



**Fig. 1.** Lesión metastásica sobreelevada en el ala nasal izquierda (A) y radiografía de tórax posteroanterior y lateral (B), que muestra una lesión irregular en el lóbulo superior izquierdo, indicativa de carcinoma broncogénico.

## Bibliografía

1. Brady LW, O'Neill EA, Farber SH. Unusual sites of metastases. *Semin Oncol.* 1977;4:59-64.
2. Brownstein MH, Helwing EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol.* 1972;105:862-8.
3. Coslett LM, Katlic MR. Lung cancer with skin metastasis. *Chest.* 1990;97:757-9.
4. Terashima T, Kanazawa M. Lung cancer with skin metastasis. *Chest.* 1994;106:1448-50.
5. Vila Justribo M, Casanova Seuma JM, Portero L, Egido R. Metástasis cutáneas como primera manifestación de carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol.* 1994;30:314-6.
6. De Simoni I, Iacovelli P, Lunghi F, Peris K, Chimenti S. "Clown nose" as a first manifestation of lung carcinoma. *Acta Derm Venereol.* 1997;77:406-7.
7. Soyer HP, Cerroni L, Smolle J, Kerl H. "Clown nose" skin metastasis of breast cancer. *Z Hautkr.* 1990;65:929-31.

8. Rubinstein RY, Baredes S, Caputo J, Galati L, Schwartz RA. Cutaneous metastatic lung cancer: literature review and report of a tumor on the nose from a large cell undifferentiated carcinoma. *Ear Nose Throat J.* 2000;79:96-101.
9. Nesi R, Lynfield Y. Rhinophymalike metastatic carcinoma. *Cutis.* 1996;57:33-6.

Ana Camarasa Escrig\*, Eusebi Chiner Vives y José N Sancho Chust

Sección de Neumología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anacamarasa@hotmail.com](mailto:anacamarasa@hotmail.com) (A. Camarasa Escrig).

doi:10.1016/J.Arbres.2008.02.003

## Bloqueo continuo del plexo braquial por vía interescalénica: una causa poco común de derrame pleural

### Continuous interscalene brachial plexus block: A rare cause of pleural effusion

Sr. Director:

Comunicamos un caso poco común de derrame pleural transitorio debido a un bloqueo interescalénico del plexo braquial.

Una mujer de 80 años de edad ingresó en la Unidad de Cirugía Ortopédica por rotura de los tendones de los músculos subescapular y supraespinoso del hombro derecho. En su historial clínico no había ningún dato destacable. Los exámenes clínicos y de laboratorio habituales que se le realizaron durante el preoperatorio resultaron normales, al igual que la gasometría arterial y la radiografía del tórax.

Se le realizó una artroscopia del hombro derecho. Tras una intervención quirúrgica satisfactoria, se inició bloqueo continuo del plexo braquial por vía interescalénica a fin de proporcionar

analgesia postoperatoria. La mañana siguiente a la intervención, la paciente se quejaba de disnea y de dolor torácico, por lo que se la remitió al Departamento de Neumología. Durante la exploración física se observó una reducción de ruidos respiratorios y egofonía en la región inferior del pulmón derecho. La radiografía del tórax reveló un pequeño derrame pleural en el lado derecho. Los resultados de un nuevo análisis de laboratorio fueron normales y el electrocardiograma también resultó normal. Se practicó una toracentesis y se extrajeron 50 ml de líquido pleural. El análisis del derrame muestra características de exudado con predominio de linfocitos (75%). Los cultivos y la citología del líquido dieron resultados negativos. Se realizó una tomografía computarizada helicoidal del tórax para excluir la posibilidad de una embolia pulmonar. El único hallazgo de interés fue un pequeño derrame pleural en el lado derecho, con atelectasia de las regiones pulmonares inferiores subyacentes. Se extrajo el catéter interescalénico. Durante los días posteriores los síntomas de la paciente mejoraron de forma gradual, y el sexto día del postoperatorio el derrame pleural se había resuelto por completo sin ninguna otra intervención.

Según nuestro conocimiento, éste es sólo el segundo caso publicado de derrame pleural tras un bloqueo continuo interescalénico del plexo braquial para analgesia postoperatoria<sup>1</sup>. Este procedimiento es común en las intervenciones quirúrgicas de las extremidades superiores y del hombro, y por lo general se considera seguro. No obstante, se han observado varias complicaciones, entre ellas parada cardíaca, neumotórax, toxicidad para el sistema nervioso central, aspiración de sangre, crisis convulsivas, atelectasia y lesiones nerviosas<sup>2-4</sup>, si bien su frecuencia es sumamente baja. También se han observado anomalías en la función pulmonar y la mecánica de la pared torácica, debidas a la importante parálisis homolateral del nervio frénico y del hemidiafragma correspondiente<sup>5,6</sup>. Este efecto es reversible tras la extracción del catéter. El mecanismo por el que se forma líquido

pleural durante un bloqueo continuo del plexo braquial interescalénico es un tanto desconocido. Probablemente se deba a la irritación de la pleura por el catéter, a la atelectasia subyacente o a fugas de medicamento anestésico a la cavidad pleural. La naturaleza benigna de esta complicación sumamente infrecuente se confirmó con la desaparición del derrame tras la extracción del catéter interescalénico y la exclusión de otros diagnósticos posibles. Es fundamental mantener una estrecha supervisión del paciente durante los días posteriores.

## Bibliografía

1. Souron V, Reiland Y, Delaunay L. Pleural effusion and chest pain after continuous interscalene brachial plexus block. *Reg Anesth Pain Med* 2003;28:535-8.
2. Borgeat A, Ekatothramis G, Kalberer F, Benz C. Acute and nonacute complications associated with interscalene block and shoulder surgery. *Anesthesiology* 2001;95:875-80.
3. Turker G, Demirag B, Ozturk C, Uckunkaya N. Cardiac arrest after interscalene brachial plexus block in the sitting position for shoulder arthroscopy: a case report. *Acta Orthop Belg* 2004;70:84-6.
4. Sardesai AM, Chakrabarti AJ, Denny NM. Lower lobe collapse during continuous interscalene brachial plexus local anesthesia at home. *Reg Anesth Pain Med* 2004;29:65-8.
5. Urmey WF, McDonald M. Hemidiaphragmatic paresis during interscalene brachial plexus block: effects on pulmonary function and chest wall mechanics. *Anesth Analg* 1992;74:352-7.
6. Pere P, Pitkanen M, Rosenberg DH, Bjorkenheim JM, Linden H, Salorinne Y, et al. Effect of continuous interscalene brachial block on diaphragm motion and on ventilatory function. *Acta Anesthesiol Scand* 1992;36:53-7.

Psthakis Kostas \*, Kokkonouzis Ioannis y Polizois Fotis  
Departamento de Neumología, Hospital Militar General, Atenas,  
Grecia

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: kpsazakis@hol.gr (P. Kostas).

doi:10.1016/J.Arbres.2008.02.001

## Derrame pleural asociado al tratamiento con pergolida

### *Pleural effusion caused by pergolide*

Sr. Director:

La pergolida es un derivado ergótico, agonista dopaminérgico, que se emplea en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. La administración de derivados ergóticos se ha asociado a fibrosis retroperitoneal, derrame y engrosamiento pleurales, neumonitis aguda, pericarditis o derrame pericárdico y fibrosis de válvulas cardíacas<sup>1-3</sup>. Presentamos un caso de derrame y fibrosis pleural secundarios a pergolida, que se resolvió completamente después de la retirada del fármaco.

Varón de 77 años con antecedentes de hernia de hiato, enfermedad pulmonar obstructiva crónica de intensidad leve y enfermedad de Parkinson desde hacía 5 años. Recibía tratamiento con carbidopa (125 mg/día), levodopa (950 mg/día) y pergolida (0,75 mg/día) desde hacía 3 años. En los últimos 2 meses, debido a un empeoramiento clínico, se aumentó la dosis de pergolida hasta 1,5 mg/día. El paciente consultó por dolor pleurítico izquierdo, tos, expectoración hemoptoica y febrícula de 15 días de evolución. En la exploración física se objetivó hipofonía en el hemitórax izquierdo y la radiografía de tórax mostró un derrame pleural izquierdo. Se realizó una toracentesis y se obtuvo un líquido serohemático con características bioquímicas de exudado, valores

normales de adenosindesaminasa y citología con infiltrado inflamatorio linfocitario. Se efectuó una fibrobroncoscopia que mostró un moderado proceso inflamatorio bilateral con citología y cultivos negativos. Se practicó una gammagrafía de ventilación-perfusión que fue indeterminada para tromboembolia pulmonar. La tomografía computarizada de tórax no evidenció imágenes de tromboembolia pulmonar y mostró un derrame pleural izquierdo.

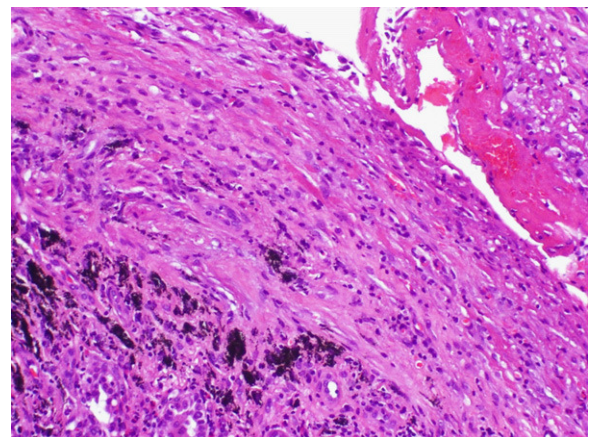


Figura 1. Biopsia pleural: infiltrado linfocitario con áreas de fibrosis, sin granulomas ni atipias celulares (hematoxilina-eosina, × 20).