

1. Henke KG, Frantz DE, Kuna ST. An oral elastic mandibular advancement device for obstructive sleep apnea. *Am J Crit Care Med* 2000; 161: 420-425.
2. Pancer J, Al-Faifi S, Al-Faifi M, Hoffstein V. Evaluation of variable mandibular advancement appliance for treatment of snoring and sleep apnea. *Chest* 1999; 116: 1511-1518.

Hemotórax espontáneo izquierdo como forma de presentación de la rotura de un aneurisma aórtico torácico

Sr. Director: En ausencia de traumatismo los aneurismas de la arteria aorta torácica deben incluirse en el diagnóstico diferencial de los hemotórax. Se presentan preferentemente en personas mayores de 50 años de ambos sexos¹, siendo los principales factores de riesgo² la hipertensión arterial, las arteriopatías periféricas, el tabaquismo y los antecedentes familiares. Suelen ser generalmente hallazgos radiológicos casuales. Se diagnostican con radiografía convencional de tórax y abdomen, ecografía modo "B", curvas velocimétricas Doppler, tomografía axial computarizada (TAC), angiografía y angiografía convencional³. Presentan dos complicaciones graves: a) *disección aórtica*, y b) *rotura*, especialmente si son mayores de 5 cm. Los de la aorta descendente se rompen preferentemente en el espacio pericárdico y los de la porción descendente lo hacen en el espacio pleural⁴. Presentamos un caso ilustrativo.

Varón de 72 años, fumador y bebedor importante, que había sido diagnosticado por

radiografía simple de aneurismas aórticos pequeños en el curso de un preoperatorio urológico 12 años antes. Padecía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica leve, con un FEV₁ de 1.300 ml (el 70% del valor predicho) y disnea de grandes esfuerzos. Acudió al centro por aumento brusco de su disnea habitual y ortopnea de 2 almohadas, tos y esputo mucoso. No tenía antecedente de traumatismo. En la exploración física destacaba disnea de mínimos esfuerzos, semiología de derrame en base izquierda, taquicardia con ritmo de galope, soplo sistólico de grado II/VI y soplo abdominal. Los gases arteriales basales fueron: PaO₂ 57 mmHg, PaCO₂ 39 mmHg, pH 7,43, saturación de hemoglobina del 90%. El electrocardiograma era normal. En la radiografía simple de tórax se observó una cardiomegalia, signos de derrame pleural izquierdo y una masa de 11 cm de diámetro (fig. 1). La bioquímica sérica y el hemograma fueron normales. La toracocentesis demostró un líquido de aspecto hemático con bioquímica compatible con hemotórax. La TAC helicoidal urgente fue informada como aneurisma sacular de 15 cm en la aorta torácica descendente con un trombo y escape de contraste al espacio pleural izquierdo, así como otro sacular de 5 cm a la altura del cayado aórtico, cerca de la subclavia izquierda. Se instauró tratamiento urgente con drenaje del hemotórax y cirugía con resección de ambos aneurismas torácicos, presentando el enfermo en el postoperatorio una insuficiencia respiratoria, un fallo renal y una paraplejía de la que se recuperó tras 2 meses de rehabilitación, siendo dado finalmente de alta.

La actitud ante los aneurismas debe ser¹: a) control de factores de riesgo; b) ante un aneurisma mayor de 5 cm no complicado, cirugía electiva siempre que la expectativa de

vida sea mayor de 10 años. Sin cirugía sobreviven a los 5 años menos del 10% y con cirugía lo hacen el 50%^{5,6}. Presenta una mortalidad quirúrgica media del 3%^{5,6}, fallo cardíaco y respiratorio entre el 25 y el 47%, infarto de miocardio durante el acto quirúrgico (10-20%), isquemia territorial encefálica, complicaciones medulares (paraplejía), fracaso multiorgánico y hemorragias. El tratamiento médico conservador no evita los riesgos y debe reservarse para los menores de 5 cm y aquellos pacientes con riesgo quirúrgico, y c) tratamiento quirúrgico urgente si existen complicaciones. Por todo ello, ante hallazgos casuales de aneurismas de aorta pequeños (como ha sido este caso) recomendamos un seguimiento clínico y radiológico para vigilar su crecimiento, adoptando las actitudes terapéuticas recomendadas¹.

M.E. Pereiro Alonso y J. Sala Félix
Servicio de Neumología II. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

1. Hallett JW. New insights into the prognosis of thoracic aortic aneurysms. 26th Annual Symposium on Current Critical Problems, new horizons and techniques in vascular and endovascular surgery. Nueva York, 1999; 17: 6.1-6.3.
2. Macsweeney STR, Powell JT, Greenhalgh RM. Pathogenesis of abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 1994; 81: 935-941.
3. Marinell J. Aspectos clínicos y diagnósticos de los aneurismas de aorta. En: Estevan Solano JM, editor. Tratado de aneurismas. Barcelona: J. Uriach y Cía. S.A., 1997; 83-101.
4. Martínez FJ, Villanueva AG, Pickering R, Becker FS, Smith DR. Spontaneous hemotórax. *Medicine* 1992; 71: 354-368.
5. Svensson LG, Crawford ES, Hess KR, Coselli JS, Safi HJ. Experience with 1509 patients undergoing thoracoabdominal aortic operations. *J Vasc Surg* 1993; 17: 357-370.
6. Svensson LG, Hess KR, Coselli JS, Safi HJ, Crawford ES. A prospective study of respiratory failure after high-risk surgery on the thoracoabdominal aorta. *J Vasc Surg* 1991; 14: 171-182.

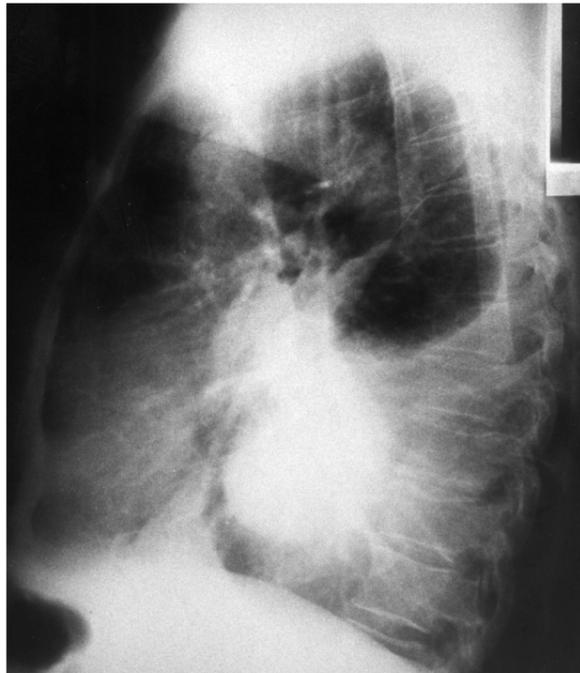


Fig. 1. Radiografía lateral de tórax en la que se observa una masa de 11 cm en el mediastino inferior y un derrame pleural izquierdo.

Carcinoma broncogénico asociado a neumotórax espontáneo y bullas

Sr. Director: Revisando la bibliografía hemos encontrado diversos casos de asociación entre la enfermedad bullosa pulmonar y el carcinoma pulmonar de célula no pequeña¹⁻⁴. Algunos pacientes estaban asintomáticos, otros presentaban disnea, neumotórax o hemoptisis. La enfermedad bullosa pulmonar es considerada una entidad benigna y como tal puede realizarse tratamiento conservador o quirúrgico. Nos parece interesante la descripción de este caso, tanto por la asociación de enfermedad bullosa y neoplasia como por la aparición de neumotórax como síntoma inicial.

Se trata de un varón de 38 años, fumador de dos paquetes de cigarrillos al día y sin otros antecedentes de interés, que presenta una clínica de 2 meses de evolución consistente en dolor en hemitórax derecho, tos y