

y parecen compatir con el carcinoma de células pequeñas del pulmón una célula tronco común²⁻⁴.

La edad media de presentación son los cincuenta años⁵, siendo, en general un tumor de adultos⁶.

Queremos presentar un paciente varón de 14 años de edad con historia previa de seis meses de duración, consistente en disnea de esfuerzo y expectoración hemoptoica. La radiografía demostraba atelectasia de los lóbulos medio e inferior derechos apreciándose por fibrobroncoscopia un tumor que ocupaba la luz del bronquio intermediario. Se le practicó toracotomía, resecaando ambos lóbulos, con el diagnóstico anatomopatológico de tumor carcinomate bronquial. En la actualidad está libre de enfermedad con un seguimiento de diez años. No presentó en ningún momento signos clínicos de síndrome carcinomate.

Los tumores carcinomates son muy raros en niños, y la gran mayoría de ellos se localizan, en estas edades, en el apéndice cecal, siendo de naturaleza benigna⁶.

Así, en su excelente revisión, Pérez-Espejo⁷ encuentra recogidos en la literatura hasta 1978 alrededor de 25 casos de niños y adolescentes con localización primitiva pulmonar. En los artículos revisados con posterioridad a esta fecha, hemos encontrado una referencia a este tumor a los doce años² de edad y, como corolario a las anteriores afirmaciones, en una comparación reciente⁸ entre la localización primitiva del tumor carcinomate y la edad de aparición, todos los casos del estudio (86 pacientes), menos uno, con menos de 20 años de edad, que presentaban un tumor carcinomate, tenían su localización en el apéndice cecal.

F.J. Aspa Marco, J. Ancochea Bermúdez,
C.A. Jiménez Ruiz, E. Fornies Menéndez,
E. Pérez Amor y L. Fernández Fau
Servicios de Neumología y Cirugía Torácica.
Hospital de la Princesa. Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. Gómez G, Estrada G, León C, Rodríguez C, Alameda F. Tumor carcinomate bronquial. Arch Bronconeumol 1985; 21:217-224.
2. McCaughan BC, Martini N, Bains MS. Bronchial carcinoids. J Thorac Cardiovasc Surg 1985; 89:8-17.
3. Gould VE, Limoila RI, Memoli VA, Warren WH. Biology of disease. Neuroendocrine components of the bronchopulmonary tract: hyperplasias, dysplasias and neoplasms. Lab Invest 1983; 49:519-537.
4. Yesner R. Small cell tumor of the lung. Am J Surg Pathol 1983; 7:775-785.
5. Godwin JD. Carcinoid tumors. An analysis of 2.837 cases. Cancer 1975; 36A:560-569.
6. Chow CW, Sane S, Campbell PE, Carter RF. Malignant carcinoid tumors in children. Cancer 1982; 49:802-811.
7. Pérez-Espejo GA. Patología de los tumores bronquiales infrecuentes. Arch Bronconeumol 1980; 49:802-811.
8. Dawes L, Schulte WJ, Condon RE. Carcinoid tumors. Arch Surg 1984; 119:375-378.

Divertículo traqueal. Utilidad de la tomografía computarizada (TC)

Sr. Director: Los divertículos traqueales son evaginaciones de la pared traqueal, a modo de formaciones saculares. Son entidades raras^{1, 2} a juzgar por lo infrecuente de su diagnóstico, pero su incidencia real es probablemente más elevada: 1% entre 867 necropsias, según Mac Kinnon³. Se habla de traqueocele cuando el divertículo es grande y único, y de diverticulosis traqueal cuando existen muchos y pequeños. En su etiopatogenia inciden mecanismos congénitos y adquiridos, sobresaliendo entre estos últimos la tos constante, generalmente asociada a broncopatía crónica. El diagnóstico se alcanza raramente por radiografía simple, requiriendo el uso de otras técnicas.

Observación. Varón de 69 años, fumador (30 cigarrillos/día durante 45 años), tosedor habitual y diagnosticado de EPOC. Ingresa por reagudización con disnea de pequeños esfuerzos. La radiografía de tórax muestra imagen aérea paratraqueal derecha que, tomográficamente, se revela como formación de densidad aérea de 1,6 cm de diámetro, a 4,5 cm de glotis y con conexión traqueal. Ante la sospecha de divertículo traqueal, se realiza traqueografía a través de fibrobroncoscopio, que hubo de interrumpirse por acceso de tos incoercible a pesar de la habitual anestesia local. Se practica TC, que define una formación aérea retrotraqueal derecha de 14 por 12,5 mm comunicada con la luz traqueal a través de un canal amplio y único (figura 1) y sin indicios de cartilago. Se formuló el diagnóstico de divertículo traqueal adquirido. Ante la ausencia de sintomatología derivada del mismo, no se planteó tratamiento quirúrgico.

Existe cierta confusión en la sistematización de los divertículos traqueales y anomalías relacionadas. Suprenant y O'Loughlin⁴ los clasifican en cua-

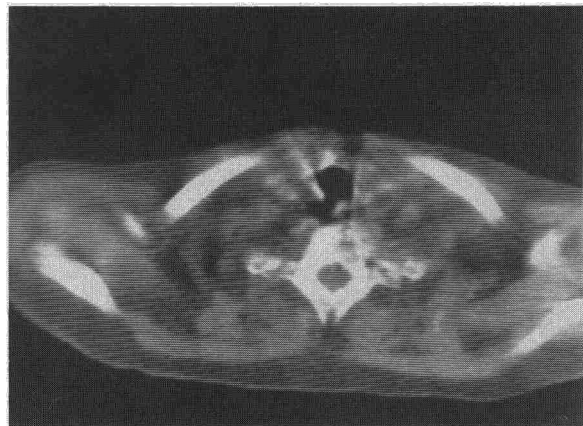
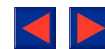


Fig. 1. La TC muestra la formación diverticular y la amplia comunicación con la luz traqueal.



tro grandes grupos, que constituyen un buen punto de referencia. Hoy se diferencian dos tipos básicos¹: los adquiridos, que asientan en cara posterolateral derecha y cuya pared no contiene músculo liso ni cartílago, únicos o múltiples, de diversos tamaños, asociados con tos crónica y que aparecen en adultos; y los congénitos, más raros, asociados a otras malformaciones⁵, que asientan en cara lateral derecha con trayecto oblicuo respecto a la pared traqueal, con músculo y cartílago en su pared, únicos, se descubren en niños de corta edad, generalmente varones, y pueden estar circundados por tejido pulmonar (bronquios traqueales aberrantes o accesorios)^{1,6}.

Para el estudio diagnóstico de la tráquea se han utilizado diversas técnicas radiográficas. La radiografía simple PA penetrada, lateral y oblicua, junto con la tomografía lineal, son generalmente suficientes para definir la morfología y el diagnóstico de la lesión con un detalle comparable al de los métodos con contraste, pero sin los inconvenientes de introducir el producto yodado en una tráquea alterada. La xerotomografía ofrece imágenes de gran calidad pero conlleva alta irradiación para el paciente⁷. La traqueografía ha venido siendo esencial para documentar este tipo de lesiones⁶, pero la dificultad técnica para realizarla, la molestia para el paciente, la importante radiación y los riesgos del contraste yodado constituyen otras tantas limitaciones para su uso.

Debe señalarse que la TC, que ha reemplazado a la tomografía convencional en el estudio del mediastino⁸, ofrece claras ventajas para la valoración de los divertículos traqueales sobre otras técnicas, incluida la traqueografía⁹. En efecto, es inocua, no molesta para el paciente y comporta una irradiación escasa^{8, 10}, como es sabido; proporciona una gran definición de la morfología de la lesión y de sus relaciones anatómicas con estructuras vecinas, descubriendo pequeñas tumores, moco, calcio, etc⁸; finalmente, facilita la diferenciación entre las formas congénitas y adquiridas al poder descubrir, mediante análisis densitométrico, restos de cartílago en la pared del divertículo.

**M.A. de Gregorio, S. Bello*, E. Moreno*,
F. Conget, F. Duce* y R. Serrat****
Servicio de Radiodiagnóstico, Servicio de
Neumología* y Departamento de Anatomía A**
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

BIBLIOGRAFIA

1. Frenkiel S, Assimes IK, Rosale JK. Congenital tracheal diverticulum. A case report. *Ann Otol* 1980; 89:406-408.
2. Gronner AT, Trevino RJ. Tracheocele. *Br J Radiol* 1971; 44:979-981.
3. Mac Kinnon D. Tracheal diverticula. *J Pathol Bacteriol* 1953; 65:513-517.
4. Suprenant L, O'Loughlin BJ. Tracheal diverticula and tracheobronchomegaly. *Dis Chest* 1966; 49:345-351.

5. Danis RK. Tracheal diverticulum with recurrent apnea and segmental pulmonary atelectasis. *J Ped Surg* 1982; 17:182-183.
6. Ritsema GH. Ectopic right bronchus: indication for bronchography *AJR* 1983; 140:671-674.
7. Chuang VP, Doust BD, Ting YM. Xerotomography of the mediastinum and tracheobronchial tree. *Radiology* 1974; 111:475.
8. Gamsu G, Webb R. Tomografía computarizada de tráquea y bronquios principales. *Sem Roentgenol* 1981; XVIII/1:53-61.
9. Naidich DP, Zerhouni EA, Siegelman SS. Computed tomography of the thorax. New York, Reven Press 1984.
10. Kistreage RD. Computed tomography of the trachea. A review. *CT* 1981; 5:44-49.

Embolia pulmonar en mujer joven

Dr. Director: La enfermedad tromboembólica ha despertado gran interés en estas últimas décadas, debido, entre otros motivos a la mayor incidencia experimentada en adultos jóvenes, previamente sanos. En esta situación, la manifestación trombótica suele ser espontánea o también inducida y/o asociada a lo que denominamos factores de riesgo (enfermedades médicas, quirúrgicas u obstétricas, así como el uso anticonceptivo). En este tipo de pacientes, las alteraciones de la coagulación son las causas más frecuentes de trombosis venosas recurrentes, seguidas o no de tromboembolismo pulmonar. Alteraciones en la molécula de fibrinógeno¹ o de la molécula de plasminógeno², han sido descritas en las décadas de los 60 y 70, respectivamente, como causa de trombosis venosa recurrente. Pero el déficit de antitrombina III³, déficit de proteína C⁴ déficit de proteína S⁵ y cofactor II de la heparina, así como el anticoagulante lúpico (A.L.) son los factores determinantes a investigar ante toda trombosis recurrente en un paciente joven. En el presente trabajo describimos a una mujer joven con tromboembolismo pulmonar y anticoagulante lúpico.

Presentamos el caso de una paciente de 17 años que ingresa en nuestro hospital por dolor torácico derecho, y disnea de varios días de evolución. Pocos días antes había presentado dolor e hinchazón en extremidad inferior derecha. Entre sus antecedentes patológicos destaca haber sufrido una trombosis venosa en extremidad inferior 12 meses antes. En el examen físico se evidencia al ingreso la existencia de febrícula sin otra anormalidad. Los estudios analíticos demuestran una normalidad del hemograma, fórmula leucocitaria y parámetros bioquímicos, VSG de 78 mm/l^o h. En el estudio de coagulación se observa: plaquetas 230.000/mm³ TTPA 64 seg (30-30 seg media + -2 D.S.). Mezcla al 1:1 con plasma normal: 46 seg/32 seg. TP 12,5 seg/12 seg. Actividad protombótica 70 %, tiempo de trombina 21,5 seg/19 seg. Fibrinógeno (V. Claus) 350 mg/d. PDF (Thrombo-Welcotest): negativos. Test de inhibi-