

Timoma de presentación atípica

Sr. Director: El timoma es el tumor más frecuente del mediastino anterosuperior¹.

Su máxima incidencia está entre los 40-60 años con igual distribución entre sexos. Aproximadamente dos tercios de los pacientes están asintomáticos en el momento del diagnóstico y el resto pueden referir síntomas inespecíficos. Entre un 10-50% tienen síntomas de miastenia grave asociados.

Radiológicamente el timoma suele presentarse como una masa redondeada u ovalada con bordes lisos o lobulados en el mediastino anterosuperior², pero en ocasiones el tejido tímico puede encontrarse más abajo y el tumor asentar en una localización atípica como ocurre en el caso que presentamos.

Mujer de 66 años, no fumadora que en un chequeo rutinario se detectó una masa mediastínica. Entre sus antecedentes personales destacaba una hipercolesterolemia familiar. No refería síntomas respiratorios de interés. La exploración física era normal y las pruebas complementarias que incluían hemograma, bioquímica, gasometría y espirometría eran normales. La intradermoreacción de Mantoux era negativa y la serología frente a *Echinococcus* 1 y 2 fue negativa.

En la radiografía de tórax se observaba una masa de consistencia sólida de 10 x 10 cm de diámetro en ángulo cardiopélico derecho (fig. 1). La TAC torácica confirmaba este hallazgo. La ecografía abdominal era normal. Se realizó una punción-aspiración percutánea que no fue diagnóstica, motivo por el cual se realizó una toracotomía extirpándose la totalidad de la masa cuyo diagnóstico microscópico fue de timoma mixto.

Esta localización atípica del tumor plantea el diagnóstico diferencial con las masas que normalmente asientan en esta zona (almohadilla grasa epicárdica, quiste pericárdico, aneurisma, aurícula derecha dilatada, lesión diafragmática, masas pulmonares primitivas)³. Histológicamente el timoma está compuesto de linfocitos, células epiteliales y fusiformes, y se clasifica según el tipo de células que predomine o se considera mixto si no hay un tipo



Fig. 1. Radiografía de tórax. Masa de consistencia sólida en ángulo cardiopélico derecho.

de células predominante⁴. Si no existe invasión de la cápsula, el tumor se considera benigno. Si, por el contrario, la cápsula está invadida macroscópica o microscópicamente se considera maligno. Aunque se han descrito diagnósticos a través de punción-aspiración percutánea con una alta sensibilidad y especificidad⁴, el diagnóstico de certeza se realiza con el examen del tejido obtenido por resección de la pieza o biopsia. La TAC es útil para definir la localización y la morfología y evaluar las estructuras adyacentes en casos de invasión de la cápsula⁵.

El manejo del timoma es la resección quirúrgica completa, generalmente a través de una esternotomía media¹ sobre todo si el tumor asienta en una localización baja en el mediastino. Si el tumor está completamente capsulado, es del tipo mixto y la extirpación quirúrgica es completa; como ocurrió en la paciente estudiada, el pronóstico es excelente y la supervivencia es igual a la de la población general, sin riesgo de recurrencias. Si el tumor invade la cápsula o las estructuras vecinas tiene mal pronóstico y requiere tratamientos complementarios a la cirugía con radioterapia o quimioterapia⁴.

A. Bango Álvarez, L. Molinos Martín y A. Roig Verge
 Servicio de Neumología I. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Central de Asturias.

1. Silverman NA, Sabiston DC. Mediastinal masses. Surg Clin North Am 1980; 4: 755-776.
2. Brown LR, Muhm JR, Gray JE. Radiographic detection of thymoma. AJR 1980; 134: 1.181-1.188.
3. Reed JC. Chest radiology. Film patterns and differential diagnoses (3.ª ed.). Chicago: Ed. Year Book Medical Publishers Inc., 1991.
4. Cooper JD. Current therapy for thymoma. Chest 1993; 103: 334-336.
5. Ishii K, Kono M, Maeda K. Noninvasive thymoma in a 15 years-old girl: CT findings. Am J Roentgenol 1993; 160: 894-895.

Neumotórax iatrogénico tras colocación de sonda de nutrición nasogástrica

Sr. Director: El neumotórax iatrogénico es una de las complicaciones que surgen en el manejo, bien con fines diagnósticos o terapéuticos, de los pacientes hospitalizados. La causa más frecuente es la punción-aspiración transtorácica con aguja fina, seguida de la cateterización de la vena subclavia y la toracocentesis^{1,2}. En los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos son más frecuentemente originados por el drenaje de derrames pleurales y por accesos vasculares venosos³. La mayoría de los pacientes son tratados con tubos de tórax, prolongando su hospitalización por este motivo sólo en un pequeño porcentaje de pacientes.

Otra causa, ésta mucho menos frecuente, es la localización anormal, en las vías respiratorias, de una sonda de nutrición enteral nasogástrica (SNEN). En pacientes deprimidos sensorialmente, con alteración en el mecanismo de la tos, una SNEN puede ser colocada anormalmente en la vía aérea sin que el paciente demuestre mayor incomodidad de la habitual; tras la progresión de la sonda, ésta finalmente se hace intrapulmonar, ocasionando la destrucción de alveolos. La rotura de la bulla formada o de la pleura visceral por la sonda dará lugar a la aparición del neumotórax. Presentamos el caso clínico de una paciente con un neumotórax iatrogénico tras la colocación de una SNEN.

Paciente de 76 años de edad que ingresó por un cuadro de insuficiencia renal aguda, hipernatremia e infección urinaria, padecía una demencia multifarcto y hemiparesia derecha, secuela de un antiguo accidente cerebrovascular. Para su tratamiento se colocó una SNEN (10 French). El control radiológico posterior para comprobar su correcta situación mostró que ésta tenía una localización intrapulmonar derecha, con la punta en la proximidad de la pared torácica, así como un neumotórax derecho (fig. 1) que requería la colocación de un tubo de tórax. La evolución del neumotórax fue favorable, con una duración total de drenaje torácico de 5 días. La enferma presentó una estancia postoperatoria prolongada debido a los procesos que motivaron su ingreso.

Los pacientes ancianos, deprimidos sensorialmente, con anomalías del mecanismo de la tos, fístulas traqueoesofágicas o estenosis esofágicas presentan un mayor riesgo de sufrir iatrogenia en la colocación de las SNEN. La colocación de una SNEN es una técnica muy utilizada en el medio hospitala-

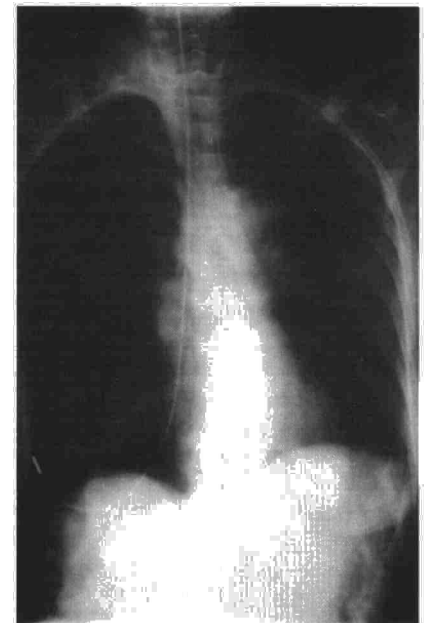


Fig. 1. Neumotórax derecho. Sonda enteral intrapulmonar.