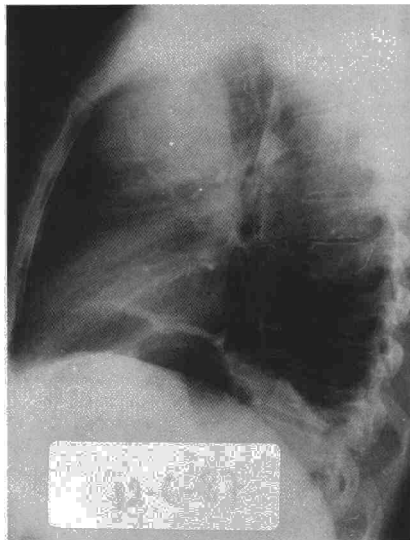


Fig. 1. Radiografía posteroanterior y lateral de tórax: Gran masa localizada en mediastino anterior. Elevación de hemidiafragma izquierdo.



con masa en mediastino anterior, sin enfermedades sistémicas asociadas y presentación clínica compatible con la descrita en este tipo de tumores. Se descartó razonablemente con las exploraciones complementarias ya reseñadas afectación tumoral primaria a otros niveles tales como bronquios, esófago y laringe. La imagen histológica excluía el origen tiroideo y la no existencia de otras estirpes histológicas además de la epitelial descartaba que se tratara de un teratoma.

Se inició tratamiento citostático con cisplatino, adriamicina y ciclofosfamida, obteniéndose buena respuesta clínica que se mantiene a los seis meses de su alta hospitalaria.

Rosai y Levine definen el timoma como una neoplasia derivada exclusivamente de las células epiteliales del timo¹. Ocasionalmente, y de manera incorrecta, se hacen equivalentes los términos de timoma y el más amplio de tumor tímico. Recientemente Arriagada et al² proponen la denominación de carcinoma tímico para aquellos tumores

epiteliales de origen tímico con características histológicas y clínicas de malignidad que invaden estructuras mediastínicas. Representan menos del 5% de todos los tumores malignos del timo y su tipo histológico más frecuente es el de células escamosas. Su presentación clínica habitual es en varones no fumadores con síntomas de dolor torácico, cervical o en hombro, tos con hemoptisis, pérdida de peso e imagen radiológica de masa en mediastino anterior. No se suelen asociar a enfermedades sistémicas que sí acompañan a los timomas en alrededor del 30% de los casos^{3,4}. Su comportamiento biológico es menos agresivo que carcinomas similares originados en otros órganos. Invaden estructuras vecinas y un tercio de ellos metastatiza a distancia³. El tratamiento de elección es de cirugía más radioterapia⁵ y consigue relativamente buenos resultados cuando la tumoración es totalmente extirpada. La quimioterapia debe asociarse cuando la resección ha sido parcial⁴.

J. C. Padilla Estrada, J. Pascual Santos y R. Vidal Lourés.

Servicios de Neumología.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

1. Rosai R, Levine GD. Tumors of the thymus. En: Fuminger HI (ed): Atlas of Tumor Pathology. Montvale, NJ. Armed Forces Institute of Pathology 1976; 34-37.

2. Arriagada R, Bretel JJ, Cailland, JM et al. Invasive carcinoma of the thymus. A multicenter retrospective review of 56 cases. Eur J Cancer Clin Oncol 1984; 20:69-74.

3. Marchevsky AM, Kaneko M. Surgical pathology of the mediastinum. New York. Raven Press 1984; 58.

4. Snover DC, Levine GD, Rosai RJ. Thymic carcinoma. Five distinct histological variants. Am J Surg Pathol 1982; 6:451-470.

5. Shimosato Y, Kameya T, Nagai K et al. Squamous cell carcinoma of the thymus: an analysis of 8 cases. Am J Surg Pathol 1977; 1: 109-121.

Neumomediastino espontáneo asociado a gastroenteritis aguda

Sr. Director: El neumomediastino espontáneo (NE) es un hallazgo muy poco frecuente entre la población. Su presentación se ha asociado tradicionalmente a circunstancias que aumentan la presión intraalveolar¹; hay autores² sin embargo que refieren la presentación de NE sin asociación a ninguna circunstancia favorecedora.

Comentamos un caso de NE acaecido en el curso de una gastroenteritis aguda.

Varón de 18 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a urgencias refiriendo un cuadro de cuatro días de evolución consistente en deposiciones líquidas de color verdoso. Vómitos escasos y fiebre alta; sus padres padecían el mismo cuadro. El día antes del ingreso comenzó con dolor en región retroesternal baja y disnea. A la exploración estaba consciente y orientado con buen color de piel y mucosas. No bocio. Crepitación a la presión de cuello y parte anterior de tórax. No adenopatías. Tórax: claro a la percusión con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Corazón en ritmo sinsual a 84/m percibiéndose crepitantes sincrónicos con los latidos cardiacos (signo de Hamman). Resto de exploración dentro de la normalidad.

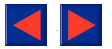
Rx tórax con neumomediastino que se extiende por tejido subcutáneo de tórax y cuello (fig. 1) no apreciándose cambios al realizar radiografías en inspiración y espiración. Esófagografía normal. Estudio ORL normal. ECG normal. Analítica: urea 80, glucemia 268. Na. 144, K 3,8 Cl 115. Leucocitos 14.900 con 80 S, 2 C, 16 L y 2 M. Hb 18,7, Hto. 55,7%. Coprocultivo: salmonella saprofita grupo G.

La evolución tanto de la gastroenteritis como del neumomediastino fue satisfactoria con tratamiento sintomático.

A pesar de haber sido descrito³ en toda su extensión por Hamman en 1939, los interrogantes sobre la fisiopatología del NE siguen planteándose inalterados en la actualidad. Hay dos hipótesis que se invocan según el paciente presente factores que aumenten la presión intraalveolar (tos, alumbamiento,



Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se aprecia el neumomediastino y enfisema subcutáneo.



descompresión brusca tras inmersión, etc.) o no. Así Macklin y Macklin⁴ atribuyen el NE a un aumento de la presión intraveolar, que a su vez produciría rotura de los alveolos situados en la proximidad de un vaso pulmonar. Pero hay pacientes en los que el NE se produce sin que exista aumento de la presión intralveolar como en algunos casos de anorexia nerviosa sin vómitos previos. En estos casos, algunos autores^{2,5} piensan que el aumento de tensión superficial alveolar junto con la pérdida de elasticidad del tejido conectivo pulmonar, serían los responsables del NE; también se ha aludido a la disminución de cuerpos lamelares en los neumocitos tipo II como posible factor patológico⁶.

En la bibliografía revisada no hemos encontrado citada la asociación NE y gastroenteritis aguda. Aunque no puede descartarse que en nuestro caso esta asociación haya sido fortuita, es razonable pensar que los vómitos que presentó el paciente, aumentando la presión intraalveolar, hayan condicionado la aparición del NE.

F. Jorquera Plaza, C. Martínez Ramos y A. Carro Fernández.

Servicio de Medicina Interna.
Hospital General Princesa Sofía. León.

1. Vidal Marsal F, González Olivella J, Nualart Berbel L et al. Neumomediastino espontáneo del adulto. Presentación de trece casos y revisión de la literatura. *Med Clín* 1984; 82:797-802.

2. Conget F, Bello S, Vila A, Duce F. Neumomediastino espontáneo y anorexia nerviosa. *Med. Clín* 1986; 86:610.

3. Hamman L. Spontaneous mediastinal emphysema. *Bull John Hopkins Hosp* 1939; 64:1-21.

4. Macklin MT, Macklin CC. Malignant emphysema of the lungs and mediastinum as an important occult complication in many respiratory diseases and other conditions; an interpretation of the clinical literature in the light of laboratory experimental. *Medicine (Baltimore)* 1944; 23:281-358.

5. Donley AJ, Kemple TJ. Spontaneous pneumomediastinum complicating anorexia nervosa. *Br Med J* 1978; 2:1604-1605.

6. Sahebajami H, Vasallo CL, Wirman JA. Lung mechanics and ultrastructure in prolonged starvation. *Am Rev Respir Dis* 1978; 117:77-83.

Microlitiasis alveolar en paciente longeva asintomática

Sr. Director: La microlitiasis alveolar es una rara entidad clínica, de etiología no conocida, en la que pueden jugar un papel determinante factores hereditarios^{1,2}. Su sustrato patológico característico consiste en depósitos cálcicos intraalveolares diseminados en ambos pulmones. Su aspecto radiológico típico, en forma de infiltrados difusos en «cristal molido» de predominio basal, permite en la mayoría de los casos asegurar el diagnóstico. La sintomatología clínica es es-

casa y la disnea sólo aparece en los estadios finales de la enfermedad. Recientemente hemos tenido ocasión de estudiar a una paciente de 72 años de edad en la que la radiología rutinaria efectuada después de una infección respiratoria, aparentemente banal, descubrió la enfermedad. Que nosotros sepamos se trata del caso de edad más avanzada, en el momento del diagnóstico, de todos los comunicados en la literatura hasta la actualidad.

Mujer de 73 años de edad, enviada para la valoración de la radiografía de tórax. Había acudido al médico por presentar, durante los dos últimos años, episodios infectivos frecuentes caracterizados por tos y expectoración mucopurulenta, el último de ellos, 15 días antes, había cedido con amoxicilina tras 8 días de tratamiento y en la actualidad se encontraba asintomática. Sin otros antecedentes patológicos de interés, si se excluyen astenia, molestias dolorosas en hipocondrio derecho y digestiones pesadas durante los últimos años. Padres muertos longevos sin sintomatología respiratoria. Un único hermano vive aparentemente sano a los 78 años de edad (no quiso realizarse radiografías de tórax control). Casada sin hijos. No antecedentes conocidos de exposición a polvo ambiental con capacidad fibrogenética. Siempre había trabajado en tareas del hogar. Exploración: no cianosis. F.R. 16/min; F.C. 72 l.m.r.r. T.A. 140/85 mm Hg, A. C: sin hallazgos patológicos. A.P.: murmullo vesicular conservado y homogéneo; discretos crepitantes finos en bases pulmonares. Moderado dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio. No edemas. Acropaquias marcadas en dedos de manos (que reconoce haberlas apreciado desde hace varios años). Hemograma y bioquímica sanguínea dentro de los límites de la normalidad. VSG 1.ª hora 43. Espirometría: BVVC 81% del teórico; FEV₁ 1.400 ml; FEV₂

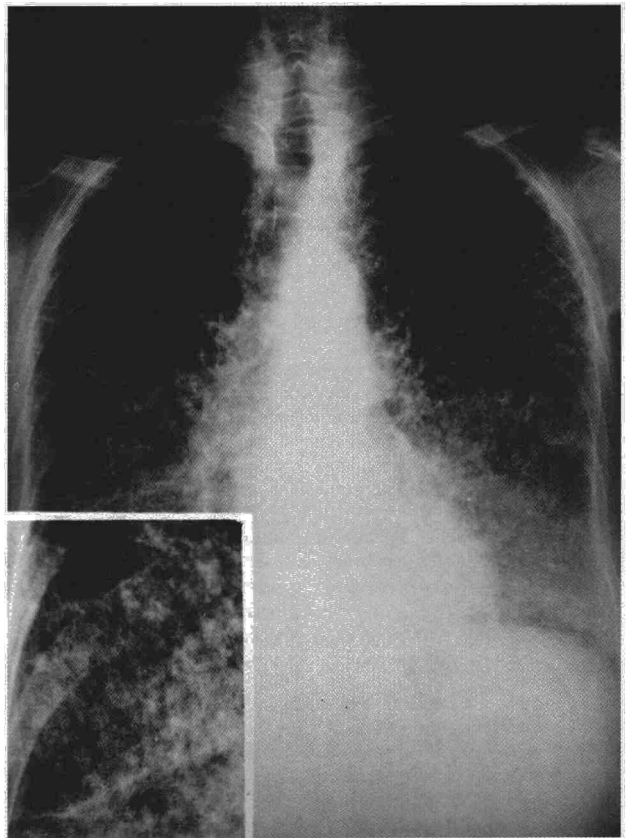


Figura 1.

/VC 112% del teórico; pH 7,41; Pa CO₂ 41 mm Hg; Pa O₂ 74 mmHg. ECG: RS a 70 latidos por minuto. Compatible con hemibloqueo anterior de rama izquierda sin signos de agrandamiento de cavidades derechas. Radiografías de tórax: infiltrado micronodular difuso con pequeños nódulos cálcicos que borran parcialmente la silueta cardiaca y ambos hemidiafragmas (fig. 1). TAC torácico: depósitos cálcicos pleurales y subpleurales, de predominio posterior, junto a calcificaciones pericardicas y mediastínicas. Imágenes lineales apicales que delimitan espacios aéreos de 0,5 a 3 cm de diámetro. Dentro del infiltrado pulmonar difuso, que condiciona broncograma aéreo, se aprecian nódulos de 1-2 mm, que alcanzan densidades de 400 a 500

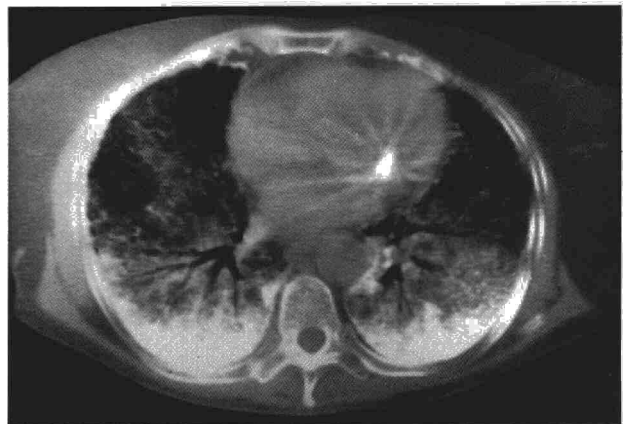


Figura 2.