

## Cartas al Director

**Schwannoma del nervio vago intratorácico****Intrathoracic Vagal Nerve Schwannoma**

Sr. Director:

Los tumores neurogénicos representan aproximadamente el 20% de todas las neoplasias mediastínicas en los adultos<sup>1</sup>. Anatómicamente, pueden derivar de la vaina nerviosa, de las células ganglionares o del sistema paraganglionar. La mayoría son tumores benignos y se localizan en el mediastino posterior, a nivel del surco paravertebral, procedentes de la raíz de un nervio intercostal o del simpático<sup>2</sup>. Solamente entre el 4 y el 6% se originan en el compartimento visceral, a partir de las vainas nerviosas del nervio vago o frénico<sup>3</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 53 años, con antecedentes personales de HTA y parálisis facial periférica derecha desde hacía 2 años. En el estudio de una posible miopatía se encontró en la radiología simple de tórax una masa mediastínica posterior, motivo por el cual fue remitido a nuestra consulta. Se completó el estudio con una TAC de tórax que confirmó la masa de 63 x 57 mm, hipodensa, tabicada y localizada en el mediastino posterior (fig. 1). Provocaba compresión y desplazamiento de la luz del tercio inferior del esófago y de la pared posterior de la aurícula izquierda, compatible con un posible leiomioma esofágico. Se efectuó una toracotomía posterior izquierda, a través del 7.º espacio intercostal, encontrando una tumoración quística y encapsulada, localizada en el trayecto del nervio vago izquierdo. La lesión era extra esofágica y estaba

recubierta por la pleura mediastínica paraesofágica. Se resecó completamente tras ligar los pedículos vasculares y liberar las adherencias sobre el esófago. El informe histopatológico reveló un tumor quístico de 65 x 58 mm, unilocular, que presentaba el patrón clásico bifásico de alternancia de áreas de Antoni tipo A y tipo B de los schwannomas benignos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta hospitalaria el tercer día tras la intervención.

Actualmente continúa asintomático y libre de enfermedad, tras 26 meses de seguimiento.

Los schwannomas son tumores de la vaina nerviosa procedentes de las raíces nerviosas o de los nervios periféricos<sup>4</sup>. Con mayor frecuencia se localizan en cabeza, cuello y extremidades<sup>1,2</sup>. También pueden presentarse dentro del tórax, procedentes de la cadena simpática, de las raíces nerviosas espinales, de los nervios intercostales, del plexo braquial, del nervio frénico o del nervio vago<sup>1,2</sup>. Los schwannomas del nervio vago se localizan sobre todo en el lado izquierdo<sup>5</sup>, como en este caso, por ser el tronco nervioso más largo y grueso.

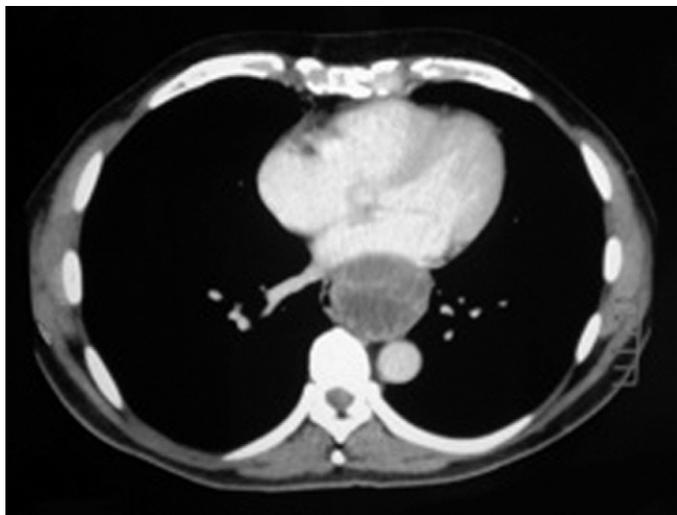
Habitualmente no suelen provocar sintomatología<sup>4</sup>, salvo por compresión de estructuras vecinas, apareciendo habitualmente como hallazgos radiológicos incidentales<sup>3,4</sup>. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica<sup>2</sup>, que además permite el diagnóstico. El abordaje puede realizarse a través de una toracotomía o por videotoracoscopia<sup>2</sup>. Esta última puede estar contraindicada en tumores mayores de 6cm<sup>5</sup>. En nuestro caso, se decidió realizar un abordaje a través de una toracotomía posterior en el 7.º espacio intercostal, debido al tamaño de la lesión y al diagnóstico diferencial con una tumoración esofágica, del tipo leiomioma o tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

La exéresis completa de los schwannomas benignos se considera curativa, ya que la recurrencia es muy poco frecuente.

Aunque son muy raros, los schwannomas del nervio vago deberían incluirse en el diagnóstico diferencial de masas mediastínicas posteriores íntimamente asociadas al esófago, junto con otros tumores neurogénicos mediastínicos, los linfomas, las lesiones quísticas mediastínicas y los tumores esofágicos.

**Bibliografía**

1. Rammos KS, Rammos SK, Foroulis CN, Zaramboukas TK. Schwannoma of the vagus nerve, a rare middle mediastinal neurogenic tumor. *J Cardiothorac Surg*. 2009;4:68.
2. Embún Flor R, García Tirado FJ, Rivas de Andrés JJ. Tumores del mediastino. En: Villasante C, editor. *Enfermedades Respiratorias*. 2.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2010. p. 887-904.
3. Davis CJ, Butchart EG, Gibbs AR. Neurilemmoma of the intrathoracic vagus nerve. *Eur Respir J*. 1991;4:508-10.
4. Heras F, Ramos G, Castanedo M, Cortejoso A, Duque JL, Yuste MG. Schwannoma of the intrathoracic vagus nerve. *Arch Bronconeumol*. 1997;33:360-2.



**Figura 1.** Corte axial de tomografía computarizada que muestra una masa mediastínica posterior que comprime la luz esofágica y la aurícula izquierda.

5. Huang TW, Yang MH, Cheng YL, Tsai WC, Lee SC. Vagus nerve schwannoma in the middle mediastinum. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2010;58:312-4. Epub 2010 Aug 2. Review.

Patricia Menal Muñoz\*, Francisco Javier García Tirado y Juan José Rivas de Andrés

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [p.menal@hotmail.com](mailto:p.menal@hotmail.com) (P. Menal Muñoz).

doi:10.1016/j.arbres.2011.02.002

## Nuevos retos para el neumólogo en el diagnóstico de la infección latente tuberculosa: tratamientos biológicos y tuberculosis pulmonar

### *New Challenges for the Pulmonologist in the Diagnosis of Latent Tuberculosis Infection: Biological Treatment and Pulmonary Tuberculosis*

Sr. Director:

Cada vez existe más evidencia acumulada que cuestiona la seguridad del tratamiento con fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF) respecto al desarrollo de tuberculosis (TB). Aunque disponemos de más datos acerca del riesgo de TB en pacientes tratados con etanercept e infliximab, no es tan conocido el riesgo con relación al adalimumab. Presentamos el caso de un paciente con psoriasis en tratamiento con adalimumab que desarrolló tuberculosis pulmonar asociada a derrame pleural.

Se trata de un varón de 75 años, enólogo de profesión, con antecedentes de diabetes mellitus, espondiloartrosis y en tratamiento con adalimumab. Previamente al inicio del tratamiento presentaba una radiografía de tórax normal, una prueba de la tuberculina negativa, y al no presentar contactos de riesgo de TB no se indicó tratamiento de la infección latente tuberculosa (TILT). Un mes después del inicio del tratamiento consultó por un cuadro de tres semanas de evolución de dolor torácico en hemitórax derecho de carácter continuo, acompañado de febrícula, astenia y anorexia, sin tos ni expectoración añadidas. Había estado en tratamiento con ciprofloxacino durante una semana sin mejoría. En la radiografía de tórax se objetivó derrame pleural hasta la mitad del hemitórax derecho, con infiltrados alveolares segmentarios en el lóbulo superior izquierdo. El estudio del líquido pleural reveló un exudado no complicado de predominio linfocitario (65%), ADA 82 U/l, baciloscopia, tinción de Ziehl-Nielsen y PCR de micobacterias negativas, gram y cultivo de bacterias negativo. En el cultivo de micobacterias se confirmó la presencia de *M. tuberculosis complex* sensible a todos los fármacos. El paciente fue tratado con fármacos antituberculosos, retirándose el adalimumab sin complicaciones inmediatas. Durante el seguimiento presentó episodio de nefritis intersticial secundaria a adalimumab, resolviéndose tras la retirada del fármaco.

Los fármacos anti-TNF, como el etanercept, infliximab y adalimumab, son fundamentales en el tratamiento de enfermedades inflamatorias, pero el riesgo relativo de TB se incrementa de 1,6-25 veces con este tratamiento, dependiendo del contexto clínico, el fármaco utilizado y el país de origen<sup>1,2</sup>. La tasa de TB en pacientes tratados con anti-TNF es 3-4 veces mayor en los que reciben infliximab y adalimumab que en aquellos que reciben etanercept<sup>3</sup>. Un TILT con isoniacida durante 9 meses será adecuada en pacientes con la prueba de la tuberculina positiva, una radiografía de tórax

sugestiva de enfermedad o si ha habido contacto estrecho con un caso de tuberculosis<sup>4</sup>. Esta pauta ha demostrado disminuir en un 80% la incidencia de TB en nuestro país<sup>1</sup>. Nuestro paciente desarrolló tuberculosis con afectación pleural, a pesar de seguir las recomendaciones de prevención de TB de la Sociedad Española de Reumatología, por lo que interesa aportar más evidencias a las descritas recientemente sobre las complicaciones del tratamiento con adalimumab<sup>5</sup>. Aunque el tiempo transcurrido desde la introducción del adalimumab hasta el inicio de la clínica podría hacernos pensar en una reactivación, un mantoux negativo al inicio del tratamiento iría en contra de ello. La introducción del método diagnóstico basado en la producción *in vitro* de interferón gamma en respuesta a antígenos de *M. tuberculosis* (*interferon-gamma release assay* [IGRA]) sería de especial utilidad en pacientes en los que una tuberculina negativa no debe excluir una infección latente, distinguiendo los verdaderos positivos de los falsos positivos causados por la vacunación antituberculosa.

Los neumólogos tenemos un nuevo reto en el control de la TB: los pacientes que utilizan fármacos anti-TNF. La implementación de las nuevas técnicas de diagnóstico de la ILT serían de gran utilidad para este propósito.

### Bibliografía

- Solovic I, Sester M, Gómez-Reino JJ, Rieder HL, Ehlers S, Milburn HJ, et al. The risk of tuberculosis related to tumour necrosis factor antagonist therapies: a TBNET consensus statement. *Eur Respir J.* 2010;36:1185-206.
- Mankia S, Peters J, Kang S, Moore S, Ehrenstein M. Tuberculosis and anti-TNF treatment: experience of a central London hospital. *Clin Rheumatol.* 2011;30:399-401.
- Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, Lunt M, Galloway J, Ustianowski A. Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Ann Rheum Dis.* 2010;69:522-8.
- Carmona L, Gómez-Reino JJ, Rodríguez-Valverde V, Montero D, Pascual-Gómez E, Mola EM, et al. Effectiveness of recommendations to prevent reactivation of latent tuberculosis infection in patients treated with tumor necrosis factor antagonists. *Arthritis Rheum.* 2005;52:1766-72.
- Blanco Pérez JJ, Aranda Torres A, Pego Reigosa JM, Núñez Delgado M, Temes Montes E, Guerra Vales JL. Tuberculosis pulmonar en relación con adalimumab: estudio de 3 casos. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:203-5.

Fernanda Hernández González\*, Francisco Sanz Herrero y Tomás Lloret Pérez

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [ferhernandez@comv.es](mailto:ferhernandez@comv.es) (F. Hernández González).

doi:10.1016/j.arbres.2011.01.013