

Antes de la llegada de la era quimioterápica de la TB, el empiema pleural era una complicación frecuente de la TB pulmonar, al igual que la invasión de estructuras vecinas, dando lugar al llamado empiema *necessitatis*^{1,2}, patología que conllevaba una gran mortalidad^{2,4}. En aquellos años, casi el 75% de los empiemas *necessitatis* eran producidos por la TB², y se describió cómo este empiema podía extenderse, llegando a producir focos de infección en mama, tejido subcutáneo, pericardio, esófago, e invadiendo el diafragma, el retroperitoneo, flanco y hasta en ingle, cadera y muslo^{2,3}. Sin embargo, la invasión del diafragma por la TB, inusual en la era prequimioterápica, es un auténtico hallazgo en la actualidad. En los 10 últimos años tan sólo se ha encontrado una referencia de una masa suprahepática tras invasión diafragmática¹.

El diafragma es un músculo que, como tal, está muy bien vascularizado. Esto podría justificar el que pudiera ser foco de llegada de *M. tuberculosis* por diseminación hematogénea, al igual que ocurre con la afección musculoesquelética de la TB, relacionada más con esta vía de llegada que con la invasión por contigüidad^{5,6}. A favor de esta teoría están los hallazgos macroscópicos de la enferma, al apreciarse sólo claramente una masa diafragmática, con escasa reacción pleural y pulmonar. La demostración de afección de la TB del parénquima pulmonar y pleura nos hacen pensar en que la vía de llegada del germen al diafragma fue por progresión directa desde estos focos, algo similar a lo que ocurría en los abscesos subfrénicos tuberculosos en la era prequimioterápica³. Sorprende y hace extremadamente raro el caso el que en el estudio preoperatorio de la enferma no se pudiera detectar afección pleural ni pulmonar por la TB.

J. Freixinet, J. Caminero*
y F. Rodríguez de Castro*

Servicios de Cirugía Torácica
y *Neumología. Hospital Universitario
Nuestra Señora del Pino.
Las Palmas de Gran Canaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Peterson MW, Austin JH, Yip CK, McManus RJ, Jaretzki A. CT Findings in transdiaphragmatic empyema necessitatis due to tuberculosis. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 704-706.
- Sindel EA. Empyema necessitatis. *Quatt Bull Sea View Hosp* 1940; 6: 1-49.
- Tees FJ. Empyema necessitatis. *Arch Surg* 1923; 7: 321-331.
- Varkey B, Rose H, Kutty CPK, Politis J. Empyema thoracic during a ten-year period: analysis of 72 cases and comparison to a previous study (1952-1967). *Arch Intern Med* 1981; 141: 1.771-1.776.
- Adler BD, Padley SPG, Müller NL. Tuberculosis of the chest wall: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17: 271-273.
- Winer-Muran HT, Rubin SA. Thoracic complications of tuberculosis. *J Thorac Imaging* 1990; 5: 46-63.

Bronquio traqueal

Sr. Director: El bronquio traqueal es un bronquio aberrante o accesorio que surge de forma prácticamente invariable de la pared lateral derecha de la tráquea, generalmente a menos de 2 cm de la carina. Habitualmente ventila al lóbulo superior derecho o alguno de sus segmentos, o aboca a un tejido pulmonar anómalo con degeneración quística. Esta anomalía bronquial se considera con frecuencia como un hallazgo casual en la broncoscopia. Sin embargo, puede presentarse como causa de patología respiratoria, principalmente como neumonía recurrente.

Lactante de 6 meses de vida con síndrome de Patau que ingresa por cuadro de fiebre y dificultad respiratoria. La radiografía de tórax muestra inicialmente condensación del lóbulo superior derecho y al día siguiente velamiento difuso de todo el hemitórax derecho. Se instaura ventilación mecánica y antibioterapia con cefotaxima i.v. La evolución es favorable dándose de alta a los 15 días con resolución clínica y radiológica. Una semana después reingresa con cuadro de dificultad respiratoria importante que requiere intubación traqueal y ventilación mecánica. La radiografía de tórax muestra condensación del hemitórax derecho. La respuesta al tratamiento antibiótico con cefotaxima y amikacina es satisfactoria. Una vez estabilizada la situación clínica se realiza fibrobroncoscopia con fibrobroncoscopio Olympus BF3C20. Al llegar a la carina se observa una trifurcación de la que salen 3 bronquios (fig. 1). Uno corresponde al bronquio principal izquierdo que muestra una morfología normal. El segundo es el bronquio principal derecho que se continúa con el bronquio intermediario. El tercero corresponde al bronquio del lóbulo superior derecho del que posteriormente surgen los segmentarios anterior, posterior y apical.

Las malformaciones traqueobronquiales ocurren en una época temprana del desarrollo embrionario. Aunque la etiología del bronquio traqueal no está clara, podría estar producido por un fallo en la regresión traqueal o una disrupción en la embriogénesis¹. Es frecuente su asociación a otras anomalías como hipoplasia o fusión de la primera y segunda costillas torácicas, primera costilla lumbar bilateral, alteraciones vertebrales o anomalías vasculares como el *sling* de la arteria pulmonar izquierda. También se asocia a cromosopatías, principalmente a síndrome de Down². Su frecuencia oscila entre el 2% de las broncoscopias realizadas en niños y el 0,1-1,3% de las realizadas en adultos. Prakash calcula una incidencia del 0,1-5%³. Esta diferencia en la incidencia está producida por las indicaciones en las que se realizaron las broncoscopias; principalmente estridor en niños, y patología por debajo de la carina en adultos. Se distinguen varios tipos de bronquio traqueal, según sea el bronquio del lóbulo superior derecho o de su segmento apical el que sale de la tráquea, o sea un bronquio supernumerario el que se añade a la morfología habitual.

Su hallazgo puede ser casual o encontrarse como responsable de patología respiratoria. Así McLaughlin et al en una revisión de 18 casos de bronquio traqueal encuentran que 17 tenían síntomas del aparato respiratorio, con-

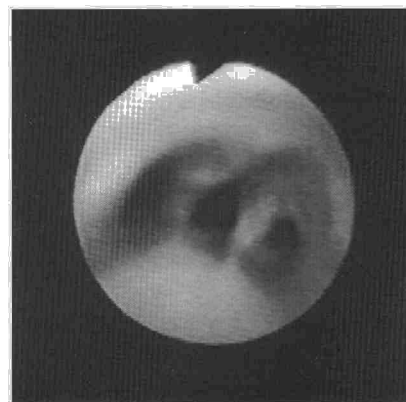


Fig. 1. Fibrobroncoscopia del caso descrito, donde se observa que existe una trifurcación y 2 carinas al final de la tráquea. El orificio de la derecha, más pequeño, corresponde al orificio del bronquio lobar superior.

siderándose responsable de neumonía recurrente en cinco de ellos¹. También se han descrito como causa de hipoxemia tras la intubación al ocluir el tubo intratraqueal la salida del bronquio traqueal⁴ y como hallazgo previo al trasplante pulmonar tanto en el donante como en el receptor⁵, pudiéndose realizar con éxito en ambos casos. El diagnóstico tradicionalmente se ha realizado con broncoscopia y broncografía, aunque también puede hacerse mediante tomografía computarizada, que nos permite además identificar la asociación de anomalías vasculares o de la vía aérea⁶. El tratamiento quirúrgico debe plantearse ante lesiones quísticas con sobreinfección, neumonías recurrentes o atelectasias persistentes del lóbulo superior derecho, siempre que sean directamente achacables al bronquio traqueal, principalmente porque éste se encuentra bronquectásico o estenótico.

D. Gómez-Pastrana Durán,
M. Sánchez Durán y A. Andrés Martín
Sección de Neumología Pediátrica. Hospital
Infantil Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla.

BIBLIOGRAFÍA

- McLaughlin FJ, Strieder DJ, Harris GBC, Vawter GP, Eraklis AJ. Tracheal bronchus: association with morbidity in childhood. *J Pediatr* 1985; 106: 751-755.
- Atwell SW. Major anomalies of the tracheobronchial tree: with a list of the minor anomalies. *Dis Chest* 1967; 52: 611-615.
- Prakash VBS, Cavaliere S, Prakash VBS. *Bronchoscopy*. Nueva York: Ed. Raven Press, 1994; 446.
- Pribble CG, Dean JM. An unusual cause of intraoperative hypoxemia. *J Clin Anesth* 1994; 6: 247-249.
- Magge MJ, Griffith BP, Armitage JM. Management of a tracheal bronchus in a pediatric lung transplant recipient. *Ann Thorac Surg* 1994; 58: 229-231.
- Morrison SC. Demonstration of a tracheal bronchus by computed tomography. *Clin Radiol* 1988; 39: 208-209.