hospital Militar Gómez Ulla. Madrid.

1. Barrueco Ferrero M. Publicidad deshonestas. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 187-188.
2. MacKenzie TD, Bartecchi CE, Schrier RW. The human costs of tobacco use. *N Engl J Med* 1994; 330: 975-980.
3. Marín Tuyá D. Tabaco y adolescentes: más vale prevenir. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 497-500.
4. Jiménez Ruiz CA. Publicidad y tabaco. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 497-499.
5. Viejo Bañuelos JL. Tabaco en los jóvenes. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 491-493.
6. Philip Morris "compró" a políticos con regalos para frenar iniciativas antitabaco. *ABC*, 28 de julio de 1999; 36.