

Fig. 1. A: fotografía del campo operatorio donde se aprecia el quiste (flecha negra) y su relación con la cava (flecha blanca) y con el pericardio (P). B: fotografía de la tumoración donde se observa, una vez abierta, que se trata de un quiste hidatídico. Se ve, además, la cuña de pulmón extirpada (flecha).

tumoración de 6 cm de diámetro en mediastino anterior, adherida a la cava, de la que fue necesario disecarla (fig. 1A). Estaba también adherida al borde anterior del lóbulo superior derecho, que presentaba una zona de atelectasia y necrosis que se extirpó con *stapler*, así como al pericardio, del que no se pudo disecar, por lo que se practicó una pericardiectomía parcial cuya brecha fue suturada directamente. Extraída la tumoración, su apertura demostró que se trataba de un quiste hidatídico, muerto, con varias vesículas y reacción inflamatoria importante (fig. 1B).

Las localizaciones más frecuentes de los quistes hidatídicos son en el hígado y en el pulmón. Sin embargo, se ha demostrado que el embrión hexacanto es capaz de atravesar ambos filtros y pasar a la circulación sistémica, por lo que se puede encontrar en cualquier parte del organismo. Dentro de los que se encuentran en el mediastino, los más frecuentes que se describen son los cardiopericárdicos^{2,3}, seguidos de los tímicos y los que asientan en el tejido celular mediastínico, como en el caso que presentamos. La mayoría de los pacientes con quiste hidatídico de mediastino son asintomáticos, descubriéndose generalmente por una radiografía de tórax practicada por otro motivo. En los casos en los que existe clínica, ésta suele ser inespecífica: dolor moderado, tos seca, disnea escasa, etc., pero cuando el crecimiento del quiste llega a comprimir estructuras vecinas, aparecen síntomas

más evidentes (síndrome de vena cava superior, síndrome de Claude Bernard Horner por compresión del simpático cervical, parálisis del frénico, disfagia, etc.), cuadros que suelen hacer pensar en un tumor maligno. El quiste también puede romperse a estructuras vecinas (árbol traqueobronquial, pleura y aorta⁴) provocando un cuadro agudo que puede poner en peligro la vida del enfermo. La sospecha diagnóstica por las manifestaciones clínicas es excepcional, aun residiendo en zonas endémicas. Los estudios radiológicos solamente ponen de manifiesto la presencia de una tumoración en el mediastino, siendo muy difícil el diagnóstico de presunción. Por medio de la TAC y de la RMN se suele descartar la malignidad de estas lesiones y calificarlas de benignas y de naturaleza quística^{5,6}. Los datos que se obtienen por medio del laboratorio pueden orientar hacia el diagnóstico de hidatidosis, pero no se suelen realizar dado que no existe sospecha clínica previa.

En este caso, tras la reacción inflamatoria sufrida por el quiste (probable infección que cedió con antibioterapia), hizo que el aspecto quístico desapareciera convirtiendo a éste en casi sólido, lo que dificultó el diagnóstico. La densidad de la lesión, así como la localización y la relación con el timo, nos indujo a pensar en una tumoración de origen tímico o linfoproliferativa.

El tratamiento del quiste hidatídico de mediastino es quirúrgico¹. La cirugía confirma el diagnóstico en los casos sospechados y lo es-

tablece en los demás. La vía de abordaje está condicionada por la localización del quiste, siendo la más habitual la toracotomía lateral o posterolateral, aunque ocasionalmente pueda ser necesaria la realización de esternotomía, a veces con cervicotomía. La intervención debe conseguir la extirpación completa del quiste, incluyendo la adventicia, sin romperlo, aunque en ocasiones es aconsejable vaciarlo y tratarlo con formol o suero salino hipertónico previamente, dado el gran tamaño que pueden alcanzar. A la paciente, tras una videotoroscopia de exploración durante el mismo acto quirúrgico, se pasó a una toracotomía posterolateral derecha en el sexto espacio intercostal, a través de la que se realizó la extirpación completa del quiste, incluyendo la periquística; además, hubo de hacerse una resección en cuña del lóbulo superior derecho y una pericardiectomía parcial por las razones ya comentadas. El curso postoperatorio transcurrió sin incidentes, siendo la paciente alta hospitalaria al octavo día de la intervención; a los 6 años de la misma permanece asintomática.

R. Jiménez Merchán, M. Congregado Loscertales y J. Loscertales

Servicio de Cirugía General y Torácica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

1. Vivo JN, Brandolino MV, Pomi J. Hydatid cyst of the mediastinum. En: Martini N, Vogt-Moykopf I, editores. Thoracic surgery: frontiers and uncommon neoplasms. International Trends in General Thoracic Surgery. Vol. 5. St. Louis: C.V. Mosby, 1989; 237-239.
2. Oliver JM, Sotillo JF, Domínguez FJ, López E, Calvo L, Salvador A et al. Two-dimensional echocardiographic features of echinococcosis of the heart and great blood vessels. Clinical and surgical implications. Circulation 1988; 78: 327-337.
3. Kabbani SS, Jokhadar M, Sundouk A, Nabhani F, Baba B, Shafik AI. Surgical management of cardiac echinococcosis. Report of four cases. J Cardiovasc Surg 1992; 33: 505-510.
4. Martí L, Touza R, Montes H. CT diagnosis of primary mediastinal hydatid cyst rupture into the aorta: a case report. Cardiovasc Intervent Radiol 1988; 11: 296-299.
5. Von Sinner WN, Linjawi T, Al Watban JA. Mediastinal hydatid disease: report of three cases. Can Assoc Radiol J 1990; 41: 79-82.
6. Von Sinner WN. New diagnostic signs in hydatid disease: radiography, ultrasound, CT and MRI correlated to pathology. Eur J Radiol 1991; 12: 150-159.

Fístula colopleural como presentación clínica de adenocarcinoma de colon

Sr. Director: El estudio de un derrame pleural (DP) se plantea con frecuencia en la práctica clínica y siempre se debe considerar un posible origen subdiafragmático¹. Describimos un caso raro de empiema pleural provocado por una fístula colopleural secundaria a un adenocarcinoma de colon.

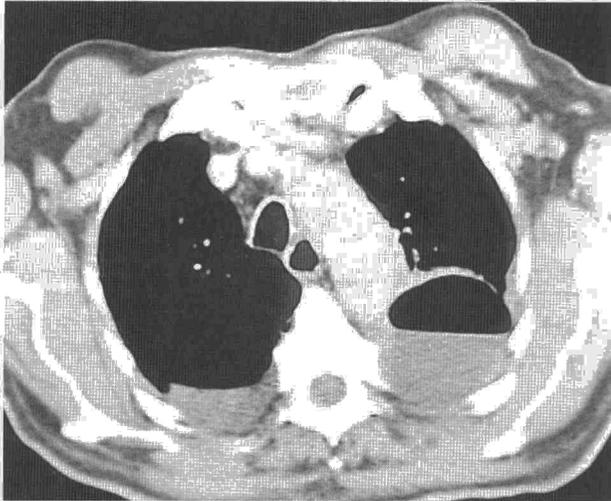


Fig. 1. TC torácica en la que se aprecia un derrame pleural izquierdo con un nivel hidroaéreo en su interior y colapso pasivo del lóbulo pulmonar inferior izquierdo. Puede verse un pequeño derrame pleural derecho.

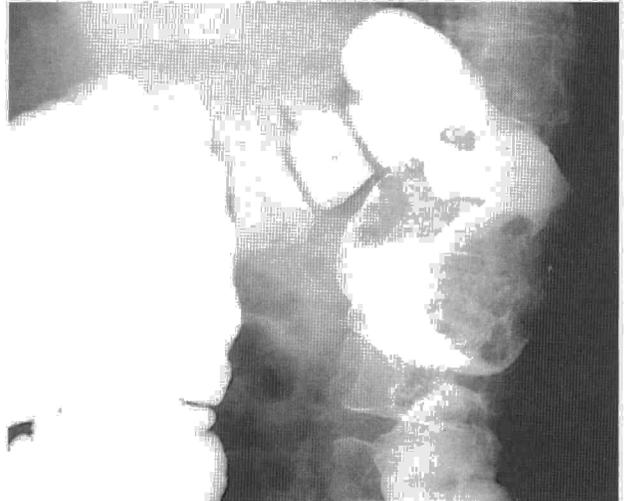


Fig. 2. Estenosis concéntrica en el ángulo esplénico del colon indicativa de un carcinoma estenosante.

Varón de 75 años de edad con diabetes mellitus tipo II que ingresó por fiebre alta de inicio brusco con escalofríos. La semana previa notó malestar, dolor en el hipocondrio y hombro izquierdos, que aumentaba con la respiración y pérdida de 4 kg de peso. Exploración física: fiebre de 39 °C, hipoventilación en la base del hemitórax izquierdo, dolor a la presión en el hipocondrio izquierdo y hepatomegalia de 3 traveses de dedo no dolorosa. Radiografía de tórax: DP en el cuarto inferior del hemitórax izquierdo sin otros signos de interés. Bioquímica sanguínea: glucemia 442 mg/dl, proteínas totales 6,2 g/dl, LDH 339 U/L, resto sin interés. Hemograma: 14.300 leucocitos/ μ l con neutrofilia, hemoglobina 8,6 g/dl, hematócrito 27% con hipocromía y microcitosis. Toracocentesis: glucosa 425 mg/dl, proteínas 4,7 g/dl, LDH 304 U/L, leucocitos 4.200 (el 49% de neutrófilos y el 51% de mononucleares), cultivo estéril y citología negativa para malignidad. En los hemocultivos se aisló *Streptococcus pneumoniae*. Se trató con transfusión y cefotaxima, con buena evolución, pero 48 h más tarde presentó un pico febril de 39 °C y aumento del DP. La nueva toracocentesis demostró: glucosa 11 mg/dl, proteínas totales 3,8 g/dl, LDH 3.900 U/L, PH 6,81, leucocitos 48.000/ μ l (un 98% de neutrófilos), ADA 136 U/L y cultivo estéril. Se colocó un drenaje pleural extrayendo 1.200 ml de líquido purulento. La TC torácica (fig. 1) demostró la presencia de abundante líquido pleural con nivel hidroaéreo y una atelectasia pasiva del lóbulo inferior izquierdo pulmonar. Se realizó un enema opaco, viendo una estenosis anular de 3,5 cm de ángulo esplénico (fig. 2), por lo que se intervino quirúrgicamente apreciando una gran tumoración en el ángulo esplénico del colon con invasión del diafragma, adherida a la cápsula renal y al bazo. La invasión diafragmática era de 4-5 cm, conteniendo un trayecto fistuloso que llegaba hasta la cavidad pleural. Se extirpó el tumor y el área de fistulización, y se hizo esplenectomía y anastomosis terminoterminal del colon. El estudio histológico demostró un adenocarcinoma intestinal, muco-

secretor, infiltrante y estenosante, con áreas de necrosis y sin evidencia de metástasis en los ganglios regionales. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta 12 días después.

Con respecto al espacio pleural y el tubo digestivo se han descrito casos de DP asociados a perforación gástrica, traumatismos abdominales y enfermedad inflamatoria intestinal. Suele haber un claro antecedente que sugiere el problema subdiafragmático como origen del DP. Este caso tiene varias características destacables: a) en los hemocultivos creció *S. pneumoniae*, que es una causa frecuente de neumonía y de DP que puede evolucionar a empiema. La bacteriemia por *S. pneumoniae* se ve con mayor frecuencia en los niños, pero también se ha descrito en los adultos². La falta de un foco pulmonar evidente y las otras características del paciente (anciano, diabético y con una neoplasia) sugieren que el origen de los hemocultivos positivos a *S. pneumoniae* sea una bacteriemia primaria sin relación con el DP; b) el adenocarcinoma de colon y recto puede obstruir la luz intestinal y sus principales manifestaciones son la rectorragia y los cambios del hábito intestinal. Ninguno de estos datos estaba presente en este caso, aunque sí que encontramos una anemia microcítica por la que se indicó el enema opaco. La invasión de órganos adyacentes, así como la aparición de fistulas hacia otros lugares del tracto digestivo y del sistema urinario, son complicaciones ya descritas del cáncer de colon³ y creemos que ésta fue la causa del DP del paciente. En la revisión que hemos realizado de la literatura (MEDLINE) hemos encontrado escasas referencias sobre fistulas colopleurales. Sinha et al⁴ describieron un caso de neumotórax secundario a una hernia de Bochdalek estrangulada en un paciente adulto. Domej et al⁵ han descrito un paciente con una neumonía crónica y un DP asociados a enfermedad de Crohn. Por último, hemos encontrado una referencia de una fistula colopleural debida a metástasis en el colon de un adenocarcinoma

gástrico descrita por Ishiwa et al (artículo en japonés, referencia y resumen de MEDLINE en inglés)⁶. En estos trabajos, la presencia de una enfermedad abdominal era previamente conocida, lo que no ocurría en el paciente. Este es, hasta donde conocemos, el primer caso descrito de cáncer de colon que tiene como primera manifestación un derrame pleural secundario a una fistula colopleural. Aunque rara, esta asociación debe considerarse como una posible causa de DP relacionado con procesos infradiafragmáticos.

J.A. Domingo-Morera^a, S. Zabala-López^b y A. Remírez-Molina^a

Unidades de ^aNeumología y ^bMedicina Interna. ^cServicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Obispo Polanco. Teruel

1. Light RW. Pleural effusion. En: Murray JF, Nadel JA, editores. Textbook of respiratory medicine (2.ª ed.). Filadelfia: WB Saunders, 1994; 2.164-2.192.
2. Mirzanejad Y, Roman S, Talbot J, Nicolle L and the Pneumococcal Bacteriemia Study Group. Pneumococcal bacteriemia in two tertiary care hospitals in Winnipeg, Canada. Chest 1996; 109: 173-178.
3. Cohen AM, Minsky BD, Schilsky RL. Colon cancer: En: De Vita V, Hellman S, Rosenberg SA, editores. Cancer: principles and practice of oncology (4.ª ed.). Filadelfia: J.P. Lippincott Company, 1993; 929-977.
4. Sinha M, Gibbons P, Kennedy SC, Matthews HR. Colopleural fistula due to strangulated Bochdalek hernia in an adult. Thorax 1989; 44: 762-763.
5. Domej W, Kullnig P, Petritsch W et al. Colobronchial fistula: a rare complication of Crohn's colitis. Am Rev Respir Dis 1990; 142: 1.225-1.227.
6. Ishiwa N, Maehara T, Morohoshi T et al. Empyema caused by perforation of metastatic colon cancer: a case report. Kyobu Geka 1995; 48: 971-974.