

CASUÍSTICA NACIONAL

NOTA DEL EDITOR:

Por considerarse de interés general se incluyen los resúmenes de los casos clínicos estudiados por el Dr. Murillo Selva.

PATOLOGÍA TORÁCICA

*Dr. Francisco Murillo Selva **

CASO No. 1

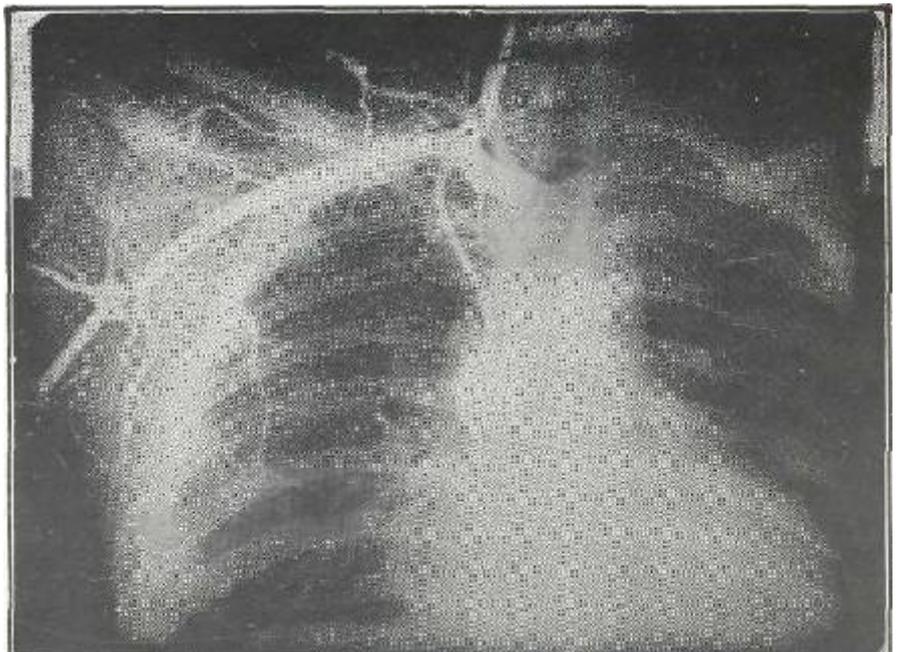
ANEURISMO TRAUMÁTICO DE LA MAMARIA INTERNA

Paciente masculino ingresado en el Instituto Nacional del Tórax con diagnóstico de herida penetrante en hemitórax derecho ocasionado por arma blanca y empiema derecho, se le practicó drenaje de hemotórax y decorticación pulmonar. Fue dado de alta en condiciones favorables. Dos meses después de su egreso es reingresado por presentar tumoración fluctuante en herida, en la cual se auscultaba soplo sistólico diagnosticándose clínicamente aneurisma traumático de la mamaria interna. Este diagnóstico fue comprobado mediante arteriograma humeral.

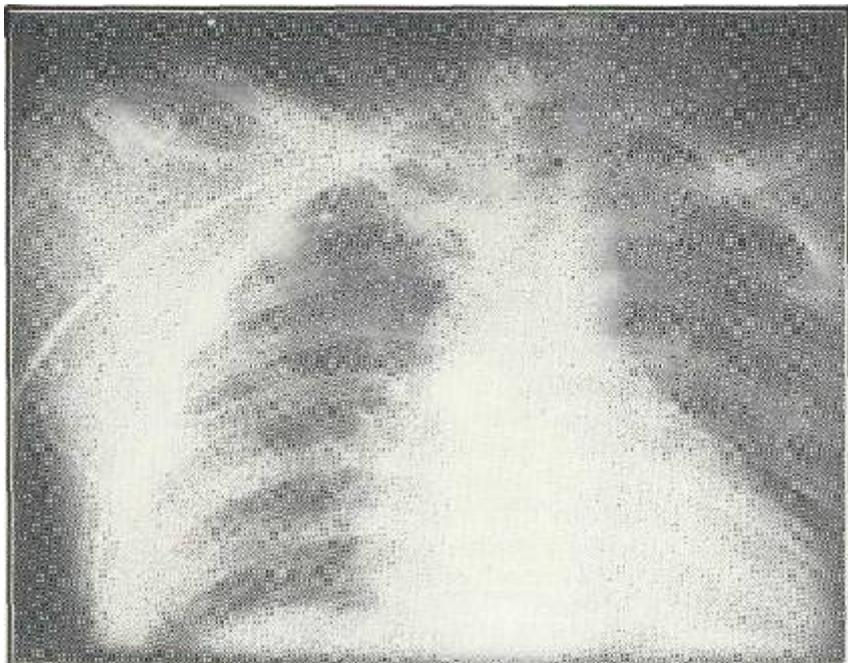
Se practicó cirugía procediéndose a ligar los dos extremos de la mamaria interna, y se resecó la

bolsa aneurismática enviándose lasEl paciente evolucionó en forma piezas para estudios anatomicos satisfactoria habiendo sido dado patológicos los cuales fueron de alta 7 semanas después de su concordantes con el diagnóstico segundo ingreso. inicial.

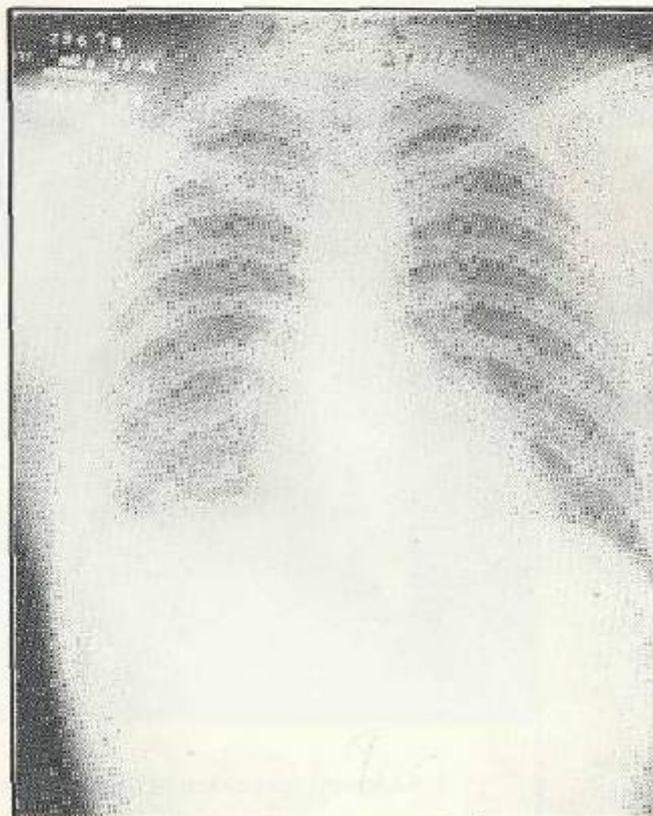
Aneurisma traumático de la arteria mamaria interna derecha



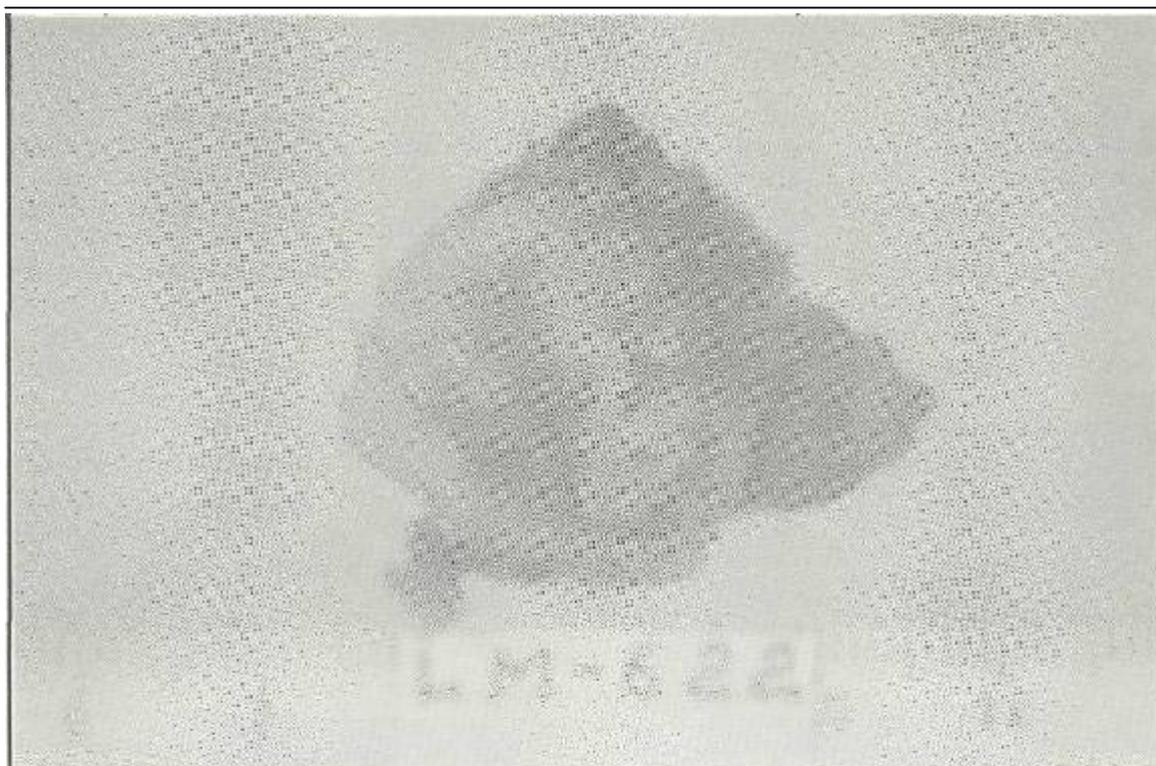
* Cirujano Instituto Nacional del Tórax y Hospital General y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa, Honduras.



Aneurisma traumático de la arteria mamaria interna derecha



Resultados post-operatorios. 1era. hospitalización.



Aneurisma traumático de la arteria mamaria interna derecha. Pieza anatómica.



CASO No. 2 QUISTE BRONCOGÉNICO MUCOIDE

M.S.C.R., 17 años de edad, sexo femenino, vecina de la Ciudad de Comayagüela, D.C., ingresa al Instituto Nacional del Tórax, el 22 de enero, 1980 referida del Hospital Escuela, donde estuvo interna porque en estudios radiológicos de tórax lo mismo que en tomografías, se encontró una tumoración redondeada en la base del pulmón izquierdo. El día 29 de enero 1980, se le practicó torocotomía izquierda, encontrándose una tumoración redondeada en los segmentos basales del lóbulo inferior y muy cerca del hilio, por lo que fue necesario

practicarle una lobectomía inferior izquierda.

El post-operatorio se realizó sin complicaciones y fue dada de alta el 7 de febrero, 1980 en buenas condiciones.

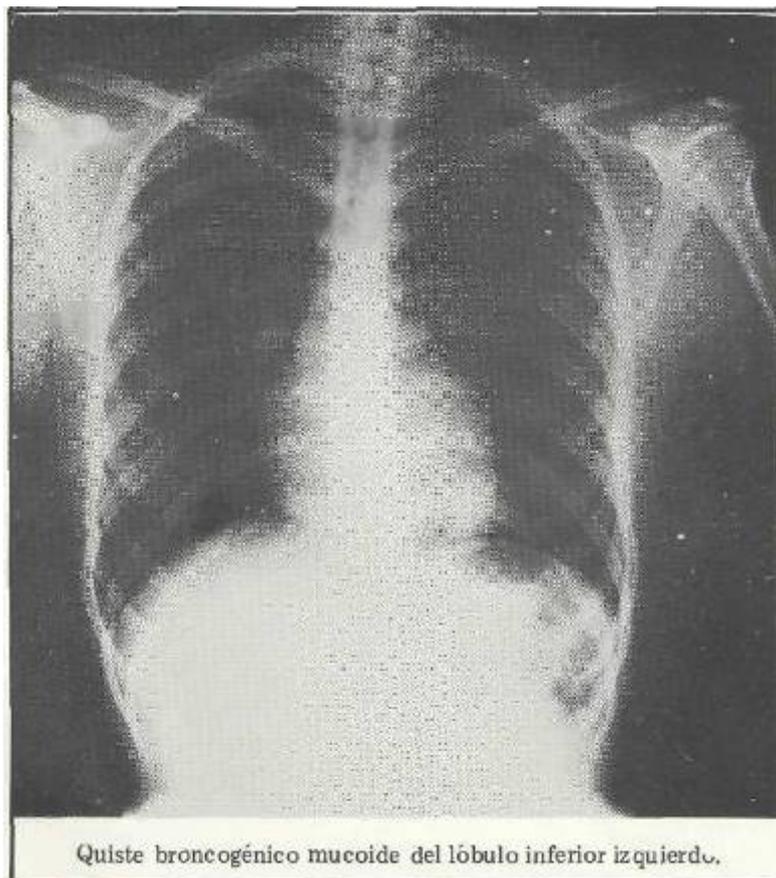
La pieza resecada fue referida a anatomía patológica diagnosticándose Quiste Broncogénico Mucoide.

Este tipo de quistes en la mayoría de los casos son detectados en forma accidental mediante examen radiológico, no dan ninguna sintomatología.

En este caso todos los exámenes complementarios del paciente fueron normales a excepción de los estudios radiológicos de tórax que demostraron la patología.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Brian Blades, Surgical Diseases of Chest, 2nd, Edition, Pags. 146 - 150.
- 2 Gibbon, Sabiston, Spencer.- Surgery of the Chest, pags. 314-321.



CASO No. 3 QUISTE DEL TIMO

La mayoría de quistes que contienen tejido tímico en sus paredes tienen como origen la persistencia del conducto timofaríngeo. Pueden localizarse en el mediastino o en la parte lateral del cuello, a lo largo de una línea que se extiende del ángulo de la mandíbula hasta el manubrio del esternón (curso embriológico del timo) o cerca del triángulo cervical anterior.

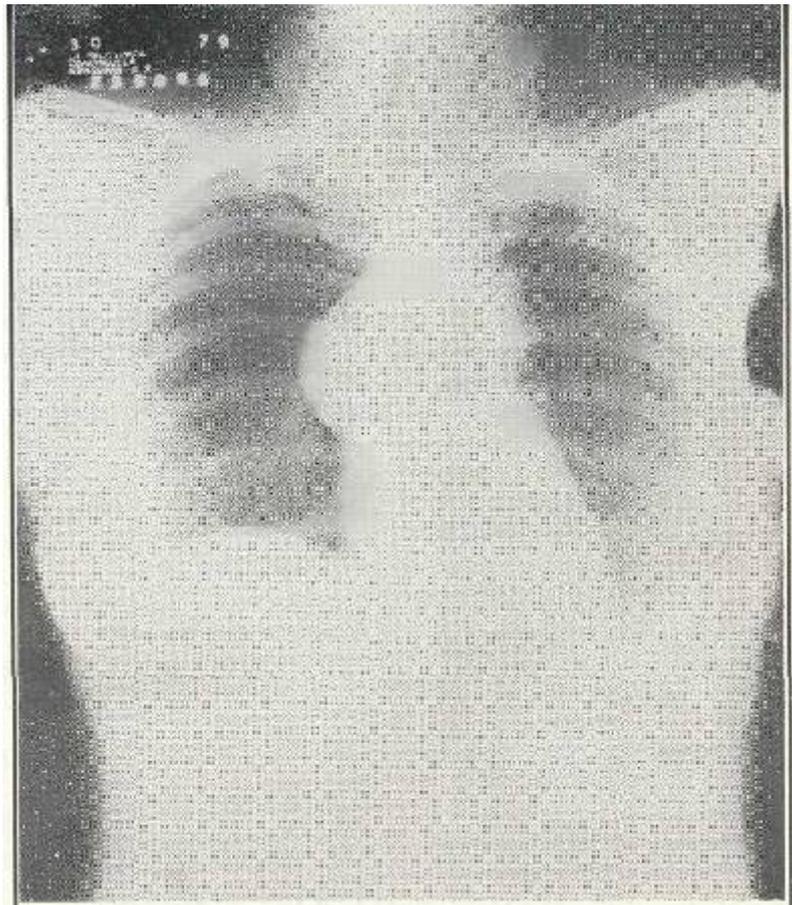
La mayoría son detectados accidentalmente en exámenes radiográficos y raras veces producen compresión traqueal.

Por su desarrollo embriológico probablemente están presentes al momento de nacer pero la mayoría se hacen evidentes hasta la edad adulta. Aquellos localizados en el cuello se observan generalmente en niños de 3 a 8 años y los del mediastino en la edad adulta.

No hay predilección en cuanto al sexo. La exéresis quirúrgica es fácil y no hay recidivas. Generalmente hay hemorragia dentro de la cavidad del quiste, lo que da por resultado acumulación de sangre vieja, material necrótico y gran número de placas de colesterol. Algunos de los quistes "no específicos" localizados en el mediastino, llenos de sangre y colesterol, pueden tener origen tímico.

La identificación correcta de la lesión depende de la presencia de tejido tímico en la pared del quiste. Esto requiere un examen microscópico cuidadoso debido a la atrofia del tejido tímico remanente.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con los timomas que sufren de algunas veces cambios degenerativos quísticos. En raras ocasiones el germinoma y la enfermedad de Hodgkin del timo pueden sufrir cambios quísticos hasta el punto de oscurecer la naturaleza del proceso. El caso que describiremos es el de una paciente de 51 años de edad que consultó por dolor en el hemitórax derecho. Todos los exámenes complementarios fueron negativos, exceptuando la radiografía de tórax que sugería una "tumoración en el mediastino anterior".



QUISTE DEL TIMO:

La radiografía de tórax muestra una masa redondeada parahiliar derecha. La silueta cardíaca y el parénquima pulmonar son normales.

Durante la intervención quirúrgica se encontró una tumoración en mediastino anterior, constituida por una formación quística que en su interior conservaba material de color amarillo pajizo. El curso post-operatorio fue sin complicaciones y en la actualidad la paciente se encuentra asintomática. El estudio microscópico demostró que la pared del quiste estaba formada por tejido fibroso, con una superficie interna sin epitelio, sustituido por sangre y fibrina, y con presencia de abundantes células espumosas. En la superficie externa se observó tejido linfático con escasas células epiteliales, que correspondían a tejido tímico residual.

BIBLIOGRAFÍA

Rosai, Juan; Levine Gerald D.,
Tumors of the Thymus, AFIP.
P. 207-210.

