

Divertículo pericárdico paratraqueal

Sr. Director: Las anomalías congénitas del pericardio (quistes y divertículos) son poco frecuentes, con una incidencia de 1/100.000, aparecen en el ángulo costofrénico derecho (70%) o en el ángulo cardiofrénico izquierdo (10-40%) y excepcionalmente a lo largo del mediastino superior, hilio pulmonar o superficie cardíaca izquierda. Su tamaño varía entre 1,0 y 15 cm, y generalmente son asintomáticos. Los pacientes sintomáticos suelen presentar un dolor torácico atípico¹. Su tamaño o complicación hemorrágica pueden condicionar situaciones excepcionales como la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho² o el taponamiento pericárdico³. Son estructuras redondeadas y de bordes bien definidos. El divertículo se diferencia del quiste en que mantiene una conexión con la cavidad celómica. Mediante la densitometría por TC o RM es muy fácil caracterizar su contenido y facilitar el diagnóstico diferencial con las lesiones sólidas dependientes del parénquima pulmonar o mediastino, quistes broncogénicos, hemangiomas, quistes hidatídicos o incluso adenopatías necrosadas. Igualmente, el contenido líquido se hace evidente mediante la ecocardiografía transtorácica o transesofágica.

Presentamos el caso de un paciente varón de 58 años, que con motivo de un dolor en la mamila derecha de 7 meses de evolución y tras la realización de una radiografía de tórax, fue diagnosticado de una lesión paratraqueal derecha. La TC torácica (fig. 1) revelaba una lesión quística paratraqueal derecha de 3,5 cm de diámetro, en los cortes tomográficos craneales al cayado de la vena acigos, con una atenuación entre +16 y +25,3 unidades Hounsfield (UH). El examen físico, hemograma y bioquímica sanguíneas, espirometría, ECG y broncofibroscopia fueron normales. Fue intervenido quirúrgicamente mediante toracotomía lateral derecha encontrando una formación sacular cuyos límites anatómicos eran el nervio frénico anteriormente, el nervio vago y recurrente laríngeo derecho en la frontera posteroapical y la vena acigos en su porción caudal. Tras una disección minuciosa

pudo apreciarse un cuello diverticular de unos 4 mm de diámetro que lo conectaba al pericardio de la aorta ascendente, que se dejó abierto al espacio pleural. Su postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones, siendo dado de alta al cuarto día tras la cirugía.

Las lesiones congénitas del pericardio generalmente aparecen en el borde derecho del corazón y son muy extrañas a nivel paratraqueal. La necesidad de un diagnóstico histológico preciso suele conducir a estos pacientes a la cirugía, en ocasiones incluso con circulación extracorpórea, si bien hay descritos casos en los que se ha realizado el tratamiento del quiste mediante punción percutánea⁴, vaciado e instilación de alcohol⁵, actitud de la que no somos partidarios ante el paso potencial a la superficie epicárdica del agente irritante. Actualmente, los procedimientos endoscópicos por videotoroscopia permiten otra vía de abordaje con resultados satisfactorios⁶.

Consideramos el tratamiento quirúrgico de exéresis el más indicado para prevenir la recurrencia, evitar su complicación, aliviar los síntomas y permitir el análisis histológico de la pieza de resección.

E. Martín Díaz, T. Montoro Martín y E. Martín Rodríguez
Servicio de Cirugía Torácica.

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

1. Jarzabkowski DC, Braunstein DB. Pericardial cyst: an incidental finding. J Am Osteopath Assoc 1998; 98: 445-446.
2. Ng AF, Olak J. Pericardial cyst causing right ventricular outflow tract obstruction. Ann Thorac Surg 1997; 63: 1147-1148
3. Bandeira FC, De Sá VP, Moriguti JC, Rodrigues AJ, Jurca MC, Almeida Filho OC et al. Cardiac tamponade: an unusual complication of pericardial cyst. J Am Soc Echocardiogr 1996; 9: 108-112.
4. Shabb B, Khuri M, Haddad M. Percutaneous drainage of pericardial cyst with right-sided heart failure. Ann Thorac Surg 1998; 66: 607-608.
5. Kinoshita Y, Shimada T, Murakami Y, Sano K, Tanabe K, Ishinaga Y et al. Ethanol sclerosis can be a safe and useful treatment for pericardial cyst. Clin Cardiol 1996; 19: 833-835.

6. Horita K, Sakao Y, Itoh T. Excision of a recurrent pericardial cyst using video-assisted thoracic surgery. Chest 1998; 114: 1203-1204.

Sobre el concepto de *down-staging* en el carcinoma broncopulmonar y su traducción al castellano

Sr. Director: A medida que se va extendiendo la práctica de los tratamientos de inducción o neoadyuvantes en el carcinoma broncopulmonar, sucede lo mismo con el uso de la expresión *down-staging*¹, que, como es sabido, se refiere a una disminución o retroceso en el grado de extensión anatómica del tumor, clasificada según el sistema TNM. Actualmente, este retroceso del TNM del tumor parece tener gran importancia no sólo pronóstica, sino también, según algunos autores, como criterio para elegir la modalidad terapéutica posterior. Dicho *down-staging* no es una simple reducción del tamaño tumoral. Tampoco es exactamente equivalente a una respuesta objetiva favorable, ya que podría haber una disminución mayor del 50% en el volumen del tumor primario o en otra lesión tomada como índice o referencia (criterio que define la llamada "remisión parcial", habitualmente establecida por procedimientos de imagen) sin cambios en el estadio TNM. Además, lo que hoy parece tener especial trascendencia es la disminución del grado de afectación ganglionar mediastínica o grado N, y, sobre todo, su comprobación citohistológica (durante la intervención quirúrgica o mediante nueva mediastinoscopia, mediastinotomía, toracoscopia o punciones transbronquiales).

Aunque en una reciente publicación² la mencionada expresión se ha traducido por "subestadificación" —traducción que podría considerarse literalmente estricta—, creo que esta palabra induce a error, pues probablemente la primera interpretación que suscita es una subestimación de la clasificación TNM real (debida, tal vez, a insuficiencia de los procedimientos utilizados). Por tanto, si bien *staging* puede traducirse adecuadamente por nuestra palabra "estadificación", "subestadificación" no parece adecuada para traducir *down-staging*, aunque sí podría emplearse para significar la subestimación del TNM comentada. Otros autores³ han hablado de mejora del TNM inicial, aunque es obvio que el término "mejora" parece más aplicable al paciente que al tumor.

¿Cómo traducir entonces *down-staging*? Puesto que lo que queremos expresar es un cambio hacia una etapa o estadio inferior en la clasificación TNM, es decir, una reducción o retroceso en el grado de desarrollo o extensión anatómica del tumor, tal vez podría servir "retroceso tumoral" en el estadio TNM o, más simplemente, retroceso TNM.

J. Sánchez de Cos Escuín
Unidad de Neumología.
Hospital San Pedro de Alcántara.
Cáceres.

1. Perry MC, Deslauriers J, Albain KS, Choi NC, Depierre A, Johnston MR et al. Induction treatment for resectable non-small-cell lung cancer. Lung Cancer 1997; 17: 15-18.

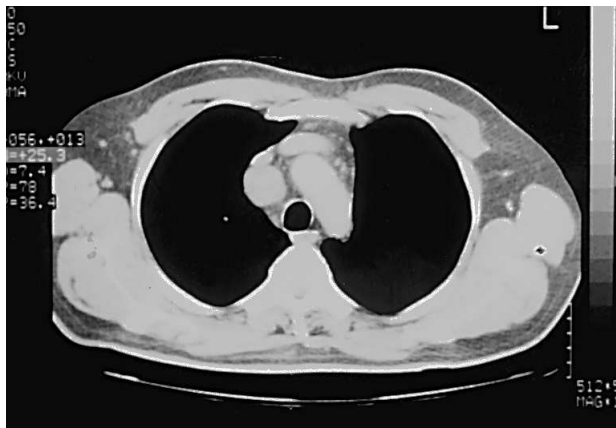


Fig. 1. TC torácica, ventana mediastínica, en la que se aprecia una lesión redondeada, bien definida de 3,5 cm de diámetro, de localización retrocava paraaórtica de +25,3 UH de atenuación.