

carcinoide, tumor fibroso benigno de pleura y el sarcoma neurogénico. Desde el primer caso de leiomioma publicado por Davidsohn en 1907, han sido publicados hasta la fecha poco más de 100 casos^{3,2}. Las series publicadas, que en general constan de 12-14 pacientes en seguimientos de 30 años, muestran la rareza de este tipo de tumores que no llegan al 0,5% de todos los tumores pulmonares malignos¹. En general afectan a personas por encima de la 6.ª década de la vida, aunque han sido descritos ocasionalmente en niños⁷.

Tienen poca expresividad clínica. Las manifestaciones más frecuentes son la tos, dolor torácico, disnea, hemoptisis, astenia y repercusión general⁵. Dada la tendencia invasora y el rápido crecimiento de estos tumores, se diagnostican en etapas avanzadas, incluso cuando ya han producido metástasis en cerebro, pulmón y/o estructuras óseas, las cuales se producen por vía hematogena¹.

El tratamiento que ha mostrado mejores resultados es el quirúrgico. Las opciones son la lobectomía o la neumonectomía que en ocasiones puede requerir la resección de sectores de la pared torácica, diafragma o estructuras vasculares⁶. El tratamiento adyuvante en base a radio o quimioterapia, si bien no ha mejorado la supervivencia, está indicado en los casos de resección incompleta, en tumores técnicamente irresecables y en tumores con alto grado de malignidad histológica⁸.

Los factores de mal pronóstico han sido descritos: el tamaño tumoral (más de 4-5 cm), el grado de malignidad histológica, la invasión endobronquial y la imposibilidad de realizar una resección completa^{1,6}.

doi:10.1016/j.arbres.2009.12.002

Bibliografía

1. Corpa-Rodríguez ME, Mayoralas-Alises S, García-Sánchez J, Gil-Alonso JL, Díaz-Agero P, Casillas-Pajuelo M. Evolución posquirúrgica de 7 sarcomas pulmonares primitivos. Arch Bronconeumol. 2005;41:634-7.
2. Alexandre N, Odashiro A, Mijji O. Primary lung leiomyosarcoma detected by bronchoscopy cytology. Diagnostic Cytopathology. 2005;33:220-2.
3. Ramanathan T. Primary leiomyosarcoma of the lung. Thorax. 1974;24:482-9.
4. Etienne-Mastroianni B, Falchero L, Chalabreysse L, Loire R, Ranchère D, Souquet PJ, et al. Primary sarcomas of the lung. A clinicopathologic study of 12 cases. Lung Cancer. 2002;38:283-9.
5. Fadhlí HA, Harrison HW, Shaddock SH. Primary Pulmonary Leiomyosarcoma: Review of the Literature and Report of One New Case. Chest. 1965;48:431-3.
6. Porte HL, Metois DG, Leroy X, Conti M, Gosselin B, Wurtz A. Surgical treatment of primary sarcoma of the lung. Eur J Cardiothorac Surg 2000;18(2):136-42.
7. Lai DS, Lue KH, Su JM, Chang H. Primary bronchopulmonary leiomyosarcoma of the left main bronchus in a child presenting with wheezing and atelectasis of the left lung. Pediatric Pulmonology. 2002;33:318-21.
8. Corpa-Rodríguez ME, Mayoralas-Alises S, García-Sánchez J, Gil-Alonso JL, Díaz-Agero P, Casillas-Pajuelo M. Evolución posquirúrgica de 7 sarcomas pulmonares primitivos. Arch Bronconeumol. 2005;41:634-7.

Raúl Rozada, Álvaro Vila y Leonardo Sosa *

Clínica Médica B, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: leososa@hc.edu.uy, leonarsosa@gmail.com (L. Sosa).

Toracocentesis paliativa en países de bajos recursos

Palliative Thoracocentesis in Low Income Countries

Sr. Director:

He leído con gran interés el trabajo publicado recientemente por Cases et al¹ acerca de su experiencia con el uso de un catéter tunelizado comercial en pacientes con derrame pleural maligno. Este trabajo ha demostrado ser una opción efectiva para el control del derrame pleural maligno recurrente, cuando existe la experiencia suficiente en su uso y las facilidades necesarias para el manejo del paciente como externo. No obstante, en países subdesarrollados, como el nuestro, la falta de disponibilidad de este dispositivo de drenaje pleural, la escasa experiencia en su uso y los elevados costos derivados de su cuidado, así como de la adquisición de botellas al vacío específicas, hacen muy poco factible su aplicación en nuestro medio. Esta situación hace del drenaje pleural con tubo, la toracocentesis repetida y el uso de catéteres de pequeño calibre, como los principales métodos paliativos en el tratamiento de pacientes con derrame pleural maligno sintomático. Con el objetivo de disminuir las incomodidades y los costos derivados de la hospitalización de estos pacientes y, a su vez, considerando la elevada carga de trabajo institucional en nuestro país, nosotros hemos utilizado una técnica personalizada de toracocentesis evacuadora con ayuda de la succión de pared. Bajo los mismos principios de la técnica de toracocentesis, y de preferencia guiándonos por ultrasonido en la localización del punto de mayor declive, nuestro método consiste en la aspiración de aquel líquido pleural libre de adherencias mediante el uso de una jeringa de 3 ml como adaptador entre un angiocat fenestrado y una línea de 6 mm de diámetro (Argyle

connecting tube; Kendall-LTP; Chicopee, MA), procedente del sistema colector al vacío de pared (fig. 1). El regulador de succión de pared reduce las elevadas presiones negativas a niveles más fisiológicos. La succión debe ser suave y similar al flujo generado por una jeringa durante una toracocentesis convencional. Opcionalmente, puede interponerse una llave de 3 vías entre la jeringa y el catéter a manera de válvula reguladora manual o bien, con el objetivo de monitorear la presión intrapleural con alguna metodología descrita previamente. El procedimiento deberá ser interrumpido, si se asocia a dolor torácico opresivo, disnea u otro síntoma significativo, aún si persistiese una cantidad substancial de derrame pleural. Una ventaja de la aspiración continua es minimizar el riesgo de neumotórax iatrogénico, que en teoría pudiera presentarse mayormente durante la manipulación intermitente con jeringa. Al terminar de drenar el líquido, se introduce una guía metálica a través del angiocat y mediante la técnica de Seldinger se inserta a la cavidad pleural un catéter venoso central de 20 cm de longitud y con 2 o 3 lúmenes (Arrow International, Reading, Pensilvania, EE.UU.). El catéter puede ser utilizado tanto para el drenaje diario de líquido pleural en aquellos casos recidivantes como para la realización de pleurodesis química en forma ambulatoria. La efectividad con el uso de catéteres de diámetro pequeño ya ha sido demostrada en estudios anteriores^{2,3}. El inconveniente de su mayor probabilidad de obstrucción es compensado por su fácil manipulación y recambio en caso necesario. Además, la técnica de inserción es menos cruenta y por lo tanto requiere de menos anestesia local. No obstante, su uso pudiera verse limitado ante la presencia de fistula broncopleural maligna, situación en la que un catéter de mayor diámetro o un tubo torácico pudieran permitir mayores flujos durante la aspiración de líquido y/o aire. Aquí, pudiera ser de utilidad la conexión del tubo torácico a una bolsa urinaria, ya

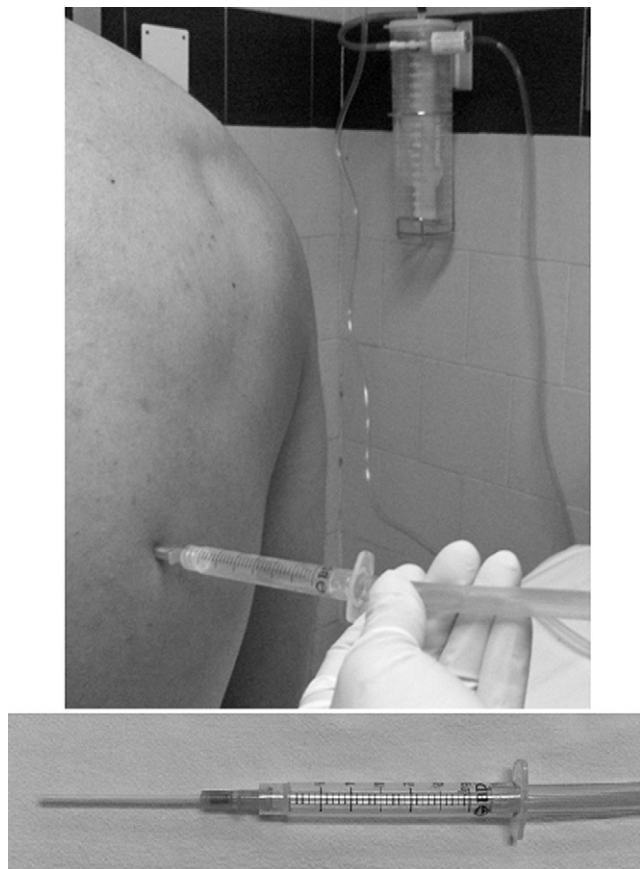


Figura 1. Arriba, procedimiento de toracocentesis terapéutica con ayuda de la succión de pared. Abajo, angio-CAT fenestrado en su tercio distal con un bisturí y conectado a la tubería de succión por medio de una jeringa de 3 ml.

que esta posee un mecanismo valvular que impide el reflujo de su contenido y puede ser vaciada con facilidad⁴. Con las técnicas aquí descritas, nuestro objetivo principal es proponer ideas para

doi:10.1016/j.arbres.2010.01.004

Carcinoma de células acinares de pulmón

Acinar Cell Carcinoma of the Lung

Sr. Director:

Se trata de un varón de 55 años, consumidor de 2 paquetes de cigarrillos al día y 100g de alcohol al día, con antecedentes de hipertensión arterial, isquemia arterial crónica de grado IV en extremidades inferiores, bronquitis crónica, polineuropatía enólica y carencial, y 2 ingresos para estudio de síndrome constitucional. En el primero de ellos, en mayo de 2005, se realizaron fibrogastroscoopia, fibrocolonoscopia, ecografía abdominal y tomografía computarizada (TC) toracoabdominal, y se halló un nódulo indeterminado de 1 cm en llingula. El segundo ingreso por este motivo fue en diciembre de 2006, en el que se realizó una nueva TC que puso de manifiesto un área de consolidación en la llingula, de morfología pseudonodular, con broncograma aéreo en su interior, de 2 cm. Ambos ingresos se atribuyeron al trastorno por dependencia alcohólica. Para el control de la lesión pulmonar fue derivado a consultas de neumología, donde se indicó la realización

mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes con derrame pleural maligno en instituciones con escasos recursos cuya misión es la de brindar seguridad al paciente con acciones sencillas, económicas y de fácil implementación, con un sentido ético, humano y de calidad.

Bibliografía

1. Cases E, Seijo L, Disdier C, Lorenzo MJ, Cordovilla R, Sanchis F, et al. Uso del drenaje pleural permanente en el manejo ambulatorio del derrame pleural maligno recidivante. Arch Bronconeumol. 2009;45:591-6.
2. Seaton KG, Patz EF, Goodman PC. Palliative treatment of malignant pleural effusions: Value of small-bore catheter thoracostomy and doxycycline sclerotherapy. Am J Roent. 1995;164:589-91.
3. Saffran L, Ost DE, Fein AM, Schiff MJ. Outpatient pleurodesis of malignant pleural effusions using a small bore pigtail catheter. Chest. 2000;118:417-21.
4. Kuan YC, How SH, Yudisthra G, Ng TH, Fairus M, Sapari S. The urine bag used in pneumothorax. Med J Malaysia. 2008;63:79-80.

René Agustín Flores-Franco

Neumología, Hospital General Regional, Sistema Estatal de Salud, Chihuahua, México

Correo electrónico: rflores99@Prontomail.com

de un PET y pruebas funcionales respiratorias, que el paciente no se llegó a realizar por motivos personales. Acude por disnea progresiva de 10 días, sin incremento de la tos habitual ni fiebre. A su llegada a Urgencias se encontraba normotenso, afebril, con estigmas de enolismo crónico, tonos cardíacos arrítmicos a 100 lpm, hipofonosis global en hemitórax izquierdo, hipocondrio derecho doloroso, hepatomegalia de 3 traveses de dedo y nistagmus horizontal bilateral. El electrocardiograma mostraba fibrilación auricular a 126 lpm, eje del QRS a 0° y bloqueo de rama izquierda del haz de His. A nivel analítico se observó VCM elevado y parámetros de actividad inflamatoria. En la radiografía de tórax se objetivó una masa parahiliar izquierda con pérdida de volumen del pulmón izquierdo. Se realizó una TC torácica, en la que se visualizó una masa de aproximadamente 3 cm en lóbulo superior izquierdo, con engrosamientos peribroncovasculares en hilio pulmonar ipsilateral y adenopatías de tamaño significativo en mediastino e hilio pulmonar contralateral, siendo estos hallazgos altamente sugestivos de neoplasia pulmonar con afectación mediastínica ipsilateral y contralateral, así como derrame pleural izquierdo con engrosamientos nodulares hipercaptantes en pleura de seno costofrénico izquierdo, que podrían sugerir implantes tumorales