

Fig. 1. Imagen de consolidación, bien delimitada, en la lingula y el lóbulo inferior izquierdo. Los arcos anteriores de la tercera y cuarta costillas no pueden apreciarse en la radiografía.

1. La poca frecuencia en pediatría de esta entidad, ya que suele afectar a mujeres cuya edad media oscila en un rango entre 11 y 33 años^{1,3}.
2. La forma peculiar de presentación como hallazgo radiológico en el curso de una infección respiratoria. Por lo general, suele aparecer como una masa en la región torácica acompañada de dolor en el 40% de los casos, fiebre (25%), disnea (10-20%), tos (5-10%) y síntomas derivados del efecto masa (síndrome de Horner, insuficiencia cardíaca)^{1,4}.
3. La buena respuesta obtenida al tratamiento y la evolución favorable, ya que la supervivencia media de la mayoría de los casos publicados no sobrepasa el año. Cuando esto ocurre suele deberse a la ausencia de infiltración ósea y de metástasis en el momento del diagnóstico^{5,6}.

B. Espin Jaime, M. Navarro Merino^a
y J. Sánchez Calero^b

Departamento de Pediatría.

^aSección de Neumología Pediátrica.

^bSección de Hematología Pediátrica.
Hospital Universitario Virgen Macarena.
Sevilla.

1. Askin FB, Rosai J, Sibley et al. Malignant small cell tumor of the thoracopulmonary region in childhood. *Cancer* 1979; 43: 2.438-2.451.
2. Saifuddin A, Robertson RJH, Smith SEW. The radiology of Askin tumors. *Clin Radiol* 1991; 43: 19-23.
3. Contesso G, Llombart-Bosch A, Terrier P, Pedro-Olaya A, Henry-Amar M, Orbelin O et al. Does malignant small round cell tumor of thoracopulmonary region (Askin tumor) constitute a clinicopathologic entity? *Cancer* 1992; 69: 1.012-1.020.
4. Sánchez Heras AB, López Reyes A, Pastor Borgoñón M et al. Tumor indiferenciado de células pequeñas de la región toracopulmonar. *Ann Med Intern* 1991; 8: 448-450.
5. Sabaté JM, Franquet T, Parellada JA, Monill JM, Oliva E. Malignant neuroectodermal tumour of the chest wall (Askin tumour): CT and MR findings in eight patients. *Clin Radiol* 1994; 49: 634-638.

6. Winer Muram HT, Kauffman WM, Grammeyer SA, Jennings SG. Primitive neuroectodermal tumors of the chest wall (Askin tumors): CT and MR findings. *Am J Roentgenol* 1993; 161: 265-268.

Carcinoide bronquial: inusual reaparición como probable metástasis endobronquial

Sr. Director: Los carcinoides bronquiales son neoplasias clasificadas dentro del grupo de tumores neuroendocrinos debido a hallazgos como la argirofilia, la existencia de gránulos neurosecretorios y la producción de hormonas. Inicialmente se hacía prácticamente sinónimo de adenoma bronquial, pero hoy día se relacionan muy directamente con el carcinoma microcítico y, a pesar de que su curso clínico es dispar, se cree que se trata de los extremos de una misma línea tumoral¹. Aunque con frecuencia su exéresis equivale a su curación, pueden dar metástasis en lugares muy diferentes, tanto por diseminación ganglionar local como por vía hemática a distancia. Lo que, según nuestros datos no ha sido descrito, es la aparición de otro carcinoides endobronquial.

Varón de 75 años que en 1987 fue intervenido por un carcinoides en el lóbulo inferior derecho, realizándose una lobectomía inferior. Durante el seguimiento tuvo diversos episodios de expectoración hemoptoica, lo que obligó a efectuar varias broncoscopias, en las que se pudo objetivar la existencia de una sutura en el muñón del bronquio operado, que no fue posible extraer. Las biopsias realizadas siempre evidenciaron un tejido bronquial normal. En febrero de 1997, 3 años después de la última broncoscopia, comenzó de nuevo con expectoración hemoptoica mantenida y de mayor cuantía que en las ocasiones anteriores asociada a cierta pérdida de apetito. La exploración física fue normal al igual que los estudios analíticos rutinarios. En la radiografía de tórax sólo se evidenciaban cambios posquirúrgicos y en la ecografía abdominal se detectaron múltiples lesiones en ambos lóbulos hepáticos de diferente tamaño compatibles con metástasis. Realizamos una nueva broncoscopia donde se observó: en el bronquio intermediario diversos pólipos sésiles y

a la entrada del bronquio principal izquierdo una masa pediculada que obstruía en su mayor parte la luz bronquial. Las biopsias realizadas en las dos lesiones fueron compatibles con un tumor carcinoides, siendo la histología similar (fig. 1), sin características de carcinoides atípico. La cuantificación de ácido 5-hidroxi-indol-acético en orina de 24 h fue 23,3 mg (normal < 10 mg).

En los días posteriores el paciente comenzó a presentar síntomas en relación con la obstrucción bronquial del carcinoides izquierdo, por lo que mediante broncoscopio rígido fue sometido a exéresis por láser, obteniéndose unos excelentes resultados inmediatos. Tras 7 meses de seguimiento, se encuentra en buena situación, no habiéndose repetido la expectoración hemoptoica.

El tumor carcinoides bronquial supone en torno a un 2,5% del total de neoplasias pulmonares. No se ha podido detectar ningún agente etiológico, originándose probablemente a partir de una célula bronquial pluripotencial². Estos tumores, aunque en general llevan un curso lento, no son benignos, por lo que no deben hacerse sinónimos de adenoma bronquial.

Existe un espectro que varía desde carcinoides bien diferenciados hasta otros cuya histología es muy similar al carcinoma microcítico. Los carcinoides bien diferenciados o "típicos" suponen un 90% del total y, a pesar de la ausencia de mitosis y la buena organización celular, un 5% producen metástasis. El otro 10% de los carcinoides también llamados "atípicos" tienen hallazgos que hacen sospechar una naturaleza agresiva, con aumento importante de la actividad mitótica, desorganización y necrosis³.

La sintomatología varía en función de la localización, siendo en los carcinoides centrales secundaria a obstrucción o bien hemoptisis. Con frecuencia los periféricos se descubren en radiografías de tórax de rutina dando lugar a un nódulo pulmonar solitario. A pesar de la gran cantidad de sustancias que pueden producir, menos del 5% dan lugar a un síndrome carcinoides y, cuando esto sucede, casi siempre es en presencia de metástasis hepáticas.

Dada la bondad del curso clínico, incluso ante la presencia de metástasis a distancia puede ser recomendable la cirugía. Si el tumor está localizado, la lobectomía u, ocasionalmente, neumonectomía suponen la cura-

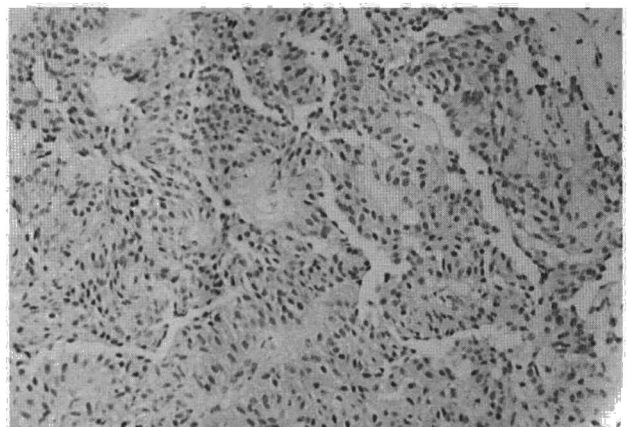


Fig. 1. Biopsia bronquial de la lesión situada en el bronquio principal izquierdo con características de carcinoides típico (hematoxilina-eosina, x 100).

ción. Se ha descrito un caso de recurrencia de un carcinoide tras lobectomía superior derecha 6 años antes⁴.

Es difícil saber si este caso se trata de una metástasis o bien de un nuevo carcinoide. No conocemos ninguna descripción de metástasis endobronquial o de reaparición de un carcinoide endobronquial a distancia del primario. El hecho de la afectación hepática y de que exista una tumoración residual en la zona quirúrgica quizás apunten más a la posibilidad de metástasis, a lo que se sumaría la histología similar. El tumor carcinoide bronquial no es un tumor frecuente, lo que hace altamente improbable la coexistencia de dos primarios. Por otro lado, se han publicado carcinoides metastásicos en lugares tan dispares como la piel⁵ o la órbita⁶.

En resumen, presentamos un raro caso de tumor carcinoide endobronquial posiblemente secundario a otro contralateral intervenido quirúrgicamente 10 años antes.

A. Baloira Villar, J.M. Flores Arias y A. García Limeses^a

Sección de Neumología.

^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Montecelo. Pontevedra.

1. Warren WH, Gould VE, Faber LP, Kittle CF, Memoli VA. Neuroendocrine neoplasms of the bronchopulmonary tract: a classification of the spectrum of carcinoid to small cell carcinoma and intervening variants. *J Thorac Cardiovas Surg* 1985; 89: 819-825.
2. Gould VE, Linnoila RF, Memoli VA, Warren WH. Neuroendocrine components of the bronchopulmonary tract: hyperplasias, dysplasias and neoplasms. *Lab Invest* 1983; 49: 519-526.
3. Davila DG, Dunn WF, Tazelaar HD, Pairolo PC. Bronchial carcinoid tumours.
4. Gasiorek D, Sasiadek M, Nowicki JM. Bronchial carcinoid: recurrence after six years. Bronchoscopy and computerized tomography assessment. *Pneumonol Alergol Pol* 1996; 64: 331-334.
5. McCracken GA, Washington CV, Templeton SF. Metastatic cutaneous carcinoid. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 997-998.
6. Aburn NS, Whitehead K, Sullivan TJ. Bronchopulmonary atypical carcinoid tumor metastatic to the orbit. *Aust N Z J Ophthalmol* 1995; 23: 241-244.

Mediastinitis y derrame pleural secundarios a la extravasación de una nutrición parenteral

Sr. Director: La nutrición parenteral (NTP) es el sistema más utilizado para alimentar a aquellos pacientes que son incapaces de hacerlo por vía digestiva. Es una técnica segura, de uso frecuente y sólo se han descrito complicaciones importantes en el 6,7% de los casos, la mayoría en relación a problemas metabólicos, sépticos o mecánicos¹, estos últimos atribuidos a las maniobras de implantación o ubicación del catéter. El neumotórax y la trombosis venosa son los más conocidos y el resto mucho más raros, como el caso que presentamos^{1,2}.

Varón de 68 años, fumador, que tras un accidente de tráfico sufrió múltiples fracturas costales y un neumotórax izquierdo resuelto con un tubo de drenaje. Reingresó a los 4 días por presentar un dolor pleurítico, febrícula y pequeño derrame pleural izquierdo. La ecografía confirmó su localización y una colección esplénica subcapsular que en la TAC era compatible con un absceso subfrénico secundario a una rotura esplénica. Fue intervenido precisando de esplenectomía total, resección intestinal parcial, antibioterapia intravenosa y la colocación de un catéter venoso yugular izquierdo para iniciar la NTP. A los pocos días de su inicio y cada vez que se administraba la NTP, presentaba una pirosis retrosternal que en 48 h se siguió de disnea, fiebre y dolor pleurítico objetivando un derrame pleural derecho moderado y un ensanchamiento mediastínico en la radiografía. El hemograma reflejaba 28.250 leucocitos/ μ l (90% neutrófilos), hematócrito 35% y VCM 99 fL con una VSG de 50 mm/h y coagulación normal. La bioquímica era normal con un colesterol 102 mg/dl y triglicéridos 109 mg/dl. En la toracocentesis se obtuvo un líquido lechoso que se mantenía tras la centrifugación y de aspecto similar a la NTP con LDH 823 U/l, glucosa 115 mg/dl, proteínas 1,5 g/dl, amilasa 72 U/l, colesterol 19 mg/dl, ADA 9 U/l, triglicéridos 1.512 mg/dl y 10.175 células (98% neutrófilos), negativo para quilomicrones, cultivo y baciloscopia. La TAC torácica con contraste confirmó un ensanchamiento líquido mediastínico importante (fig. 1) y un derrame pleu-

ral bilateral ligero. Tras comprobar la ausencia de permeabilidad de la vía central, se procedió a su retirada y colocación de tubo de drenaje pleural que pudo ser retirado a los 5 días (drenaje de 1.700 ml). A los 18 días, el mediastino era normal y, a los 4 meses, el paciente estaba asintomático, con una radiografía y TAC torácica normales.

La inflamación del mediastino o mediastinitis es una enfermedad grave y potencialmente mortal. Las formas agudas suelen ser secundarias a la rotura esofágica, traumáticas o a la propagación de enfermedades sépticas de la faringe o laringe³. Es raro que se asocien a abscesos pulmonares contiguos, supuración de adenopatías o perforaciones instrumentales como las producidas por catéteres venosos centrales con extravasación de su contenido e irritación secundaria como pudo ocurrir en este caso^{3,4}. Las características hipertónicas de la NTP y su acumulación en el mediastino provocaron una clínica de mediastinitis, con un paso posterior al espacio pleural donde también fue irritativa como demuestran las características de líquido. Es una complicación muy infrecuente durante la utilización de la NTP y los mecanismos implicados se relacionan con una trayectoria aberrante o migración del catéter, rotura vascular, una malposición del mismo con erosión y perforación vascular, o una trombosis venosa^{5,6}. En este paciente es posible que la introducción incompleta del catéter por una vía izquierda provocara una erosión vascular



Fig. 1. TAC torácica con contraste. Ensanchamiento líquido mediastínico.