

**Nódulos pulmonares múltiples calcificados como manifestación de una hidatidosis pulmonar**

**Sr. Director:** El diagnóstico diferencial entre quiste hidatídico (QH) y otras causas capaces de producir masas pulmonares, como neoplasias primarias o metastásicas, abscesos, granulomas, quistes sólidos, etc., puede ser muy difícil y en ocasiones únicamente se diagnostican con la toracotomía o biopsia accidental mediante punciones transtorácicas. Presentamos un caso de QH pulmonares múltiples, unos de localización subpleural y otros calcificados, hallazgos de extremada rareza<sup>1,2</sup>.

**Observación clínica:** Paciente de 64 años, con antecedentes de histerectomía sin aportar diagnóstico, asintomática, remitida al Servicio de Neumología para estudio de nódulos pulmonares. La exploración física era normal. La Rx simple y estudio tomográfico de tórax mostraron múltiples nódulos en el pulmón derecho, algunos pleurales o subpleurales con calcificaciones groseras en su interior así como pequeños nódulos intrapulmonares no calcificados y uno anterior subpleural con prolongación periférica y contornos bien definidos (fig. 1). El estudio analítico fue normal. La hemaglutinación indirecta frente a equinococo fue negativa. Con la sospecha diagnóstica de granulomas o hamartomas se realizó una punción aspirativa con aguja fina, extrayéndose material amorfo que mediante tinción de Ziehl-Nielsen reveló múltiples ganchos correspondientes a cabezas de escólex (fig. 2).

**Comentarios:** La localización más frecuente de los QH en el adulto es la hepática (75 %), apareciendo la pulmonar en posterior orden de frecuencia (17 %). La mayoría son asintomáticos y se diagnostican en estudios radiográficos de rutina. La historia natural de un quiste es poco conocida, ignorándose su evolución (crecimiento, involución, posibilidad de infectarse, calcificarse, romperse o fisurarse), así como el tiempo de latencia, que se considera de varios años<sup>3</sup>. El tiempo de duplicación es variable y oscila de 6 a 20

semanas<sup>4,5</sup>, lo que le resta interés diagnóstico. Pueden ser solitarios (70 %) o múltiples (30 %), siendo bilaterales en el 20 %, con predilección por los lóbulos inferiores, fundamentalmente el derecho, asentando el 65 % en segmentos posteriores<sup>1,2</sup>. En nuestro caso se localizaron todos en hemitórax derecho y con distribución panlobular. Hay localizaciones muy infrecuentes como la subpleural, observada por nosotros, interlobar en la que adquieren forma de pseudotumor<sup>2</sup>. La calcificación es rarísima<sup>4,6</sup>, puede aparecer tanto en la forma quística como en la alveolar, afecta a la pared de quistes con larga evolución, como sucedió en nuestro caso (quiste muerto y con HI negativa), dándoles una densidad heterogénea. La eosinofilia aparece en el 40 % y no estuvo presente en este caso. Las pruebas de laboratorio, como la fijación de complemento, aglutinación de látex, HI, que puede permanecer positiva durante 2 años después de muerto o exéresis quirúrgica<sup>2</sup>, inmunolectroforesis, electrosinéresis, ELISA, IgE específica frente al parásito, inmunofluorescencia indirecta, son positivos en el 70-90 % de los hepáticos y el 30 % de los pulmonares<sup>7</sup>. La infección complicando un QH pulmonar hace el diagnóstico más difícil, ya que no hay cambios radiográficos, ni síntomas mientras no se produzca su rotura<sup>2,8</sup>. Los QH que están en contacto con la pleura pueden ser evaluados por ecografía, la visión de vesículas hijas en ecografía y/o TAC torácica es suficiente como diagnóstico de certeza, máxime si los tests serológicos son positivos<sup>8</sup>.

Creemos importante mantener la sospecha diagnóstica de hidatidosis pulmonar en presencia de nódulos o masas, calcificadas o no, sobre todo cuando se plantean procedimientos diagnósticos como la punción aspirativa transtorácica con aguja fina, aunque en algunas series<sup>8</sup> como en el presente caso, no se hayan registrado reacciones alérgicas, si se han descrito en pacientes incluso con serología negativa<sup>9</sup>.

**J.L. Calpe, E. Chiner y A. Vilar\***  
Sección de Neumología  
y \*Sección de Medicina Interna.  
Hospital de Villajoyosa-Benidorm. Alicante.

1. Beggs I. The radiology of hydatid disease: review. AJR 1985; 145:639-648.

2. Balikian JP, Mudarris FF. Hydatid disease of the lung: a roentgenologic study of 50 cases. AJR 1974; 122:692-707.  
3. Caylá JA, Barquet N, Muñoz C et al. Estudio epidemiológico de la hidatidosis humana en Cataluña (1977-1981) (I). Med Clin 1986; 86:397-404.  
4. Bloomfield JA. Protean radiological manifestations of hydatid infestation. Australian Radiol 1966; 10:330-343.  
5. Cruz Vicente JM, Salinas Delicado A, Ostos Salcedo A, Martín Rodríguez A. Hidatidosis pulmonar: forma inusual de presentación. Arch Bronconeumol 1987; 23:320-321.  
6. Xu Ming Quian. Hydatidosis of the lung. XIII Congreso Internacional de Hidatidología. Madrid, Abril 1985.  
7. Chemtal AK, Bowry TR, Ahmad Z. Evaluation of five immunodiagnostic techniques in echinococcus patients. Bull WHO 1981; 59:767-772.  
8. McCorkell SJ. Unintended percutaneous aspiration of pulmonary echinococcal cysts. AJR 1984; 123:126.  
9. Stampfel G. Anaphylaktoide Reaction als seltene Komplikation der Lungen-Feinabdelpunktion. Radiologie 1982; 22:329-330.

**Edición bilingüe (español e inglés) para Archivos de Bronconeumología ¿Por qué no?**

**Sr. Director:** Con frecuencia se habla de la calidad de los artículos que se remiten a las revistas médicas españolas. En general, la mayoría de autores, presionados por la dinámica profesional, remiten sus mejores trabajos a revistas internacionales de prestigio. Es cierto que las revistas en lengua española reciben también artículos de calidad. Sin embargo, los condicionantes antes expuestos conllevan frecuentemente que se les remitan artículos ya rechazados en otras publicaciones, o de "clase B". Así se da la paradoja de que especialidades médicas cuyo nivel en nuestro país es reconocido internacionalmente, cuenten con revistas cuya incidencia en la comunidad científica y asistencial es relativamente baja.

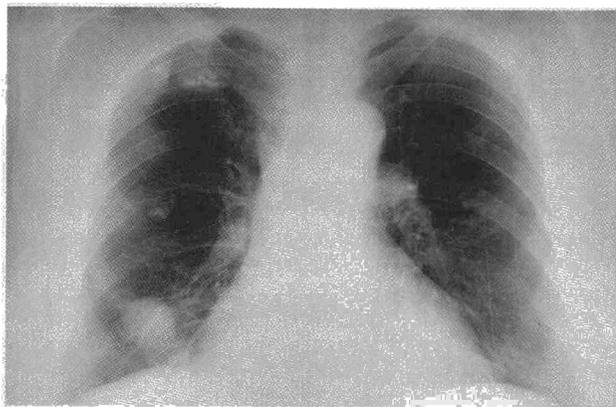


Fig. 1. Múltiples nódulos en hemitórax derecho, algunos de localización subpleural y otros calcificados.

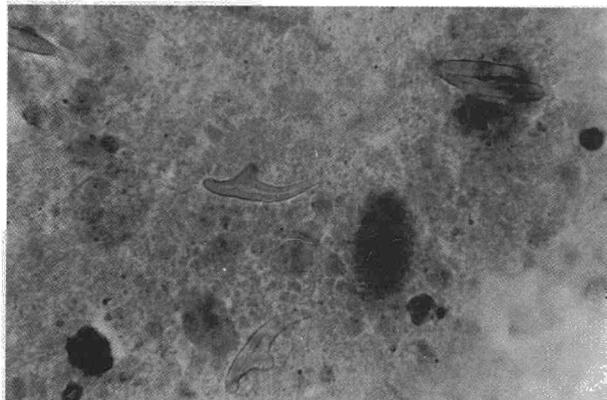


Fig. 2. Múltiples ganchos de la cabeza de los escólex, puestos de manifiesto mediante la tinción de Ziehl-Neelsen, en el material obtenido por punción aspirativa pulmonar con aguja fina.