

severas de broncoespasmo resistentes a la terapéutica habitual. El diagnóstico de tirotoxicosis no se estableció hasta 11 y 24 meses después, respectivamente, de iniciada la sintomatología hipertiroidea y en ambos casos la corrección del HT condujo a una rápida mejoría del AB.

La literatura recoge un reducido número de pacientes con AB, generalmente de larga evolución, cuyo curso empeora notablemente con el desarrollo de HT. Como ocurrió en nuestros casos, el diagnóstico de HT en el contexto de un AB severo suele demorarse dado que con frecuencia los síntomas tirotóxicos se atribuyen a sobredosificación de broncodilatadores<sup>2</sup>. Sin embargo, es importante descartar HT ante todo AB severo con mala respuesta al tratamiento<sup>4</sup> puesto que la normalización de la función tiroidea conduce a una dramática mejoría del AB en todos los casos publicados.

En una reciente editorial, Picado<sup>5</sup> analiza la problemática del asma de difícil manejo, ya sea por las características del paciente («asmático difícil») o por las de la propia enfermedad («asma resistente a la terapéutica», «asma con agudizaciones graves súbitas»). Convendría recordar que el HT es una causa fácilmente corregible de AB de difícil manejo, debiendo sospecharse ante asmáticos con personalidad lábil, con mala respuesta al tratamiento o con agravamiento inexplicable de su enfermedad.

**R. Gómez Huelgas y C. San Román Terán**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Hoffman DA, McConahey WM. Thyrotoxicosis and asthma. *Lancet* 1982; i:808.
2. Settipane GA, Schoenfeld E, Hamolsky MW. Asthma and hyperthyroidism. *J All Clin Immunol* 1972; 49:348-355.
3. Bush RK, Ehrlich EN, Reed CE. Thyroid disease and asthma. *J All Clin Immunol* 1977; 59:398-401.
4. Fitzpatrick WJF, Foreman PS, Porter EJB, Beckett AG. Hyperthyroidism and acute bronchial asthma. *Br Med J* 1984; 288:314-315.
5. Picado C. Asma de manejo difícil. *Arch Bronconeumol* 1986; 22:207-209.

### Hidatidosis pulmonar: forma inusual de presentación

**Sr. Director:** La hidatidosis humana es una antropozoonosis ampliamente extendida y nuestro país aún figura en los últimos mapas mundiales como zona hiperendémica<sup>1</sup>. En adultos, la localización pulmonar es después de la hepática la más frecuente<sup>2</sup> y habitualmente no plantea problemas diagnósticos. Recientemente hemos tenido ocasión de estudiar un paciente con hidatidosis pulmonar

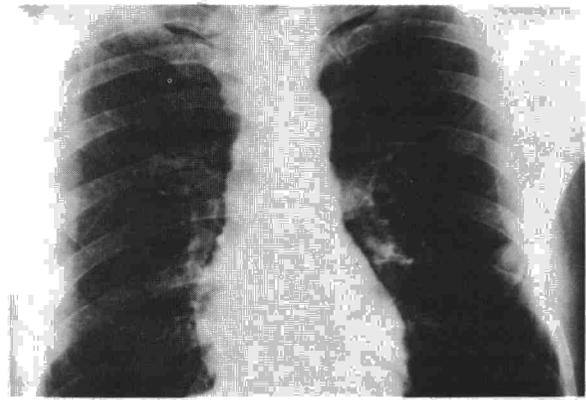


Fig. 1. Se aprecian tres nódulos pulmonares, uno parahiliar derecho, otro parahiliar izquierdo y un tercero en campo medio externo del pulmón izquierdo (radiografía posteroanterior).

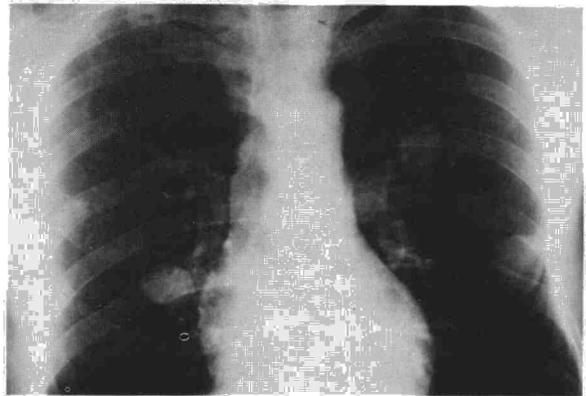


Fig. 2. Crecimiento importante de las tres imágenes nodulares, dos meses después (radiografía posteroanterior).

múltiple bilateral que por su forma de presentación y evolución nos parece de interés su comunicación.

Varón de 42 años, agricultor, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos de interés, que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro centro por un traumatismo craneoencefálico leve, detectándose de forma casual la presencia en la radiografía de tórax de nódulos pulmonares múltiples (fig. 1).

El paciente se encontraba asintomático y la exploración física fue normal, por lo que decidió continuar su estudio por consulta ambulatoria. A los 40 días continuaba asintomático y la exploración física detallada tampoco en esta ocasión aportó datos de interés. En el estudio analítico: hemograma y fórmula leucocitaria, VSG, proteino-grama, calcemia y pruebas de función hepática resultaron normales. El estudio de marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, CEA, HCG...) resultó normal o negativo. Mantoux (-). Serología de hidatidosis (hemaglutinación indirecta e inmunoelectroforesis) negativa en dos ocasiones. La radiografía de tórax PA y L mostró un crecimiento importante de los nódulos pulmonares (fig. 2). La



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 idiopáticas<sup>3</sup>. Las metástasis son la causa más frecuente<sup>4</sup>. Los quistes hidatídicos pulmonares son ocasionalmente múltiples y bilaterales, en distintas series su frecuencia oscila entre 1,3 y el 20 %<sup>5,6</sup>, 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 diagnóstico<sup>7</sup>.

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 conocida<sup>8</sup>, 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 años<sup>8</sup>. 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 pacientes<sup>9</sup>, 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 %<sup>10</sup> 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 hidatidosis<sup>11</sup>, 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 secundaria<sup>9</sup>. 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