

Fig. 1. TC de tórax sin contraste en la que se visualiza la presencia de comunicación entre el derrame pleural tuberculoso y el empiema mamario derecho.

El carácter indolente de la pleuresía tuberculosa en esta paciente es responsable del retraso en el diagnóstico y de la formación del empiema *necessitatis* que propaga la enfermedad a la glándula mamaria, causa por la cual la paciente nos consulta. La tuberculosis mamaria se presenta en mujeres de edades comprendidas entre 20-40 años y suele ser de afectación unilateral. Clínicamente se diagnostica como un tumor mamario que en ocasiones origina el diagnóstico erróneo de carcinoma mamario³. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el carcinoma mamario, mastitis de otras etiologías, ectasia canalicular, absceso mamario y actinomicosis mamaria⁴. En el caso de empiema *necessitatis* el tratamiento más efectivo comprende el drenaje quirúrgico conservador más la quimioterapia antituberculosa^{5,6}. En definitiva, si bien la existencia de absceso *necessitatis* en la glándula mamaria es una rara complicación del empiema tuberculoso, debe de incluirse la tuberculosis mamaria en el diagnóstico diferencial de las enfermedades mamarias, procurando el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* para descartar diferencialmente el proceso neofornativo e instaurar un tratamiento rápido y eficaz.

J.V. López Mut, M. Cubells Parrilla
y V. Miranda Gozalvo

Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital General Universitario de Valencia.

6. Hale JA. Tuberculosis of the breast: rare but still axtant. Am J Surg 1985; 150: 620-624.

Metástasis intestinales de carcinoma broncogénico

Sr. Director: Aunque con frecuencia un carcinoma pulmonar puede afectar al esófago por contigüidad o por adenopatías mediastínicas tumorales, la afectación metastásica del tracto gastrointestinal por un carcinoma broncogénico ha sido considerada como un hecho poco habitual¹. Presentamos el caso de un paciente al que se diagnostica de carcinoma pulmonar epidermoide con metástasis en intestino grueso.

Varón de 75 años, fumador, sin otros antecedentes de interés. Ingresó por presentar ashenia e hiporexia desde hacía un mes, acompañado en la última semana de expectoración hemoptoica y molestias abdominales inespecíficas. A la auscultación pulmonar presentaba crepitantes en los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo y a la palpación en la fosa ilíaca izquierda se apreciaba una masa de unos 3 cm de diámetro no bien delimitada. La analítica fue normal. La radiografía de tórax mostraba un engrosamiento de la línea para-

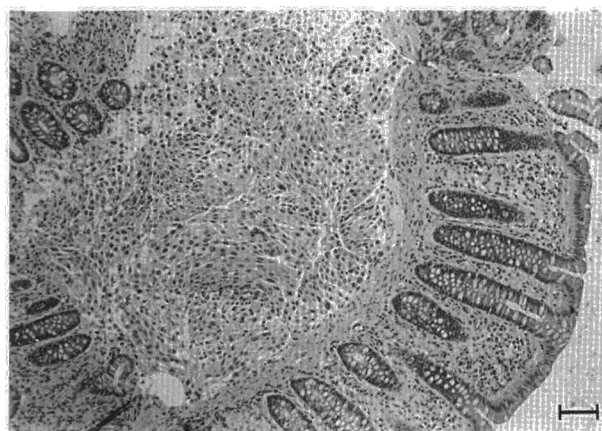
traqueal derecha y un nódulo pulmonar en el lóbulo inferior derecho de 2 cm de diámetro. En la broncoscopia se observó una mucosa de superficie irregular en ambas vertientes de la carina traqueal. El cepillado de la lesión mostró células compatibles con carcinoma indiferenciado de célula grande. En la ecografía abdominal se detectó un área hipocóica en fosa ilíaca izquierda de 9 x 3 cm indicativa de visera hueca rodeada de un área hiperecica compatible con tejido inflamatorio. Se realizó una colonoscopia, encontrándose a 30 cm del ano una zona estenótica y eritematosa de donde se tomaron biopsias cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de metástasis en la submucosa de intestino grueso por carcinoma epidermoide (fig. 1). Durante los días del ingreso persistieron los dolores abdominales aunque el ritmo intestinal fue normal. Fue dado de alta en buen estado general falleciendo súbitamente 2 días después.

Los tumores que con más frecuencia son causa de metástasis en intestino son los melanomas y los cánceres de ovario y del propio tracto gastrointestinal¹⁻³. En cuanto al origen pulmonar, en diversas series de autopsias realizadas a enfermos con carcinoma pulmonar^{2,4,5} se encuentran metástasis gastrointestinales entre el 7,7 y el 14% de los casos según la zona del tubo digestivo estudiada, siendo raro el diagnóstico *pre mortem*. La localización más frecuente de las metástasis es el yeyuno, manifestándose generalmente como perforación o suboclusión. Los tipos histológicos que parecen tener más tendencia a metastatizar en el tubo digestivo son los indiferenciados de células grandes y pequeñas^{2,4}. Sin embargo, en las revisiones de los casos diagnosticados *pre mortem* es el carcinoma epidermoide el más frecuentemente encontrado^{4,5} junto con el anaplásico de células grandes, siendo raros los de célula pequeña. Creemos que esta disparidad se debe a la corta supervivencia de los carcinomas de célula pequeña en relación al carcinoma epidermoide, lo cual hace más difícil el desarrollo de metástasis gastrointestinales sintomáticas a pesar de su gran tendencia a metastatizar. Llama la atención, sin embargo, la gran frecuencia relativa de las metástasis por carcinoma de células grandes.

Aunque hemos comenzado diciendo que las metástasis gastrointestinales de origen pulmonar son raras, creemos que no es tan infre-

1. Epstein DM, Kline LR, Abelda SM, Miller WT. Tuberculosis pleural effusions. Chest 1987; 91: 106-109.
2. Haro M, Ruiz Manzano J, Ribas J, Mantecola JM, Ausina V, Vila X et al. Estudio comparativo entre formas agudas y crónicas en la tuberculosis pleural. Arch Bronconeumol 1997; 33: 164-167.
3. Kessler E, Walloch Y. Granuloma mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. Am J Clin Pathol 1972; 58: 642-646.
4. Gil P, Ruiz LA, Pascal I, Camino J, Pocheville I, Zalacain R. Tumoración cutánea como forma de presentación de la actinomicosis pulmonar. Arch Bronconeumol 1997; 33: 198-200.
5. Bonnet P, Farez J. Breast tuberculosis: a propos of a case. Acta Chir Belg 1987; 87: 304-306.

Fig. 1. Metástasis de carcinoma epidermoide en submucosa de colon (H-E, x10). H = 100 µ.



cuenta como se pensaba hace unos años¹. Al analizar cronológicamente las series que estudian el origen de las metástasis intestinales^{3,4,6} encontramos que cuanto más recientes son, más frecuente es el origen pulmonar. Este hecho puede deberse al aumento de la incidencia del carcinoma pulmonar en la población y al incremento de la supervivencia de estos pacientes. Creemos que esta posibilidad debería ser tenida en cuenta cuando un adulto fumador presenta síntomas abdominales⁵ y con más motivo si ha sido diagnosticado previamente de carcinoma pulmonar o la radiografía de tórax sugiere el diagnóstico.

F.E. Teruel González^a, M.J. Blasco Gutiérrez^b y A. Díez Herranz^c

^aServicio de Neumología. Hospital Universitario de Valladolid.
^bDepartamento de Anatomía patológica. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
^cUnidad de Neumología. Centro Médico Paracelso. Valladolid.

- Listrom MB, Davis M, Lowry S, Williams WW, Monsein LH, Kleinman R et al. Intossusception secondary to squamous carcinoma of the lung. *Gastrointest Radiol* 1988; 13: 224-226.
- Antler AS, Ough Y, Pitchumoni CS, Davidian M, Thelmo W. Gastrointestinal metastases from malignant tumors of the lung. *Cancer* 1982; 49: 170-172.
- De Castro CA, Dokcerty MB, Mayo CW. Metastatic tumors of the small intestines. *Surg Gynecol Obstet* 1957; 105: 159-165.
- McNeil PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987; 59: 1486-1489.
- Issa K, Mullen KD. Large-Cell carcinoma of the lung with major bleeding and intossusception. *J Clin Gastroenterol* 1991; 15: 142-145.
- Farmer RG, Hawk WA. Metastatic tumors of the small bowel. *Gastroenterology* 1964; 47: 496-504.

Fístula de líquido cefalorraquídeo y traumatismo torácico

Sr. Director: Los accidentes de tráfico son responsables de la mayoría de los traumatismos torácicos que se atienden en los servicios de urgencias de los hospitales. El traumatismo craneoencefálico directo, por impacto del parabrisas o el volante, es una lesión habitualmente asociada y su sospecha viene condicionada, en principio, por la presencia de contusiones o soluciones de continuidad en cara o cuero cabelludo.

Varón de 54 años, sano, conductor sin cinturón de seguridad de un coche que sufrió un accidente de tráfico con salida de la calzada y colisión frontal contra un muro, que consultó por dolor centrotorácico intenso consecutivo a la contusión contra el volante. En la exploración física no se apreciaron lesiones en la superficie torácica, abdominal, macizo craneofacial, ni extremidades. La compresión torácica era dolorosa, sin detectarse crepitación subcutánea, chasquidos ni movimientos paradójicos de la caja. La exploración abdominal fue anodina, al igual que la de las extremidades superiores e inferiores. Durante la exploración en bipedestación llamó la atención un destilar continuo de un líquido cristalino por la fosa nasal izquierda (rinoliquorrea). Puntuación de 15 en la Escala de Coma de Glasgow, si bien su estado de conciencia era irritable. Bajo el diagnóstico de traumatismo torácico por desaceleración y sospecha de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) asociada, se procedió a realizar profilaxis antibiótica, radiología torácica y craneal, ecografía abdominal, analíticas sanguíneas estándar y tomografía computarizada (TC) del cráneo en proyecciones transversal y frontal. Las pruebas radiológicas torácicas fueron normales, al igual que la ecografía abdominal y ECG, si bien las enzimas CK y CK-MB eran de 2.864 y 80 U/l, respectivamente. En la TC con ventana ósea se observó en un corte frontal anterior la presencia de un cambio de densidad en la vertiente izquierda de la lámina cribosa del etmoides compatible con un punto de fractura ósea y fístula. El resto de los datos obtenidos de la exploración tomográfica y la radiología simple craneal se encontraban dentro de parámetros normales. El paciente fue ingresado en el Servicio de Neurocirugía donde se autolimitó la fístula a las 5 h, manteniéndose neurológicamente estable. Tras una semana fue dado de alta y su revisión clínica y radiológica al mes y 3 meses no mostró recidiva o secuelas.

Las fístulas de LCR pueden ser congénitas o adquiridas (traumáticas, posquirúrgicas, tumorales, etc.). Su importancia radica en la posibilidad de una infección meníngea que haga peligrar la integridad del SNC y la vida del paciente. El encéfalo es dañado, entre otras causas, cuando se acelera por un golpe en la cabeza y es impulsado contra el cráneo o la tienda del cerebelo, en un punto opuesto a donde se asestó el golpe. Sin la protección del LCR y las meninges, el encéfalo posiblemente sería incapaz de resistir los menores traumatismos de la vida diaria¹. El espacio subaracnoideo rodea completamente el encéfalo y se extiende por los nervios olfatorios hasta el mucoperiostio de las fosas nasales.

En el caso descrito, la ausencia de lesiones craneofaciales en superficie descarta la exis-

tencia de un traumatismo craneoencefálico por contacto directo y revela como causa hipotética de la lesión, la contusión torácica contra el volante, el consiguiente aumento de la presión venosa central y del LCR en conjunción con un desplazamiento anterior del contenido encefálico por el latigazo cervicocraneal, asociado o no a un punto de debilidad ósea previamente existente en la lámina cribosa del etmoides, condicionando una solución de continuidad simultánea dural, ósea etmoidal y del mucoperiostio de las fosas nasales, poniendo en contacto el espacio subaracnoideo con el exterior. El aumento de la presión del LCR secundario a la hiperpresión torácica ha sido estudiado por Sakikawa et al².

Se confirmó la sospecha clínica mediante el estudio radiológico con TC craneal. Las imágenes de radiología convencional no permitieron detectar ninguna lesión. La punción e inyección lumbar subaracnoidea de contrastes radiológicos como la metrizamida o el iopamidol, se ha utilizado para detectar los puntos de fuga del LCR tanto en la radiología convencional como en TC. Eljamel y Pidgeon han utilizado la resonancia magnética para precisar la localización de fístulas de LCR inactivas, con mejores resultados que con la TC, obteniendo un 9,5% de falsos positivos con ésta³.

El tratamiento inicial consiste en reposo con la cabeza elevada, con objeto de disminuir la presión del LCR y potenciar la cicatrización dural, mucosa y la consolidación ósea. Hay que tener en cuenta y resolver todas las causas que puedan aumentar la presión del LCR (tos, estornudos, estreñimiento, etc.). La profilaxis antibiótica de amplio espectro prevendrá la infección meníngea. Si tras 2 semanas no cede la liquorraea, ha de plantearse el tratamiento quirúrgico, pues las posibilidades de cierre espontáneo son escasas.

La completa valoración y observación de todo paciente traumatizado hace posible la detección de casos como el presentado.

E. Martín Díaz, A. Arnau Obrer y A. Cantó Armengod
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario de Valencia.

- Ganong WF. Circulación a través de regiones especiales. En: Ganon WF, editor. *Fisiología médica*. México: El Manual Moderno, 1994; 647-669.
- Sakikawa Y, Kobayashi H, Nomura Y. Changes in cerebrospinal fluid pressure in daily life. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994; 103: 959-963.
- Eljamel MS, Pidgeon CN. Localization of inactive cerebrospinal fluid fistulas. *J Neurosurg* 1995; 83: 795-798.