

dad con una escasa supervivencia³. En este caso se realizó la exéresis completa de la lesión estando los bordes quirúrgicos libres, y aunque se administraron quimioterapia y radioterapia local, la supervivencia fue similar a la de otras series. Por tanto ante cualquier paciente varón, fumador, con afectación cutánea sospechosa de neoplasia debe considerarse el pulmón como principal origen del tumor primitivo.

J. Ortiz de Saracho, R. Castrodeza Sanz y G. Guzmán Dávila
Unidad de Neumología. Hospital del Bierzo. Ponferrada.

1. Tesashima T, Kanazawa M. Lung cancer with metastasis. *Chest* 1994; 105: 1.448-1.450.
2. Brownstein MH, Helwig EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol* 1972; 105: 862-867.
3. Pascual Lledó F, Terán Santos J, Rodríguez Pascual L, Remón Garijo ML. Metástasis cutáneas por carcinoma epidermoide de pulmón. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 281-282.
4. Jurado Gámez B, Hidalgo Nuchera E, Merino Romero J. Metástasis cutáneas, presentación inusual del cáncer de pulmón. *An Med Inter* 1995; 12: 346-348.
5. Brownstein MH, Helwig EB. Metastatic tumor of the skin. *Cancer* 1972; 29: 1.298-1.307.

Neurinoma del nervio vago

Sr. Director: Hemos leído con mucho interés la nota clínica publicada por Heras et al¹, aportando un nuevo caso de una rara lesión mediastínica como es el tumor neurogénico originado en el nervio vago. Precisamente por esta excepcionalidad creemos que debemos recordar una publicación realizada por nosotros hace unos años en la que describíamos, dentro de una amplia revisión sobre tumores neurogénicos del mediastino, un caso de neurinoma del neumogástrico derecho², precisamente el primer y único caso nacional publicado hasta entonces. Es posible que debido a que el referido trabajo se publicó en una revista actualmente desaparecida no haya sido encontrada en la búsqueda bibliográfica que, sin duda, es exhaustiva y en la que, desgraciadamente, no figura ningún autor nacional. En cuanto al contenido, quiero felicitar a los autores por la rigurosa y completa revisión realizada y hacer hincapié en la interesante coincidencia de ambas publicaciones nacionales en la frecuencia de los tumores neurogénicos del mediastino respecto al resto de tumores de esta localización y que se sitúa en el 4,9% en el trabajo de Heras et al¹ y en el 4,74% en el nuestro², y que esta frecuencia es en general mucho más alta (del 15 al 30%) en la mayoría de los estudios publicados³. La explicación habría que buscarla, entre otras, en el elevado porcentaje de bocios endotorácicos incluidos en nuestra serie (22,1%), lo que haría bajar la frecuencia relativa de los tumores neurogénicos. Y, para terminar, resaltar las coincidencias clinicopatológicas de ambos casos salvo en lo que se refiere a la localización, ya que este caso se

situaba en el hemitórax derecho en el que aparece con la mitad de frecuencia.

N. Llobregat Poyán, J.A. Garrido Alises y E. Folqué Gómez*

Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital Universitario del Aire.

*Hospital Universitario Gregorio Marañón.
Madrid.

1. Heras F, Ramos G, Castanedo M, Cortejo A, Duque JL, Yuste MG. Schwannoma del nervio vago intratorácico. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 360-362.
2. Llobregat N, Zapatero J, González AF, Orusco E, Pérez M, Métrida JM et al. Tumores neurogénicos del mediastino: estudio de nueve casos y análisis de su frecuencia en una revisión de la literatura de 8.789 casos. *Rev Quir Esp* 1986; 13: 74-78.
3. Shields TW. Primary lesions of the mediastinum and their investigation and treatment. En: Shields TW, editor. *General thoracic surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994; 1.724-1.769.

Nódulos pulmonares grandes como presentación de una sarcoidosis

Sr. Director: Los nódulos pulmonares grandes constituyen una forma infrecuente de presentación de la sarcoidosis intratorácica¹. En nuestro país, en una serie de 425 pacientes no se cita ningún caso². Su tamaño es variable y por lo general se describen menores a 1 cm. Estos nódulos corresponden a conglomerados de lesiones granulomatosas, por lo general menores de 0,4 mm y sus márgenes son de manera característica irregulares, debido a la presencia de granulomas periféricos que forman muescas en sus bordes³.

Recientemente hemos diagnosticado a un paciente con esta presentación cuya comunicación creemos de interés al familiarizararnos con las formas inusuales de la enfermedad.

Se trata de un varón de 29 años de edad, fumador de 10 paquetes/año sin antecedentes de interés, que consultó por un cuadro progresivo de 4 meses de evolución con astenia, anorexia, sensación febril vespertina, diaforesis, molestias articulares transitorias y recurrentes y disnea de grandes esfuerzos, añá-

diéndose los últimos días tos con expectoración hemoptoica. La exploración física mostraba un buen estado general destacando sólo crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares. Su hemograma, coagulación, VSG, orina y bioquímica general fueron normales, salvo GOT 50 U/l, GPT 86 U/l, FA 342 U/l, GGT 70 U/l; los anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide y la determinación del VIH fueron negativos. Baciloscopias seriadas de esputos fueron negativas y no se detectaron células neoplásicas en la citología. La radiografía de tórax mostró múltiples nódulos bilaterales de 2-4,5 cm, junto a adenopatías hiliares bilaterales y paratraqueales derechas (fig. 1). La TAC torácica confirmó estos hallazgos apreciando las imágenes nodulares con bordes irregulares espiculados y sin broncograma aéreo (fig. 2). La gasometría arterial fue normal. La espirometría forzada mostró FVC 3.490 (77%), FEV₁ 2.740 (75%), FEV₁% 79%, FEF 25-75% y 51%. El Mantoux 2 uT (PPD-RT-23) fue negativo (0 mm). Se practicó fibrobroncoscopia apreciando pequeñas zonas, de 0,5 cm, pálidas y elevadas, sobre una mucosa enrojecida; se tomaron BAS, biopsia bronquial y transbronquial con estudio bacteriológico negativo, ausencia de células neoplásicas, fibrosis y descamación alveolar, por lo que se practicó una mediastinoscopia, obteniéndose ganglios linfáticos con inflamación granulomatosa epitelioidea de tipo sarcoide. El paciente fue tratado con glucocorticoides (Deflazacort 60 mg/día) quedando asintomático en los dos primeros meses y normalizándose la radiografía al cuarto mes.

La presencia de nódulos pulmonares grandes sugiere el origen metastásico como el más probable, y aunque raro como primera manifestación de una neoplasia, en un varón joven, obliga a descartar un carcinoma testicular⁴. La asociación con adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas hace considerar la posibilidad de un linfoma y de la sarcoidosis nodular.

En este subgrupo de pacientes con sarcoidosis existen pocas descripciones en su presentación, evolución y respuesta al tratamiento, pero en general no existen diferencias importantes con los cuadros de presentación típicos⁵.

En la sarcoidosis es bien conocida la mala correlación entre la radiografía de tórax y el estudio funcional, contrastando de las pruebas

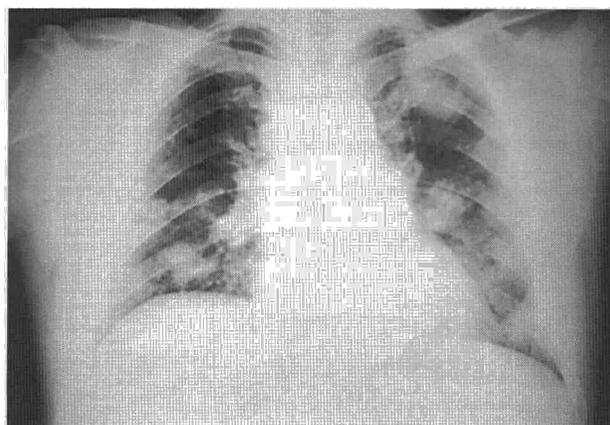


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax con nódulos pulmonares bilaterales de hasta 4,5 cm con bordes mal definidos y aumento de densidad hilar bilateral y paratraqueal derecho.