

Figura 1. Arriba derecha, hematoxilina-eosina (HE), 400x. Arriba izquierda, hematoxilina-eosina (HE) con anticuerpo monoclonal CD163, 400x. Abajo, hematoxilina-eosina (HE) con ácido para aminosalicílico (PAS), 400x.

Bibliografía

1. Laughlen GF. Pneumonia following nasopharyngeal injections of oil. *Am J Pathol.* 1925;1:407-14.
2. Marchiori E, Zanetti G, Mano CM, Hochhegger B. Exogenous lipoid pneumonia. Clinical and radiological manifestations. *Respir Med.* 2011;105:659-66.
3. Betancourt SL, Martínez-Jiménez S, Rossi SE, Truong MT, Carrillo J, Erasmus JJ. Lipoid pneumonia: Spectrum of clinical and radiologic manifestations. *Am J Roentgenol.* 2010;194:103-9.
4. Franquet T, Gómez Santos D, Giménez A, Torrubia S, Monill JM. Fire eater's pneumonia; radiographic CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 2000;24:448-50.
5. Burkhardt O, Meker HJ, Shakibaei M, Lode H. Electron microscopic findings in BAL of fire-eater after petroleum aspiration. *Chest.* 2003;124:398-400.

Paola Cristina Lizarzábal Suárez^a, Ester Núñez Savall^b
y Francisco Carrión Valero^{a,*}

^a Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

^b Servicio de Endocrinología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carrion_fra@gva.es (F. Carrión Valero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.12.015>

Linfangioma quístico intratorácico en paciente de edad avanzada



Thoracic Cystic Lymphangioma in an Elderly Patient

Sr. Director:

Los linfangiomas quísticos son colecciones focales de tejido linfático benigno de crecimiento lento, originados por una alteración en el desarrollo embrionario o secundario a una obstrucción crónica por cirugía, infección o irradiación^{1,2}. La localización más habitual es en la región de cabeza, cuello (75%) o axilar (20%), aunque también puede presentarse en el tórax (1%)^{2,3}. Pueden permanecer asintomáticos durante largos periodos, si bien por compresión de estructuras adyacentes pueden producir tos crónica, disnea, disfgia e incluso neumotórax y derrame pleural^{2,4}.

Presentamos el caso de una paciente de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, fibrilación auricular

paroxística en tratamiento anticoagulante, neoplasia de mama en el 2006 tratada con cirugía y radioterapia adyuvante, sin recidiva posterior, y tromboembolismo pulmonar en el 2009.

La paciente había ingresado en el servicio de Neumología por episodios repetidos en los últimos 2 años de infección respiratoria con presencia de sibilancias inspiratorias de predominio en hemitórax izquierdo. Se realizó una TAC de tórax, donde se objetivó una lesión quística de 10 × 9 cm que ocasionaba atelectasia parcial del lóbulo superior izquierdo y compresión de estructuras mediastínicas (fig. 1). Se programó una punción de dicha lesión guiada por TAC, cuyo estudio citológico fue compatible con linfangioma quístico.

Tras valoración conjunta con el servicio de Cirugía Torácica, se propuso intervención quirúrgica, realizándose resección del linfangioma mediante toracotomía anterior. En el postoperatorio inmediato presentó insuficiencia respiratoria con estridor y acúmulo de secreciones que obligó a reintubación y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Se objetivó además, en la radiografía de control, elevación del hemidiafragma izquierdo indicativa de pará-

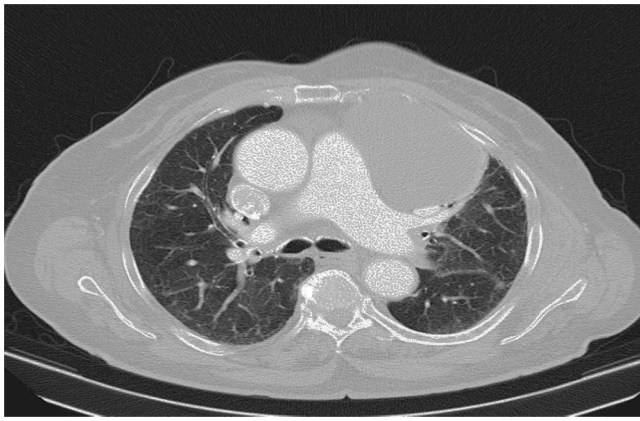


Figura 1. Tomografía computarizada del tórax. Imagen de linfangioma quístico en el mediastino anterior previa a intervención quirúrgica.

lisis frénica posquirúrgica. Tras la extubación se mantuvo soporte con ventilación mecánica no invasiva.

En los días siguientes presentó varios episodios de atelectasias parcial y total del pulmón izquierdo que precisaron fibrobronoscopias repetidas y colocación de prótesis endobronquial. Finalmente, debido al destete prolongado, se practicó una traqueostomía quirúrgica con retirada posterior de la prótesis endobronquial. Tras la estabilización, se consiguió una disminución progresiva del soporte ventilatorio y requerimientos de oxigenoterapia. Durante su estancia hospitalaria continuó la evolución favorable, siendo posible en los días siguientes la decanulación manteniendo soporte ventilatorio no invasivo nocturno.

Los linfangiomas quísticos intratorácicos son tumoraciones benignas poco frecuentes que suelen aparecer en niños o adultos jóvenes^{2,4}. Su diagnóstico requiere una prueba de imagen (TAC o resonancia magnética), así como confirmación histológica mediante punción guiada por TAC o mediastinoscopia²⁻⁴.

El tratamiento más efectivo es la cirugía, aunque resecciones incompletas pueden conllevar riesgo de recidiva^{2,3}. Otras posibilidades terapéuticas incluyen aspiración y drenaje de los quistes para descompresiones de urgencia, inyección de sustancias esclerosantes (bleomicina, OK-432) o radioterapia a dosis bajas².

Consideramos el caso actual de interés dada su baja incidencia en personas mayores y localización intratorácica. Por otra parte, a pesar de que el tratamiento quirúrgico es la opción terapéutica más aceptada debido a su mejor pronóstico y menor riesgo de recidiva, no está exento de morbilidad, como en el caso de nuestra paciente, que presentó múltiples complicaciones tras la cirugía.

Bibliografía

1. Feng YF, Masterson JB, Riddell RH. Lymphangioma of the middle mediastinum as an incidental finding on a chest radiograph. *Thorax*. 1980;35:955-6.
2. Correia FM, Seabra B, Rego A, Duarte R, Miranda J. Cystic lymphangioma of the mediastinum. *J Bras Pneumol*. 2008;34:994-6.
3. Yildirim E, Dural K, Kaplan T, Sakinci U. Cystic lymphangioma: Report of two atypical cases. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2004;3:63-5.
4. Oshikiri T, Morikawa T, Jinushi E, Kawakami Y, Katoh H. Five cases of lymphangioma of the mediastinum in adult. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2001;7:103-5.

Sandra Cuerpo^a, Marina Paradela^b y Jacobo Sellarés^{a,*}

^a Servicio de Neumología y Alergia Respiratoria, Institut del Tórax, Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Servicio de Cirugía Torácica, Institut del Tórax, Hospital Clínic, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sellares@clinic.ub.es (J. Sellarés).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.01.005>

La excepción prueba la regla



The exception proves the rule

Sr. Director:

Comparto con los autores¹ el interés por aclarar la frase popular «la excepción confirma la regla», pero la prueba de su falsedad no es la que mencionan, ni la reprobación se debe al excéntrico premio Nobel de Física, Richard Feynman. El problema es más antiguo, no guarda ninguna relación con la física y más bien obedece a la falta de conocimiento del latín en nuestro medio. Marco Tulio Cicerón (106-43 a. C.), en uno de sus maravillosos discursos en el proceso de defensa de *Lucius Cornellius Balbus*, pronunció la frase siguiente: «*exceptio probat regulam in casibus non exceptis*», cuya traducción literal sería «la excepción prueba la regla en casos no exceptuados». El verbo latino «*probare*» significa probar, y de ahí proviene lo de confirmar. Pero *probare* no solamente significa probar o confirmar, sino que también tiene el significado de verificar, poner a prueba. Es decir, la verdadera traducción de la frase sería «la excepción pone a prueba la regla». O, en otras palabras, la excepción

es la verificación de que existe una regla. Nunca pues que la regla sea falsa.

Con relación a si la medicina es una ciencia descriptiva, probabilística o ambas cosas a la vez, dejemos que sean otros los que se aventuren a criticar el editorial y pongan a los físicos en el lugar que les corresponde. En este caso de la excepción y la regla, demos humildemente al César lo que es del César y a Cicerón lo que le sea propio.

Bibliografía

1. Baloira Villar A, Núñez Fernández M. La excepción no confirma la regla: lecciones de física. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:161-2.

Pere Casan Clarà

Instituto Nacional de Silicosis, Hospital Universitario Central de Asturias, Facultad de Medicina, Oviedo, Asturias, España

Correo electrónico: pcasan@ins.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.04.004>