

Neumotórax recidivante como manifestación inicial de un mesotelioma pleural

Sr. Director: El mesotelioma es una rara neoplasia de origen pleural relacionada con el asbesto y cuya incidencia se cifra en 2,2/1.000.000/año en USA y Gran Bretaña¹. Sus manifestaciones iniciales son las derivadas de la existencia de un derrame pleural unilateral, que suele ser masivo y recidivante en un alto porcentaje de casos¹. Una forma de presentación inicial excepcional es la presencia de un neumotórax espontáneo^{2,3}. Presentamos el caso de un mesotelioma maligno que debutó como hidroneumotórax espontáneo en un paciente sin exposición conocida al asbesto.

Varón de 67 años sin antecedentes laborales de exposición al asbesto. Fumador de 30 cigarrillos/día hasta 7 años antes, con clínica y tos y expectoración habitual. Consultó en marzo de 1991 por presentar 20 días antes un episodio de disnea brusca que duró una hora y desde entonces disnea progresiva y dolor en hemitórax izquierdo. En la figura 1 se muestra la radiografía de tórax inicial. Líquido pleural (LP): serofibrinoso, con pH 7,24, glucosa 12 mg/dl, proteínas 5,6 g/dl, LDH (láctico dehidrogenasa) 2.859 IU, ADA (adenosin deaminasa) 44 IU, CEA (antígeno carcinoembrionario) 0,92 ng/ml, 3.600 hemáties/mm³ y 800 leucocitos/mm³, 63 % mononucleares; cultivo, baciloscopia y cultivo de micobacterias de LP negativos; citología de LP: mesotelio reactivo. Mantoux positivo. Se colocó un drenaje torácico, obteniendo un total de 1.400 cc de LP y sin que el pulmón se reexpandiera por completo; al mes persistía una cámara apical inferior al 20 % sin derrame pleural, que en controles posteriores se fue transformando en un engrosamiento pleural. Fibrobroncoscopia normal; citología y cultivos del broncoaspirado negativos. TAC torácica: engrosamiento pleural irregular de alta densidad a nivel de cisura mayor, pleura parietal y pleura mediastínica. Biopsia pleural ciega: inflamación crónica reparativa con notable hiperplasia mesotelial. Toracoscopia: se aprecian nódulos blanquecinos y hemorrágicos recubriendo pleura parietal, visceral, mediastínica y las superficies de la cisura mayor izquierda; no se hizo talcaje por la ausencia de líquido. En la biopsia se comprobó mesotelioma de predominio epitelial con patrón sólido que sobrepasaba la pleura visceral e invadía el pulmón adyacente; el estudio inmunohistoquímico era positivo para queratina y negativo para CEA. Se hizo radioterapia sobre la cicatriz y la cavidad; a los 7 meses del diagnóstico estaba con intensa limitación de su actividad por dolor.

La exposición al asbesto se ha relacionado con la aparición de mesoteliomas, el intervalo desde la exposición a la aparición del tumor puede llegar a 40 años y, a diferencia de otras patologías como fibrosis pulmonar o placas pleurales, no existe relación entre el tiempo de exposición y el desarrollo del tumor¹; en nuestro caso no se encontró un antecedente de exposición conocida al asbesto. La presentación inicial de un mesotelio-

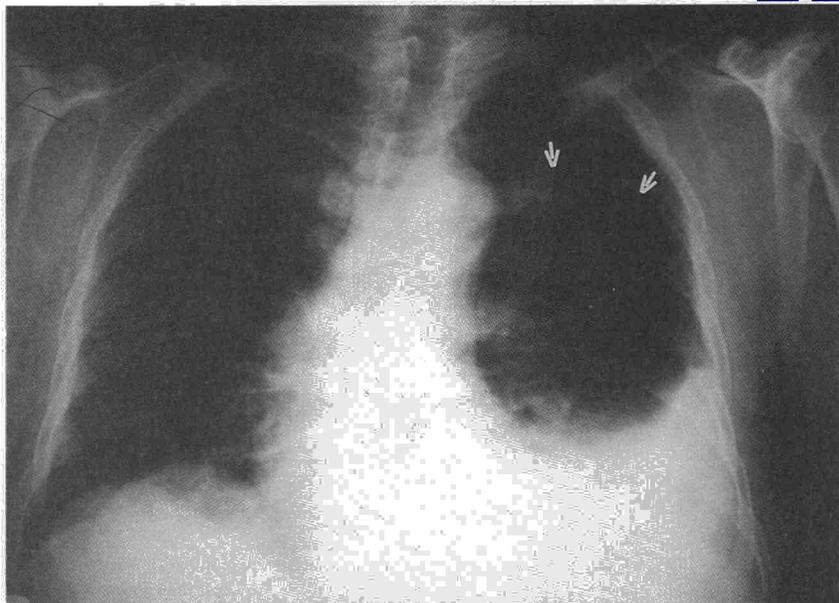


Fig. 1. Hidroneumotórax izquierdo.

ma como neumotórax espontáneo es excepcional; algunos² lo consideran inferior al 2 %; en nuestro medio sólo ha habido una comunicación⁴ y alguna aportación reciente individualizada^{5,6}. La patogenia del neumotórax en este caso podría explicarse por la invasión tumoral de la pleura visceral y el pulmón subyacente que originaría necrosis y rotura de la misma, o bien por la coexistencia de un complejo bulloso apical. El comportamiento inicial del neumotórax y de la recidiva fueron anormales y, aunque no hubo fuga aérea persistente, el pulmón no se llegó a reexpandir por completo al igual que en otros casos similares⁵. Los hallazgos bioquímicos del LP son inespecíficos, igualmente la citología del LP y la biopsia ciega, siendo insuficientes para llegar al diagnóstico, teniendo que recurrir a la toracotomía y más recientemente a la pleuroscopia para conseguir un diagnóstico de certeza². El estudio histoquímico de las biopsias es fundamental para distinguirlo de los adenocarcinomas. El tumor en su evolución tiende a crecer invadiendo estructuras vecinas, rodeando todas las superficies pleurales; en nuestro caso existía crecimiento hasta en las superficies de la cisura mayor y a nivel de la pleura mediastínica, con ausencia de adenopatías y respeto del árbol bronquial, aunque en las biopsias sí invadía el pulmón. La evolución depende del estadio en que se encuentre y de la variedad histológica. Nuestro enfermo estaba en un estadio I, con una supervivencia aproximada de unos 10 meses¹. La eficacia terapéutica de la cirugía, radioterapia y quimioterapia no está bien establecida y frecuentemente se recurre a tratamientos sintomáticos encaminados a aliviar el dolor, impedir la diseminación o mejorar la disnea cuando se presentan derrames pleurales masivos mediante pleurodesis².

I. Alfageme Michavila, L. Moreno Arrastio y F. Rodríguez Panadero*
Sección de Neumología. Hospital Universitario de Valme y *Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

1. Light RW. Malignant and benign mesotheliomas. En: Light RW, eds. *Pleural diseases*. Philadelphia: Lea & Febiger 1983: 91-99.
2. Law MR, Hodson ME, Turner Warwick M. Malignant mesothelioma of the pleura: clinical aspects and symptomatic treatment. *Eur J Respir Dis* 1984; 65:162-168.
3. Hillerdal G. Malignant mesothelioma 1982: review of 4.710 published cases. *Br J Dis Chest* 1983; 77:321-343.
4. Freixinet J, Pera M, Ramírez J, Sánchez-Lloret J. Mesotelioma pleural que se manifiesta como neumotórax espontáneo. *Med Clin (Barc)* 1985; 85:770-771.
5. Mannes GP, Gouw AS, Berendsen HH, Verhoeff AJ, Postmus PE. Mesothelioma presenting with pneumothorax and interlobar tumour. *Eur Respir J* 1991; 4:120-121.
6. Handa SI, Wilkinson AG. Recurrent pneumothorax: an unusual presentation of malignant mesothelioma. *Scott Med J* 1989; 6:566.

Neumopericardio espontáneo en el curso de una crisis asmática

Sr. Director:

El aumento de la presión intraalveolar puede provocar la ruptura de la membrana alveolar con el consiguiente paso de aire al intersticio. Este puede diseccionar progresivamente el espacio perivascular y peribronquial en dirección al hilio, donde alcanza el mediastino o el pericardio. Presentamos el caso de un paciente que en el curso de una crisis asmática desarrolló un neumopericardio.

Varón de 23 años con antecedentes de asma extrínseca desde los tres años. Desde el inicio de la primavera, su proceso de base se agudizó, por lo que precisó un incremento