



Cartas al Director

Neumomediastino y neumopericardio en un paciente con cáncer de pulmón espinoceleular

Pneumomediastinum and Pneumopericardium in a Patient with Squamous Cell Lung Cancer

Sr. Director:

Los casos documentados de cáncer de pulmón complicados por neumomediastino o neumopericardio son extremadamente infrecuentes. Presentamos el caso de un varón de 55 años de edad con cáncer de pulmón complicado por un neumomediastino y neumopericardio. El paciente fue ingresado con una clínica de disnea de 3 meses de evolución (día 1). Se realizó una tomografía computarizada (TC) y se estableció un estadio de la enfermedad cT4N3M0, aunque no se confirmó histopatológicamente el tumor. Se observó una invasión del pericardio y la tráquea que provocaba la formación de una fistula traqueomediastínica, un neumomediastino (fig. 1) y un neumopericardio. No se identificaron metástasis a distancia. Se llevó a cabo una broncoscopia, que mostró una estenosis tumoral importante en la tráquea aproximadamente 6 cm por debajo de la glotis. El broncoscopista no pudo obtener muestras y tuvo que interrumpir la exploración prematuramente a causa de la disnea.

Se consultó al equipo de broncología invasiva, pero se llegó a la conclusión de que no era posible una intervención broncológica (no se disponía todavía de stents en Y en el centro en ese momento). El paciente presentó un deterioro rápido de su estado y falleció el día 10. La autopsia reveló la presencia de un cáncer de pulmón espinoceleular con invasión directa del pericardio y la tráquea formando una fistula traqueomediastínica; neumohidropericardio, neumonía del pulmón izquierdo (que no estaba presente en el momento de obtener la TC). No se identificaron metástasis a distancia, por lo que se confirmó el estadio pT4 y pM0 (no se comentó si había invasión de ganglios linfáticos N3).

Tan solo se han descrito 4 casos de neumomediastino espontáneo en pacientes con cáncer de pulmón primario¹⁻⁴. En 2 de ellos la evolución clínica fue rápidamente mortal^{1,2}, un paciente se recuperó³, y en el cuarto caso no se presentó la evolución clínica⁴. Los tipos histológicos fueron carcinoma macrocelular¹, carcinoma microcítico^{2,3} y carcinoma indiferenciado⁴.

Hay 2 explicaciones para la mala evolución clínica de los casos mencionados. La fistula traqueomediastínica comporta un riesgo elevado de mediastinitis aguda y posible aparición de un neumomediastino a tensión, que puede ser rápidamente mortal, de manera similar a lo que ocurre en el neumotórax a tensión.

Identificamos 2 factores de riesgo para la aparición del neumomediastino (ambos presentes en nuestro caso): invasión directa de la tráquea o de los extremos proximales de los bronquios principales por el tumor, que puede causar una fuga al mediastino y una presión elevada en las vías aéreas, que se observa, por ejemplo, en

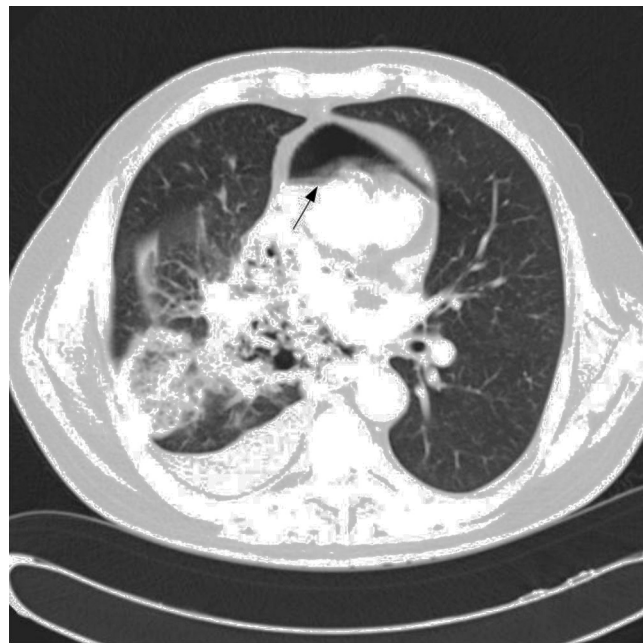


Figura 1. TC de tórax en la que se observa un gran tumor del pulmón derecho con invasión directa del mediastino; neumomediastino (flecha) en situación anterior al corazón.

la tos intensa o la estenosis traqueal. La formación de la fistula no parece estar relacionada con ningún tipo histológico en particular. El tratamiento recomendado es sintomático e incluye la oxigenoterapia a flujo alto, analgesia y antibióticos. El tratamiento de la causa subyacente de la tos, si la hay, y el tratamiento endoscópico de la estenosis de vías aéreas grandes desempeñan un papel en la prevención. El tratamiento del neumomediastino a tensión es la descompresión (incisión o drenaje).

Que nosotros sepamos, el caso que presentamos es el primero de neumomediastino espontáneo y neumopericardio espontáneo simultáneos en un paciente con cáncer de pulmón primario. Nuestra hipótesis es que, en este caso concreto, el neumomediastino espontáneo se debió a 2 circunstancias: infiltración de la tráquea (que proporcionaba una zona de menor resistencia, en donde podía formarse la fistula) y estenosis de la tráquea 6 cm por debajo de la glotis (que hacía necesario un cambio de la presión intratorácica significativamente superior para mantener un volumen respiratorio normal). La rápida progresión de la insuficiencia respiratoria se debió probablemente a la estenosis traqueal y la neumonía, y no al neumomediastino espontáneo o al neumopericardio espontáneo.

Bibliografía

1. Barquero-Romero J, Redondo-Moralo MJ. Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema: An uncommon complication of lung cancer. Arch Bronconeumol. 2009;45:310–1.
2. Libeer C, Verbeken E, de Wever W, Vansteenkiste J, Nackaerts K. Mediastinal emphysema and small cell lung cancer (SCLC): A case-report. Lung Cancer. 2005;47:139–42.
3. Khan S. A case of mediastinal emphysema in a 80-year old male. Lung Cancer. 2006;51:391–2.
4. Craig SR, Walker WS. Pneumomediastinum: An unusual presentation of carcinoma of the carina. Respir Med. 1995;89:385–6.

Jan Kara*, Sarka Klimesova y Norbert Pauk

Department of Pneumology and Thoracic Surgery, Third Faculty of Medicine, Charles University, University Hospital Na Bulovce, Praga, República Checa

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jan.kara@seznam.cz (J. Kara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.014>

Teratoma gigante manifestado en el embarazo y causante de insuficiencia respiratoria



Giant teratoma presenting with pregnancy and causing respiratory failure

Sr. Director:

El embarazo se asocia a ciertas adaptaciones fisiológicas específicas y los médicos diagnostican a menudo erróneamente algunos síntomas atípicos durante el mismo. Ello puede conducir a complicaciones graves, en especial cuando el embarazo se asocia a un tumor.

Presentamos el caso de una mujer de 21 años embarazada que fue ingresada en nuestro servicio de urgencias por disnea crónica grave, hemoptisis mínima y trabajo de parto pretérmino. Se encontraba en la semana 28 de gestación y era grávida 1, para 0. La exploración ginecológica mostró un orificio cervical externo abierto. La SaO₂ era del 90% y la presión arterial era de 90 mmHg/60 mmHg. A la exploración torácica se apreció una ausencia de ruidos respiratorios en el hemitórax izquierdo. La

radiografía con exposición mínima a rayos X mostró un hemitórax izquierdo totalmente opaco. Se tomó la decisión inmediata de llevar a cabo una toracocentesis dejando un drenaje torácico izquierdo, para reducir la disnea. El tubo de tórax drenó 1.500 cc de líquido pleural serohemático. Se administró un corticosteroide (betametasona) para acelerar la maduración pulmonar fetal. Tres días después se realizó con éxito una cesárea tras la detención del trabajo de parto pretérmino. Nació un niño varón sano. La TC y la RM de tórax (fig. 1a) evidenciaron la presencia de un tumor mediastínico que se extendía a la totalidad del hemitórax izquierdo con una enorme desviación mediastínica derecha. El tumor contenía espacios quísticos y zonas discretas de tejidos blandos y grasa compatibles con un probable teratoma maduro. En nuestro caso, los niveles séricos de alfafetoproteína (AFP) y de gonadotropina coriónica humana (hCG) de la paciente fueron normales. En la toracotomía posterolateral se observó que el tumor gigante tenía adherencias al pulmón izquierdo, que estaba colapsado por completo. El tumor contenía estructuras organoides (pelo) compatibles con un teratoma (fig. 1b). Nos sorprendió la obtención de una expansión satisfactoria del pulmón tras la extirpación completa del tumor (fig. 1c). Histológicamente, el tumor se diagnosticó como un teratoma maduro. Se

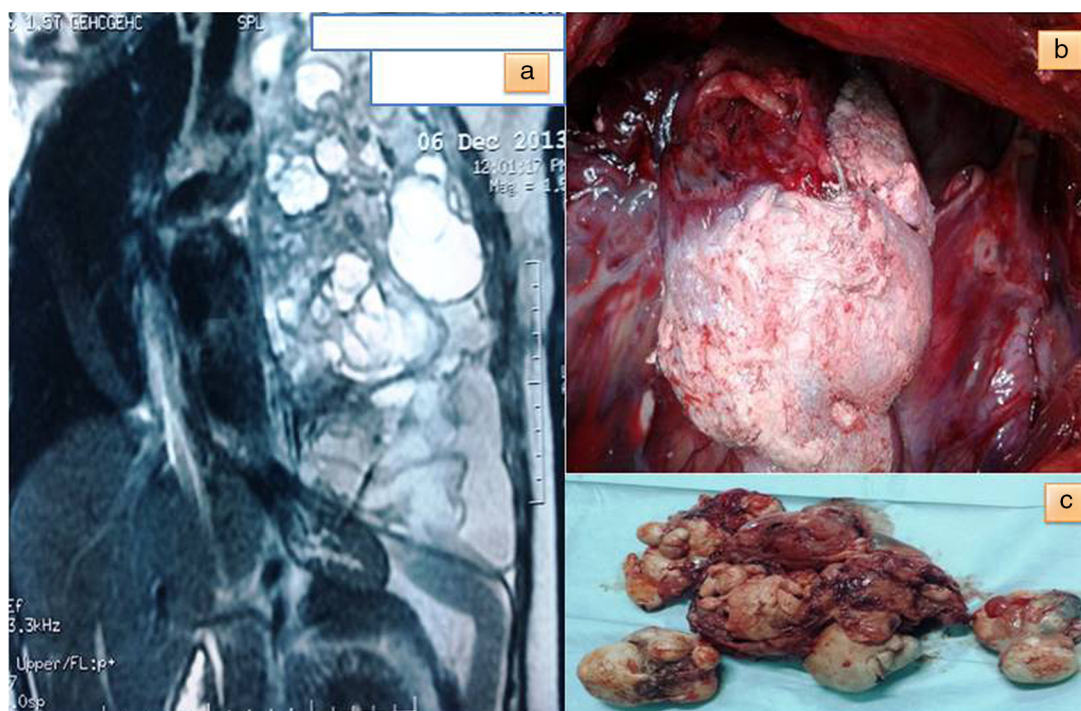


Figura 1. a) RM de tórax en la que se observa un tumor enorme del hemitórax izquierdo, con grasa, zonas quísticas y estructuras organoides; b) Imagen peroperatoria del tumor con estructuras de «pelo», y c) Imagen macroscópica del teratoma totalmente resecado.