

### 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 atípico<sup>1</sup>. Su tamaño o complicación hemorrágica pueden condicionar situaciones excepcionales como la obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho<sup>2</sup> o el taponamiento pericárdico<sup>3</sup>. 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 percutánea<sup>4</sup>, vaciado e instilación de alcohol<sup>5</sup>, 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 satisfactorios<sup>6</sup>.

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*<sup>1</sup>, 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 publicación<sup>2</sup> 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 autores<sup>3</sup> 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 Escuin**  
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.

- Murren JR, Tanoue LT. Terapia para el cáncer de pulmón estadio III. Pulmonary and critical care update. American Collage of Chest Physicians, 1998.
- Córdoba M, De la Torre M, Alonso G, Sobrido F, Miguélez C, Rivas JJ. Quimioterapia de inducción en estadios avanzados del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 1999; 35: 75S.

### Aspergilosis necrosante crónica y fibrosis quística

**Sr. Director:** La fibrosis quística es la enfermedad de base genética más frecuente de la raza blanca. Dentro de sus múltiples complicaciones destacan la diabetes mellitus, la osteoporosis, la malabsorción intestinal y, sobre todo, las infecciones respiratorias. Estas son recurrentes y condicionan en gran medida la calidad de vida de los pacientes y, en última instancia, su mortalidad<sup>1</sup>. Es frecuente aislar en las secreciones bronquiales estafilococos, *Haemophilus* y *Pseudomonas*, siendo más rara la presencia de otros agentes como micobacterias u hongos<sup>2</sup>. Dentro de las micosis, *Aspergillus* es el agente más comúnmente implicado. Existen varias formas de aspergilosis: aspergiloma, asma aspergilar, bronquitis aspergilar, aspergilosis diseminada, alveolitis alérgica, aspergilosis broncopulmonar alérgica, invasiva y crónica necrosante. La más frecuente en los pacientes con fibrosis quística es la broncopulmonar alérgica. La forma crónica necrosante es excepcional. Presentamos un caso de aspergilosis crónica necrosante en una paciente con fibrosis quística.

Paciente de 29 años de edad, diagnosticada a los 4 años de fibrosis quística. Había presentado infecciones respiratorias recurrentes a lo largo de estos últimos años con buena recuperación posterior. Desde hacía 6-8 meses refería intensificación de los episodios catarrales en número e intensidad, disnea de medianos-pequeños esfuerzos y pérdida de peso no cuantificada. A la exploración destacaba una desnutrición proteica-calórica, con palidez de piel y mucosas. En la auscultación pulmonar presentaba roncus y crepitantes bilaterales. La analítica demostró: creatinina 0,3 mg/dl (26,5 mol/l), sodio 143 mmol/l, potasio 3,7 mmol/l, glucosa 88 mg/dl (0,48 mmol/l), proteínas totales 8,37 g/dl. Leucocitos  $11 \cdot 10^9/l$  (67% neutrófilos, 25% linfocitos), hemoglobina 9,2 g/dl (5,70 mmol/l), hematócrito 29%, plaquetas  $432 \cdot 10^9/l$ . La radiografía de tórax puso de manifiesto bronquiectasias difusas y un patrón destructivo en los lóbulos superiores. La TAC de tórax demostró igualmente imágenes de cavidades en los vértices pulmonares, más acentuadas en el pulmón izquierdo (fig. 1). El cultivo de esputo detectó la presencia de *Aspergillus fumigatus*. Se realizó una broncoscopia con mala tolerancia, pudiéndose realizar sólo un broncoaspirado (BAS), en el que se aisló *Aspergillus*. Los tests cutáneos y la IgG sérica fueron positivos para *Aspergillus fumigatus*.

La aspergilosis pulmonar necrosante crónica es una enfermedad que aparece en pacien-

**Fig. 1.** Tomografía axial computarizada de tórax, en una corte superior. Se puede observar la gran destrucción del parénquima pulmonar.



tes con un moderado déficit inmunitario, debido a enfermedades crónicas: bronquitis crónica, bronquiectasias, fibrosis quística, etilismo crónico. Su curso es indolente y se acompaña de tos y expectoración mucopurulenta, en ocasiones hemoptoica, astenia, mal-estar general y pérdida de peso<sup>3</sup>. La radiografía de tórax demuestra una neumonitis necrosante, preferentemente en los campos superiores, con presencia de cavidades. Dado que no siempre es posible un diagnóstico histopatológico, por la agresividad que supone la biopsia pulmonar, se acepta un diagnóstico clínico basado en la sintomatología y en datos radiológicos compatibles, acompañados por la presencia de *Aspergillus* en las secreciones respiratorias y con un "prick" test y precipitinas positivas<sup>4</sup>. El tratamiento de elección es el itraconazol con buena respuesta clínica<sup>5</sup>. Creemos que es un caso interesante por la baja incidencia de esta forma de aspergilosis y la excepcional asociación con fibrosis quística.

**I. García-Talavera, L. Pérez Negrín y J.L. Trujillo Castilla**  
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

- Davis PB, Drumm M, Konstant MW. Cystic fibrosis. Am J Respir Crit Care Med 1996; 154: 1229-1256.
- Ramsey BW, Dorkin HL, Eisenberg JD, Gibson RL, Harwood IR, Kravitz RM et al. Efficacy of aerosolized tobramycin in patients with cystic fibrosis. N Engl J Med 1993; 328: 1740-1746.
- Binder RE, Failing LJ, Pugatch RD, Mahasaen, Snider GL. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis: a discrete clinical entity. Medicine (Baltimore) 1982; 61: 109-124.
- Navarro M, Domingo Ch, Gallego M, Roig J, Mariscal D, Marín A. Aspergilosis pulmonar necrosante crónica: una forma infrecuente de infección por *Aspergillus*. Enferm Infecc Microbiol Clin 1998; 16: 175-178.
- Caras WE, Pluss JL. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis: pathologic outcome after itraconazol therapy. Mayo Clin Proc 1996; 1996; 25-30.

### Hemotórax espontáneo idiopático

**Sr. Director:** El hemotórax se define como la presencia de sangre en la cavidad pleural, debida, entre otras causas, a traumatismos torácicos y complicaciones quirúrgicas. Una variedad menos frecuente es el hemotórax espontáneo. Éste habitualmente es secundario a exostosis<sup>1</sup>, enfermedades vasculares<sup>2,3</sup> o tumores<sup>4</sup>. El hemotórax espontáneo idiopático es una forma extremadamente rara de hemotórax espontáneo, en la que no existe causa aparente que justifique el sangrado. Presentamos un caso de hemotórax espontáneo idiopático en un individuo previamente sano.

Se trata de un varón de 39 años de edad, fumador de 1 paquete de cigarrillos al día, sin otros antecedentes de interés, que consultó por un dolor torácico y dificultad respiratoria. A la exploración destacaba un hábito asténico, ligera palidez de mucosas y una abolición del murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax izquierdo. El resto de la exploración fue normal. En la analítica destacaban:  $11 \cdot 10^9$  leucocitos/l, hemoglobina 11,5 g/dl (7,13 mmol/l), hematócrito 36%, plaquetas  $250 \cdot 10^9/l$ . Pruebas de coagulación normales, proteínas, glucosa, colesterol, iones, transaminasas y elemental de orina estaban dentro de la normalidad. La gasometría arterial al ingreso demostró una PaO<sub>2</sub> de 59 mmHg (77,84 kPa), una PaCO<sub>2</sub> de 39 mmHg (5,05 kPa), un pH de 7,46 y un bicarbonato de 26 mmol/l. Se realizó una radiografía de tórax, en la que se evidenció la existencia de un derrame pleural submasivo izquierdo. Se practicó una toracocentesis, que puso de manifiesto la presencia de sangre en la cavidad pleural. Con la pleuroscopia se consiguió drenar el líquido y visualizar las pleuras. Éstas fueron macroscópicamente normales. Se tomaron muestras para citología y microbiología, así como biopsias pleurales que fueron negativas. Una tomografía axial computarizada (TAC) descartó lesiones torácicas, mediastínicas o abdominales. Una resonancia magnética nuclear (RMN) no detectó lesiones de pared ni vasculares. Se solicitó una arteriografía con el fin de detectar alguna anomalía vascular, que fue igualmente normal. La fibrobroncoscopia se consideró que estaba dentro de los límites de la normalidad. Una vez descartada la existencia de posibles facto-