

**Diverticulosis traqueal: utilidad de la tomografía axilar computarizada**

**Sr. Director:** La diverticulosis traqueal es una rara entidad que se caracteriza por la presencia de uno o varios divertículos en la pared posterior de la tráquea. Puede ir asociada a dilatación traqueal y bronquios principales formando parte de la traqueobronquiomegalia o síndrome de Mounier-Kühn<sup>1</sup>. La mayoría de los pacientes suelen aquejar un cuadro de broncopatía crónica, aspecto que en nuestro caso no se pudo objetivar, efectuándose el diagnóstico de manera casual en una radiografía de tórax preoperatoria.

Se trataba de un varón de 60 años, fumador de 20 cigarrillos diarios que ingresó para cirugía de la próstata. En las radiografías de tórax se observó una dilatación de la tráquea con divertículos en su pared posterior que fueron confirmados con una tomografía lineal en perfil (fig. 1a). Se efectuó una TAC torácica apreciándose dilatación de la luz traqueal y divertículos posteriores (fig. 1b). No existían bronquiectasias ni otras lesiones pulmonares.

La traqueobronquiomegalia ha sido descrita con varias denominaciones, incluyendo síndrome de Mounier-Kühn, traqueobronquiectasias, traqueocele, traqueomalacia y traqueobroncopatía malácica. El denominador común es una dilatación de la tráquea y bronquios principales a la que puede asociarse diverticulosis traqueal. La causa de esta

anomalía es desconocida. Algunos autores la asocian al síndrome de Enlers-Danlos en adultos y al síndrome de cutis laxa en la edad pediátrica. Aunque esta asociación última sugiere un defecto congénito del tejido conectivo, el hecho de que la mayoría de los casos se presenten en edad adulta, sugiere sin embargo un proceso de etiología adquirida<sup>2</sup>.

El diagnóstico se hace habitualmente mediante el estudio radiológico convencional al observarse un aumento de los diámetros de la luz traqueal. En la proyección lateral de tórax pueden visualizarse a veces los divertículos traqueales o irregularidades en su pared posterior. Estas últimas alteraciones son mejor demostrables en el examen con tomografía lineal en perfil<sup>3,4</sup>. En los últimos años se han descrito, sin embargo, casos de traqueobronquiomegalia estudiados con TAC<sup>5,6</sup>. Esta técnica, al efectuar secciones axiales de la tráquea, permite una valoración de los diámetros anteroposteriores y transversal de la luz. Igualmente nos permite visualizar las pequeñas irregularidades de las paredes traqueales, los divertículos y las alteraciones bronquiales y pulmonares asociadas.

**J. Martín, M. de Peña y A. Gual**

Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Mutua de Tarrasa.  
Tarrasa, Barcelona

1. Irving K, Ettman IK, Keel DT Jr. Traqueal diverticulosis. *Radiology* 1962; 78:187-191.

2. Katz I, Levine M, Herman P. Tracheobronchomegaly. The Mounier-Kühn syndrome. *AJR* 1962; 88:1.084-1.093.

3. Alcaine Cameo MA. Traqueobronquiomegalia o síndrome de Mounier-Kühn. *Radiología* 1981; 23:409-414.

4. Artigas Martín JM. Traqueobronquiomegalia primitiva (síndrome de Mounier-Kühn). *Radiología* 1981; 23:419-422.

5. Shin MS, Jackson RM, Ho KJ. Tracheobronchomegaly (Mounier-Kühn syndrome). *CT diagnosis. AJR* 1988; 150:777-779.

6. Dunne MG, Reiner B. CT features of tracheobronchomegaly. *J Comput Assist Tomogr* 1982; 6:437-444.

**Absceso pulmonar por *Eikenella corrodens*: a propósito de un caso.**

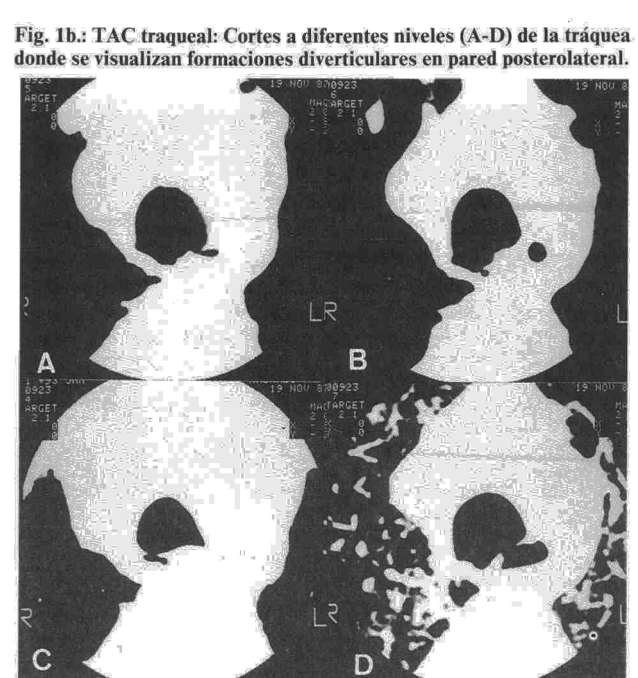
**Sr. Director:** *Eikenella corrodens* es un bacilo gramnegativo anaerobio facultativo de crecimiento lento, habitante normal de la cavidad oral, mucosa genitourinaria e intestinal<sup>1</sup>. Cada vez son más frecuentes las descripciones de infecciones pleuropulmonares por este germen<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 60 años de edad con antecedentes personales de diabetes mellitus, fumador importante, aproximadamente de dos paquetes de cigarrillos al día y bebedor excesivo regular.

Diez días previos a su ingreso en nuestro Hospital comenzó con disnea de esfuerzo de evolución progresiva, tos y expectoración amarillenta no hemoptoica, sin dolor torácico y con fiebre de más de 38 °C. En la exploración física destacaron como signos patológicos: Taquipnea en reposo; estigmas de hepatopatía crónica; corazón rítmico a 96 sístoles por minuto con soplo sistólico plurifocal; disminución del murmullo vesicular en base derecha con matidez a la percusión; hepatomegalia de tres traveses de dedo dolorosa a la palpación; edemas maleolares que dejaban fovea en ambas piernas. El electro-



**Fig. 1 a.: Tomografía lineal de perfil.**



**Fig. 1b.: TAC traqueal: Cortes a diferentes niveles (A-D) de la tráquea donde se visualizan formaciones diverticulares en pared posterolateral.**