



ecografía abdominal y testicular no encontró hallazgos valorables. El estudio mediante TAC torácico demostró la existencia de formaciones quísticas con pared finísima y contenido líquido (8 u. Hounsfield). Pasados 15 días el paciente refería dolor en hemitórax derecho de características pleurales y en un nuevo control radiológico había desaparecido la lesión del pulmón derecho. El paciente no refirió vómica. Con la sospecha de quistes hidatídicos se procedió a una toracotomía exploradora que resultó diagnóstica y se extirparon dos quistes hidatídicos.

El hallazgo radiológico de nódulos pulmonares múltiples con cavitación o sin ella, plantea problemas de diagnóstico diferencial con un amplio grupo de enfermedades: neoplásicas, infecciosas, congénitas, inmunológicas, traumáticas e idiopáticas³. Las metástasis son la causa más frecuente⁴. Los quistes hidatídicos pulmonares son ocasionalmente múltiples y bilaterales, en distintas series su frecuencia oscila entre 1,3 y el 20 %^{5,6}, su aspecto es similar al de los quistes únicos con paredes muy finas y bien definidas, aunque algunos se cavitan y sólo la demostración de una pared finísima o la presencia del signo del «camalota» pueden sugerir el diagnóstico⁷.

El caso presentado tiene como peculiaridad su modo de presentación y evolución, nódulos pulmonares múltiples de rápido crecimiento y desaparición espontánea de uno de ellos, el situado en el pulmón derecho.

La historia natural de la enfermedad es poco conocida⁸, se ignora cuál será la evolución de un quiste (aumento o disminución del tamaño, velocidad de crecimiento o involución, posibilidad de calcificarse, infectarse, fisurarse o romperse), tampoco conocemos qué período de latencia ha tenido un quiste, aunque se acepta que, en general, puede ser de varios años⁸. No hemos encontrado estudios amplios sobre el índice de crecimiento de quistes hidatídicos pulmonares, habitualmente los pacientes solicitan ayuda médica cuando aparecen síntomas y/o complicaciones. En una serie de 10 pacientes⁹, el tiempo de duplicación de los quistes fue de 16 a 20 semanas, muy superior al caso que presentamos, por lo que no parece útil para el diagnóstico.

En menos del 40 % de los pacientes con quistes pulmonares aparece eosinofilia y la serología es positiva hasta en el 81 %¹⁰ de los casos, informándose de una menor sensibilidad de las hidatidosis pulmonares con respecto a las hepáticas. Nuestro paciente no presentó eosinofilia ni serología positiva.

En los últimos años, el empleo de la tomografía axial computarizada ha significado un avance importante en el diagnóstico radiológico de la hidatidosis¹¹, permitiendo conocer el grosor de la pared de los quistes, su contenido líquido y la relación con estructuras vecinas, lo que puede sugerir o

apoyar el diagnóstico como ocurrió en nuestro caso.

El hallarnos en una región con endemia hidatídica contraindicó la punción diagnóstica de uno de los nódulos, por el riesgo de ocasionar una reacción anafiláctica y/o hidatidosis secundaria⁹. La toracotomía exploradora fue el único medio para llegar a la confirmación diagnóstica.

Destacamos el valor del TAC torácico y la importancia de incluir esta forma de presentación en el diagnóstico de los nódulos pulmonares múltiples.

**J.M. Cruz Vicente, A. Salinas Delicado*,
A. Ostos Salcedo y A. Martín Rodríguez***
Servicios de Medicina Interna y Radiodiagnóstico.
Hospital del INSALUD. Llerena (Badajoz).
Servicio de Radiodiagnóstico*. Hospital del INSALUD.
Mérida (Badajoz).

BIBLIOGRAFIA

1. Matosian RM, Rickard MD, Smyth JD. Hydatidosis: a global problem of increasing importance. Bull WHO 1977; 55:499-507.
2. Beggs J. The radiology of hydatid disease. AJR 1985; 145:639-648.
3. Fraser RG, Paré JA. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Barcelona, Salvat Ed, 2.ª ed, tomo III, 1981; 2.449-2.458.
4. Libshitz HI, North LB. Pulmonary metastases. Radiol Clin North Amer 1982; 20:437-451.
5. Garrote D, Ayarra J, Chaves F et al. Nuestra experiencia en el diagnóstico de la hidatidosis pulmonar. A propósito de 72 observaciones. Arch Bronconeumol 1982; 18:234-238.
6. Sadrieh M, Dutz W, Navappoor MS. Review of 150 cases of hydatid cyst of the lung. Dis Chest 1967; 52:662-666.
7. Pedrosa CS, Cepeda T. El tórax: lesiones intersticiales. En Pedrosa CS: diagnóstico por la imagen. Tratado de Radiología Clínica. 1.ª ed, Madrid, Ed. Interamericana 1986; 159-168.
8. Caylá JA, Barquet N, Muñoz C et al. Estudio epidemiológico de la hidatidosis humana en Catalunya (1977-1981) (I). Med Clin (Barc) 1986; 86:397-404.
9. Blomfield JA. Protean radiological manifestations of hydatid infestation. Austral Radiol 1966; 10:330-334.
10. Vicente F, Guisantes JA. Diagnóstico de la hidatidosis humana. Nuestra experiencia con cinco métodos inmunológicos. Med Clin (Barc) 1984; 82:93-96.
11. Grabbe E, Kern P, Heller M. Human equinococcosis: diagnostic value of computed tomography. Tropemad Parasit 1981; 32:35-38.

Quiste hidatídico primario de mediastino: una causa infrecuente de masa mediastínica

Sr. Director: Hemos tenido oportunidad de estudiar un paciente con una masa mediastínica originada por un quiste hidatídico primario de mediastino, entidad muy rara y sobre la cual creemos interesante hacer unos comentarios.

En la hidatidosis, aunque pueden verse afectados cualquier tejido u órgano, su asiento mediastínico es muy poco frecuente y habitualmente se

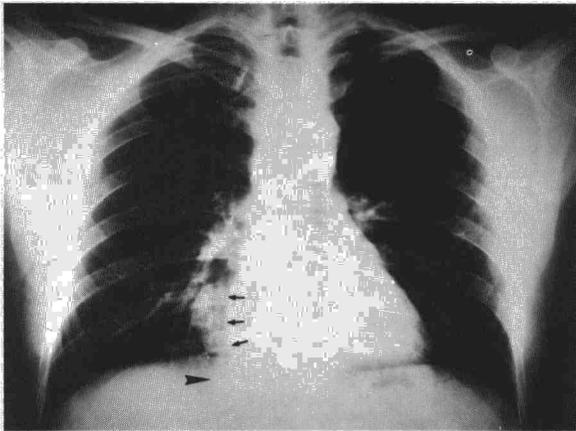
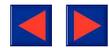


Fig. 1. Radiografía PA de tórax: ensanchamiento mediastínico inferior derecho que no borra el borde cardíaco derecho (flechas); prolongación de la masa en el espacio retrocrural (cabeza de flecha).



Fig. 2. Tomografía lateral de tórax: masa ovoidea en situación retrocardíaca, de contornos bien definidos y que desplaza los vasos pulmonares. Representa la porción más superior y lateral del quiste hidatídico.

asocia a la afectación de otros órganos, siendo excepcional su localización primaria.

F.A.C., varón de 41 años acudió a Urgencias de nuestro hospital por haberle despertado una brusca sensación de prurito, malestar general con borrosidad de visión y pérdida de conciencia al intentar incorporarse. Su esposa observó que estaba rojo, sudoroso y confirmaba la pérdida momentá-

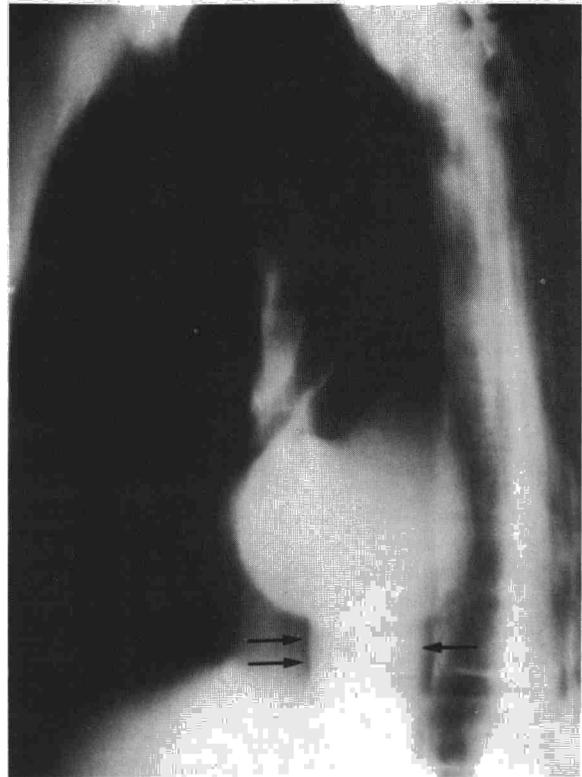


Fig. 3. Tomografía en proyección oblicua posterior derecha: quiste en su totalidad, con contornos bilobulados y su prolongación en el espacio retrocrural por delante de la columna (flechas).

nea de conciencia. Retrospectivamente, el paciente refería quizá desde hacía 2-3 años, pero más en los últimos 4 meses, una dificultad a la deglución de sólidos con sensación de nudo en región subxifoidea. En su exploración destacaba un eritema generalizado, una discreta disminución del murmullo vesicular en base derecha y molestias a la palpación profunda en epigastrio. T = 37,2 °C y TA 110/70.

En la radiografía de tórax (fig. 1) apareció un ensanchamiento mediastínico inferior derecho con aspecto de masa bilobulada yuxtá y retrocardíaca de ángulos obtusos. El estudio tomográfico (fig. 2) evidenció una masa de 10 x 5 cm de bordes bien definidos, situada en mediastino posterior, que en el plano 14, en una proyección oblicua posterior derecha (fig. 3) presentaba un aspecto pediculado con una prolongación caudal. En el esofagograma se pudo apreciar un desplazamiento marcado anterior izquierdo de ese órgano. Se realizó una fibrobroncoscopia con broncografía, no apreciándose alteraciones morfológicas o dinámicas bronquiales, ni comunicación de vía bronquial con la masa. En el broncoaspirado no se apreciaron escolex, ni BAAR y la citología del aspirado era anodina. Se practicó en dos ocasiones ecografía abdominal, siendo ecográficamente normales todas sus vísceras. Siete días después, en una hematimetría, se

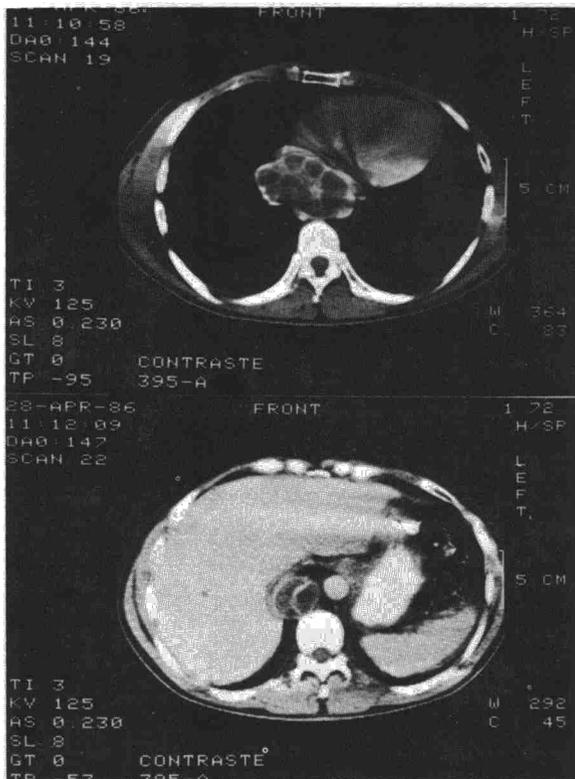
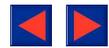


Fig. 4. Tomografía axial computerizada: en la imagen superior un corte a nivel ventricular en el que se aprecia la masa retrocardíaca formada por múltiples cámaras hipodensas que comprimen la aorta torácica descendente. En la imagen inferior se identifica en un corte más bajo la prolongación del quiste hidatídico en el espacio retrocrural.

podían constatar 7.600 leucocitos con 7 % de eosinófilos y una eosinofilia indirecta de $522/\text{mm}^3$, que se confirmó en un nuevo control. La hemaglutinación indirecta (HAI) fue positiva, latex positivo, IgE total 86 U/ml (normal) y la determinación del arco 5 de Capron por inmunoelectroforesis fue negativa.

Se realizó una TAC torácica y abdominal (fig. 4) apreciándose a nivel del mediastino posterior una imagen de masa heterogénea formada por múltiples pequeñas cámaras redondeadas hipodensas con septos de mayor densidad interpuestos; tanto la morfología multivesicular como la densidad de 5 u. Hansfield hablaban a favor de un quiste hidatídico (QH). La masa presentaba una prolongación caudal, que por espacio retrocrural se introducía en cavidad abdominal. Fue intervenido en el Servicio de Cirugía Torácica de Referencia, hallándose en la intervención un QH multivesicular que asentaba en mediastino posterior y su pared izquierda había erosionado la aorta, precisando un parche de teflón. La evolución fue satisfactoria. El paciente realiza tratamiento con mebendazol y los controles clínicos y sero-radiológicos a los 6 meses de su intervención son negativos.

En el diagnóstico diferencial de masas mediastínicas únicas, rara vez se piensa en un QH, sobre

todo si no existen evidencias del mismo en otras localizaciones. Al revisar la literatura, infrecuentemente se describe esta localización y en la mayoría de las series no queda aclarado si son únicos o multiviscerales, así de 9.250 QH publicados correspondientes a seis grandes series¹⁻⁶, tan sólo en 7 casos se describieron QH mediastínicos (0,075 %). En tres grandes series⁷⁻⁹ de QH torácicos consultadas, de 1.935 tan sólo 10 eran mediastínicos (0,51 %). Citados específicamente como QH de localización única mediastínica —primitivos— en la literatura consultada (*) hemos encontrado tres casos⁹⁻¹¹.

En nuestro paciente se descartó hidatidosis pulmonar, hepática y en otros órganos torácicos o abdominales por ecografía, así como TAC de tórax y abdomen.

Determinadas pruebas de laboratorio pueden señalar indirectamente la naturaleza hidatídica de una masa mediastínica. La eosinofilia es inconsistente e inespecífica, estando presente en tan sólo un 8-10 % de los casos^{12,13}. La IgE total tampoco guarda un patrón específico¹³. Actualmente se indican pruebas inmunológicas^{12,13}, como la inmunoelectroforesis (arco 5 de Capron), inmunoelectroinésis, HAI, aglutinación de partículas (latex), inmunofluorescencia indirecta, así como enzimoanálisis y radioinmunoanálisis. Se recomienda practicar varias para mejorar su sensibilidad y su interés radica tanto en su valor diagnóstico como en el seguimiento de estos enfermos^{12,13}.

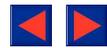
En el contexto global de masas mediastínicas, el QH ocupa un mínimo porcentaje, pero en lugares endémicos, como nuestro medio, es necesario pensar en el QH, aunque sea una masa única localizada en el mediastino y no exista afectación de otros órganos.

J.C. Martín Escudero, J.L. Carretero Sastre*,
J.I. González García**, A. Barrera Rebollo***
y J.M. del Monte Diez de Guereñu**
Servicio de Medicina Interna, *Sección de Neumología,
Servicio de Radiología y *Servicio de Cirugía General
Hospital del Río Hortega. Valladolid.

(*) Últimos 10 años del Index Medicus e Índice Médico Español.

BIBLIOGRAFIA

1. Dirección General de Salud Pública. La hidatidosis en España. Boletín Epidemiológico Semanal. Epidemiología e Información Sanitaria 1.368, 11-17 febrero 1979; 49-50.
2. Cayla Buqueras JA, Corominas Sánchez M, Torres Rodríguez JM. Hidatidosis: revisión de 171 casos con especial incidencia en el aspecto epidemiológico. Med Clin (Barc) 1982; 79:22-26.
3. Ortiz Vázquez J. Diagnóstico clínico de hidatidosis. Libro de Ponencias del XIII Congreso Internacional de Hidatidología. Madrid 1985; 103-110.
4. Ledro Molina D, Jordán Castro FJ, Sánchez Cousteau JA et al. Formas anatomoclínicas de la hidatidosis. Rev Clin Esp 1981; 161:45-47.



5. Amir-Jahed AK, Fardin R, Farzad A, Bakshandeh K. Clinical echinococcosis. *Ann Surg* 1975; 182:541-546.
6. Cayla JA, Barquet N, Corominas M et al. Estudio epidemiológico de la hidatidosis humana en Catalunya (1977-1981) (II). *Clin (Barc)* 1986; 86:444-449.
7. Sangines A. Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis torácica, excluido corazón. Libro de Ponencias del XIII Congreso Internacional de Hidatidología. Madrid 1985; 241-252.
8. Zapatero Gaviria J, Madrigal Royo L, Lago Viguera J, Barchwitz Gómez B, Cevallos Cárdenas F, Candelas Barrios J. Hidatidosis mediastínica. Comunicación al IV Congreso Nacional de Hidatidología. Valladolid, 1986.
9. Manjón Luengo P, Manrique Chico J, Sánchez Nistal MA. Hidatidosis de mediastino medio. *Radiología* 1979; 21:61-64.
10. Pérez Gallardo M, Orusco E, González Aragoneses F et al. Experiencia del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Provincial de Madrid en la enfermedad hidatídica. Comunicación al XII Congreso Internacional de Hidatología, Argel; 1981; 99.
11. Mathur RK, Doda SS, Buxi TB, Talwar JR. Primary mediastinal echinococcosis. *J Comput Tomogr* 1985; 9:195-197.
12. Torres Rodríguez JM, Guisantes JA, Yarzabal LA. Hidatidosis: Nuevos conceptos sobre una antigua enfermedad (2.ª parte). *Med Clin (Barc)* 1980; 74:287-295.
13. Bilbao R. Diagnóstico directo e indirecto de la hidatidosis. Libro de Ponencias XIII Congreso Internacional de Hidatidología. Madrid 1985; 127-129.

Síndrome de distrés respiratorio del adulto y shock secundario a tuberculosis miliar

Sr. Director: La tuberculosis miliar es una causa poco frecuente de síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA). Hasta la fecha han sido descritos 29 casos en la literatura internacional¹. Recientemente hemos tenido ocasión de observar un caso que cumplía estas características y que consideramos interesante referir brevemente, no sólo por su rareza sino por el hecho de que, en contraste con otras causas de SDRA más frecuentes, su diagnóstico y tratamiento específico y precoz se seguirá de una apreciable disminución de la mortalidad.

Varón de 33 años de edad, asintomático hasta 10 días de su ingreso en que comenzó con tos, expectoración blanquecina y molestias torácicas vagas. Siete días más tarde notó dolor epigástrico irradiado a ambos hipocondrios, vómitos alimentarios, intranquilidad, mialgias. Fue enviado al hospital por un episodio de mareo y pérdida de conciencia.

Entre sus antecedentes personales refiere ser fumador de 20 cigarrillos al día. Bebedor de más de 80 g de alcohol al día. Fue intervenido un año antes de perforación de ulcus pilórico, practicándose sutura, vagotomía y gastroyeyunostomía.

A su ingreso estaba consciente, orientado, intranquilo con acrocianosis, sudoración fría y livideces. Tensión arterial indetectable: 150 lpm, temperatura de 37,7 °C. A. cardíaca: tonos rápidos, rítmicos,

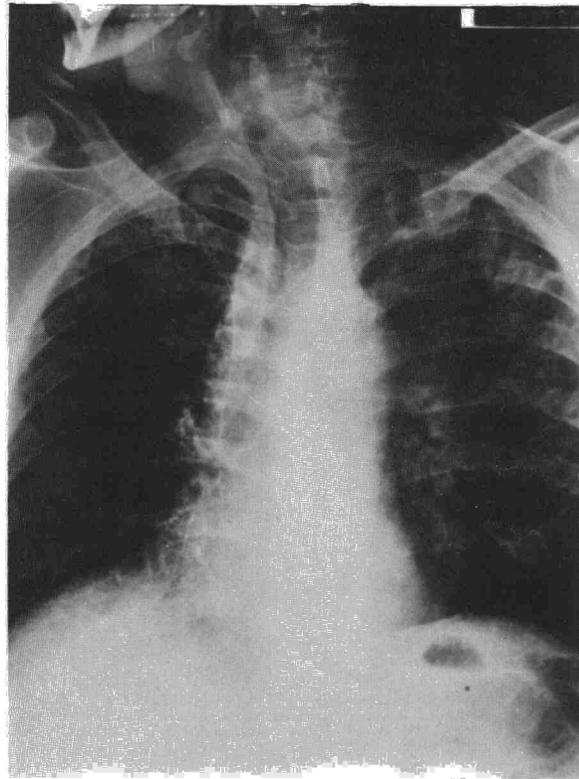


Fig. 1. Patrón micronodular bilateral difuso, con cavernas en vértice izquierdo.

cos, sin soplos. A. pulmonar: roncus y estertores de gruesa burbuja por ambos campos pulmonares. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación de modo difuso, sin organomegalias. Resto de la exploración sin hallazgos significativos.

Laboratorio: Coulter: Hto: 56 %. Hb: 18,4 g %. 20.000 leucocitos con desviación izquierda. 300.000 plaquetas. Actividad protrombina 67 %. Urea: 70 mg/dl. Glucemia de 130 mg/dl. Na: 124 y K de 3,7 mEq/l. Amilasemia de 370 U/l. Gasos,

TABLA I
Evolución de la función hemodinámica y respiratoria

Ventilación	Ingreso VMask	24 horas Servo	48 horas Servo	5 día Servo	10 día Servo
FiO ₂	0,35	0,6	0,6	0,5	0,4
PEEP (cm H ₂ O)		10	12	12	6
V.min. (Lit/min)		10	12	11	9
pH	7,46	7,27	7,39	7,34	7,44
Po ₂ (mm Hg)	56	74	63	57	66
Pco ₂ (mm Hg)	24,6	44,4	40	46	40
PCP	10	9	7		
GC (l/min)	7	5,9	6,5		
RVST (din seg cm ⁵)	900	1220	1500		

PCP: presión capilar pulmonar; GC: gasto cardiaco; RVST: resistencias vasculares sistémicas totales.