

José Manuel Lorenzo Silva  
 Alfredo R. Pérez Romo  
 Francisco P. Navarro Reynoso  
 Unidad de Neumología.  
 Hospital General de México, SS.

**Absceso retrofaríngeo secundario a un cuerpo extraño complicado con mediastinitis y pericarditis.** Grijalva-Uche M, Medina-Sola JJ, Saiz-Calleja MA. *An Otorrinolaringol Ibero Am* 1996;23(6):577-87.

La incidencia de los abscesos retrofaríngeos ha disminuido a partir de la llegada de las penicilinas semisintéticas. En este texto se reporta el caso de un paciente adulto con absceso retrofaríngeo posterior a la ingestión de un cuerpo extraño, complicado con mediastinitis infecciosa, derrame pleural y pericarditis. La expansión de la infección se explica por medio de la diseminación por las fascias cervicales y/o por contigüidad. La utilidad de la tomografía computada para el diagnóstico y el seguimiento estrecho de la situación del paciente es algo ya demostrado. Por lo tanto, se propone la cervicotomía anterolateral como el mejor procedimiento para el drenaje quirúrgico de estas complicaciones.

**Lesión inusual del mediastino. Reporte de un caso.** Visvanathan R. *Singapore Med J* 1992;33(6):639-40.

Los autores presentan el caso de un niño de seis años de edad con una herida por proyectil de arma de fuego en el tórax ocasionada de manera accidental. Los estudios de imagen revelaron un cuerpo extraño alojado entre el infundíbulo pulmonar y el atrio derecho del corazón. No se produjo compromiso cardiovascular. No fue necesaria la exploración quirúrgica. El cuerpo extraño permaneció estable y sin migración después de un periodo de observación de 16 meses.

**Migración poco usual de un cuerpo extraño de la faringe al mediastino.** Sinha A, Shotton JC. *J Laryngol Otol* 1996;110(3):279-80.

Se reporta el caso de un individuo que ingirió un

cuerpo extraño que de la faringe migró a los tejidos blandos del cuello. Su manejo fue complicado, ya que no se había detectado la migración del cuerpo extraño hacia el mediastino superior, lo que ocurrió durante la evaluación radiológica del cuello, tres días antes de la exploración quirúrgica y el intento de retiro del mismo. Por lo tanto, se requirió esternotomía media para remover el cuerpo extraño. La evaluación radiológica sólo puede realizarse inmediatamente antes del procedimiento quirúrgico.

**Textiloma intratorácico posterior a cirugía cardiaca.** Vayre F, Duriez P, Jeco C, Richard R. *Arch Mal Coeur* 1996;89(3):367-410.

Los autores reportan un caso muy raro de textiloma intratorácico que se manifestó como dolor torácico recurrente posterior a una revascularización cardiaca con un puente arterial doble de arteria mamaria interna. El diagnóstico se sospechó antes de la reoperación con base en los resultados del ecocardiograma. Se realizaron tomografía computada y resonancia magnética. Los autores discuten los hallazgos clínicos y paraclínicos, así como el tratamiento.

**Insuficiencia respiratoria aguda como primer síntoma de la migración de un catéter venoso central al mediastino.** Budianskii VM, Shulutko EM, Galstian GM. *Anesteziol Reanimatol* 1995;5:30-31.

Se reporta un caso de hidrotórax derecho e hidromediastino tardío derivado de la migración de un catéter venoso central al mediastino. El primer síntoma de esta complicación fue la aparición de insuficiencia respiratoria aguda.

**Masas pulmonares focales y tomografía computada en la niñez.** Shady K, Siegel MJ, Glazar HS. *Radiographics* 1992;12(3):505-14.

Las masas pulmonares focales en la niñez tienen un amplio espectro de alteraciones que incluyen las lesiones congénitas, las masas inflamatorias, los hematomas y los tumores benignos y malignos. Las masas congénitas incluyen la atresia bronquial, el secuestro, la malformación adenomatoidea quística y las anomalías vasculares pulmonares. Las masas inflamatorias

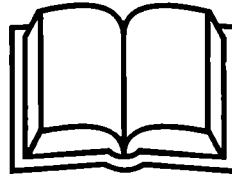
más comunes son resultado de infecciones y absceso pulmonar, granulomas y pseudotumor inflamatorio. El traumatismo cerrado puede causar hematoma, con disminución del tamaño en radiografías seriadas. Las neoplasias pulmonares pueden ser benignas, como el papiloma, el hamartoma y el tumor carcinoide bronquial (bajo grado de malignidad), o malignas, como el sarcoma, el carcinoma y el blastoma pulmonar. Debido a que la tomografía computada es la técnica más sensible para la detección de la enfermedad parenquimatosa, se ha convertido en el procedimiento de elección para la investigación de lesiones vistas o sospechadas en radiografías convencionales. La comprensión de la tomografía computada y la ocurrencia de estas lesiones puede improvisar el diagnóstico y optimizar el tratamiento.

**Malformación adenomatoide quística congénita.** Cloutier MM, Schaeffer DA, Hight D. *Chest* 1993;103(3):761-4.

La malformación adenomatoidea quística congénita es una anomalía rara. Se presentan los casos de cuatro niños con CCAM y revisión de la literatura. Los niños tenían manifestaciones poco usuales de CCAM, como lesión cavitada o enfermedad bilateral.

**Malformación adenomatoidea quística congénita.** Rosado de Christenson ML, Stocker JT. *Radiographics* 1991;11(5):865-86.

La malformación adenomatoidea quística congénita del pulmón es una lesión rara que se manifiesta típicamente por distrés respiratorio neonatal secundario a expansión progresiva del pulmón afectado. Se han descrito tres tipos diferentes basados en el tamaño de los quistes y la apariencia microscópica. El tipo I se caracteriza por quistes grandes de diversos tamaños (mayores de 2 cm de diámetro); el tipo II son lesiones que contienen quistes de un tamaño más uniforme (no mayores de 2 cm); y el tipo III son lesiones que contienen quistes microscópicos. Los hallazgos radiológicos incluyen quistes grandes, múltiples o únicos, quistes múltiples pequeños de tamaño uniforme y masas de apariencia sólida. El tratamiento de elección es la resección del lóbulo afectado. El pronóstico es favorable si no existe hipoplasia pulmonar, polidramnios fetal o anomalías congénitas concomitantes.



Yara de Alba Gutiérrez

Estudiante de Medicina,

Universidad Anáhuac.

Francisco P. Navarro Reynoso

Unidad de Neumología,

Hospital General de México, SS.

**Neumonía grave adquirida en la comunidad.** Ewig, Ruiz, Mensa y col. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158:1102-8.

La neumonía grave adquirida en la comunidad (NGAC) es una enfermedad frecuente y potencialmente mortal (20 a 50%). Sin embargo, no hay una definición aceptada para esta alteración, la cual sería de bastante utilidad. La Sociedad Americana de Tórax (ATS) establece que la neumonía grave consta de uno de ciertos criterios.

Los criterios menores (en la admisión) son: frecuencia respiratoria mayor a 30/min,  $PaO_2/FiO_2 < 250$ , afectación bilateral en la telerradiografía de tórax y afectación multilobar, presión sistólica  $< 90$  mmHg o diastólica  $< 60$  mmHg. Los criterios mayores son (en cualquier momento): requerimiento de ventilación mecánica, crecimiento de los infiltrados en más de 50%, falta de respuesta al tratamiento, requerimiento de vasopresores por más de cuatro horas (choque séptico), creatinina sérica  $> 2$  mg/dL o incremento de 2 mg/dL en pacientes con insuficiencia renal previa.

Este estudio descubrió que cualquier criterio individual propuesto por la ATS tuvo baja sensibilidad y un valor predictivo positivo. Además, la definición de la ATS para la NGAC como la ocurrencia de uno de los 10 criterios fue altamente sensible, pero poco específica y con valor predictivo positivo bajo para la admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos. Se recomienda modificar la regla a 2 de 3 criterios menores, independientemente asociados con la gravedad, o 1 de 2 criterios mayores (sensibilidad de 78%, especificidad de 94%, un valor predictivo positivo de 75% y negativo de 95%). Esta regla resultaría más exacta para la definición de la NGAC.

**NEUMOLOGIA**  
Y CIRUGIA DE TORAX