

los casos con supervivencia prolongada³, la resección quirúrgica de las metástasis podría plantearse como una opción terapéutica en casos como el aquí descrito. Concluimos que el feocromocitoma se debe incluir en el diagnóstico diferencial inicial de pacientes en los que la presencia de nódulos pulmonares múltiples hace sospechar la presencia de una enfermedad metastásica.

J.M. Arriero, E. Pujalte y E. Chiner

Sección de Neumología.

Hospital Universitario San Juan. Alicante.

1. Minnow AM, Bennett WA, Kvale WF. Pheochromocytoma: a study of 15 cases diagnosed at autopsy. *N Engl J Med* 1954; 251: 956-959.
2. Modlin IN, Farndon JR, Shepherd A, Johnston IDA, Kennedy PC, Montgomery DAD et al. Pheochromocytoma in 72 patients: clinical and diagnostic features, treatment and long-term results. *Br J Surg* 1979; 66: 456-465.
3. Abemayor E, Harken AH, Koop CE. Multiple sequential pulmonary resections for metastatic pheochromocytoma with long-term survival. *Am J Surg* 1980; 140: 696-697.
4. Shepherd MP. Thoracic metastases. *Thorax* 1982; 37: 366-370.
5. Pujol P, Bringer J, Faurous P, Jaffiol C. Metastatic pheochromocytoma with a long-term response after iodine-131 metaiodobenzylguanidine therapy. *Eur J Nucl Med* 1995; 22: 382-384.
6. Fischer M. Therapy of pheochromocytoma with [¹³¹I]metaiodobenzylguanidine. *J Nucl Biol Med* 1991; 35: 292-294.

Liposarcoma mediastínico recidivante

Sr. Director: Los liposarcomas son el segundo tipo de tumor más frecuente dentro de los de tejidos blandos representando el 20% de los mismos. Tienen especial predilección por los tejidos blandos profundos; sin embargo, la localización mediastínica es rara. Generalmente son tumores que provocan sintomatología de forma tardía cuando ya han alcanzado un tamaño considerable.

Presentamos el caso de una mujer de 40 años de edad que acudió a su médico de atención primaria por dolor de características pleuríticas en el hemitórax derecho, tos seca y disnea a mínimos esfuerzos, sin fiebre y discreto síndrome constitucional. A la exploración física sólo destacaba la abolición de murmullo vesicular en la base derecha. El resto de pruebas estaban dentro de la normalidad. Analítica: hemograma, bioquímica y estudios básicos de coagulación dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se evidenció la presencia de un derrame pleural derecho. Se practicó toracocentesis evacuadora. El análisis citológico y microbiológico del líquido pleural no reveló ningún dato de interés (ADA = 41 U/l). Tras la evacuación del derrame, en la radiografía de tórax, persistía una imagen de condensación basal derecha. Se decidió la realización de TAC (fig. 1), que se informó como una masa de gran tamaño (14 × 10 cm)

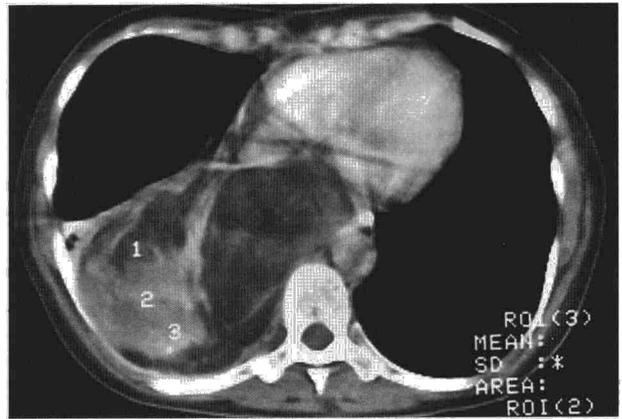


Fig. 1. TAC de tórax con condensación basal derecha.

en el mediastino posteroinferior, que se extendía hasta la zona subpulmonar derecha. Se practica punción transtorácica. El examen de la muestra determinó que se trataba de un lipoma. La fibrobroncoscopia fue normal.

Se intervino a la paciente, pudiendo extraerse el tumor en su totalidad sin llegar a romperse en ningún momento la cápsula. El peso de la masa fue de 1.800 g. El informe anatomopatológico reveló la naturaleza histológica del tumor: liposarcoma bien diferenciado. No se evidenció recidiva tumoral hasta 11 meses después cuando volvió a acudir a consultas externas con una radiografía de tórax en la que aparecía una masa paramediastínica derecha. Se intervino de nuevo a la paciente pudiendo researse de nuevo el tumor así como toda la grasa circundante. El estudio histológico de la pieza objetivó la presencia de un liposarcoma bien diferenciado. Se decidió la administración de radioterapia locorreccional. La paciente, al año de la segunda intervención, ha presentado una recidiva, esta vez en el pericardio posterior extendiéndose hacia la zona paramediastínica izquierda. Durante la nueva intervención practicada, esta vez mediante toracotomía izquierda, se ha vuelto a resear el tumor en su totalidad.

Los liposarcomas suelen aparecer en la edad adulta y son más frecuentes en el varón¹⁻³. Se ha descrito un caso asociado al sida en el que se especula que el estado de inmunodeficiencia pudiese estar involucrado⁴. Se pueden dividir en cuatro grupos: bien diferenciado, mixoide, pleomórfico y de células redondas. La variedad mixoide es la más frecuente (el 40-50% de los casos)³. La clínica aparece como consecuencia de la compresión de los órganos torácicos. El diagnóstico se establece con estudios radiológicos y si estuviese accesible, el diagnóstico histológico nos lo daría la PAAF. El tratamiento de elección es la cirugía. La radioterapia cumple su papel para evitar las recurrencias a nivel local. La quimioterapia no desempeña en este tipo de tumores una función aún definida. La paciente tuvo en un principio un diagnóstico de benignidad debido seguramente a que el tamaño del tumor promovía la coexistencia de zonas de benignidad con otras de malignidad más centrales. De hecho, algunos autores consideran que algunos liposarcomas derivan de un lipoma previo⁵. En todas las ocasiones en las que se ha intervenido a la paciente,

nunca nos ha dado la impresión de haber dejado enfermedad residual en el campo. De hecho, los informes anatomopatológicos demuestran que la cápsula no estaba infiltrada en ningún caso. Sin embargo, debemos ser pesimistas respecto a la posibilidad de una nueva recidiva.

A. Morcillo, V. Calvo y J. Pastor

Servicio de Cirugía Torácica.

Hospital La Fe. Valencia.

1. Razuk MA, Urschel HC, Race GJ, Kingsley WB, Paulson DL. Liposarcoma of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 61: 819-826.
2. López L, Freixinet J, Rey A, Redondo E, Varela A. Liposarcoma mediastínico. *Cir Esp* 1990; 48: 717-719.
3. MacLean TR, Almassi GH, Hackbath DA, Janjan NA, Potish RA. Mediastinal involvement by mixoid liposarcoma. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 920-921.
4. Grieger TA, Carl M, Liebert HP, Cotelingam JD, Wagner KF. Mediastinal liposarcoma in a patient infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Med* 1988; 84: 366.
5. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors* (2.ª ed.). St. Louis: Mosby, 1989; 346-382.

Varices de venas pulmonares: una causa poco frecuente de nódulos pulmonares

Sr. Director: Las varices pulmonares son una anomalía poco frecuente consistente en una tortuosidad y dilatación anormal de una o más venas pulmonares antes de su entrada en la aurícula izquierda¹. Esta rara anomalía puede ser congénita o adquirida, estando estas últimas en relación con la valvulopatía mitral o una enfermedad hepática avanzada². Presentamos el caso de una mujer con varices pulmonares congénitas que se envió para estudio por nódulos pulmonares hallados en una radiografía de tórax.

Mujer de 62 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. Un año antes había sido valorada por el servicio de cardiología a raíz de dolor torácico, encontrando hipertrofia ventricular izquierda