

Cartas al Director

Mesotelioma pleural secundario a radioterapia: una asociación infrecuente***Pleural Mesothelioma Secondary to Radiotherapy: A Rare Association***

Sr. Director:

El mesotelioma pleural es un tumor maligno poco frecuente asociado con la exposición al asbesto en más del 70% casos, aunque también se ha reportado su relación con el virus SV40, alteraciones genéticas y su relación con la exposición a radioterapia, fundamentalmente por tratamientos oncológicos¹.

Presentamos el caso de una mujer de 60 años que fue remitida a nuestra unidad ambulatoria de patología pleural por derrame pleural izquierdo. Refería dolor torácico izquierdo de características pleuríticas de 8 semanas de evolución, tos seca y deterioro del estado general. En la exploración física destacaba una auscultación pulmonar caracterizada por hipofonesis basal izquierda. No tenía antecedentes de tabaquismo, trabajaba como ama de casa y ni ella ni su familia tenían exposición tóxica ambiental ni laboral, incluyendo al asbesto. Así mismo, su zona de residencia habitual no se encontraba cerca de industrias relacionadas con el asbesto u otras posibles fuentes del mismo. Había sido tratada 10 años antes de un carcinoma ductal infiltrante de mama mediante mastectomía, quimioterapia y radioterapia. En la analítica destacaba: VSG 90 mm/h, PCR 42,9 mg/l, fibrinógeno 656 mg/dl y CA 15,3 44,1 U/ml. La prueba de tuberculina fue negativa. Tras la realización

de una toracocentesis diagnóstica el líquido cumplía características de exudado linfocitario, siendo el ADA de 21 UI/l y la citología negativa para malignidad. La biopsia pleural con aguja de Abrams guiada por ecografía torácica obtuvo fragmentos de tejido pleural y musculoesquelético sin alteraciones patológicas. La tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) mostraba hipercaptación en la pleura apical izquierda y en la zona subpleural basal izquierda con un SUV máximo de 6,8 y 3,8 g/ml, respectivamente (fig. 1). Ante la ausencia de diagnóstico se llevó a cabo una punción aspiración con aguja fina transtorácica guiada por TC en la zona de mayor hipercaptación del PET-TC cuyo análisis citológico evidenció la presencia de proliferación mesotelial atípica. El diagnóstico final anatomopatológico se obtuvo mediante una biopsia pleural por videotoracoscopia tras obtener un fragmento de tejido compatible con mesotelioma maligno pleural de tipo epitelial.

Los tratamientos oncológicos aumentan la supervivencia de los pacientes con cáncer. Estos individuos tienen el doble de riesgo de desarrollar un segundo tumor a lo largo de su vida debido a factores como la predisposición genética, exposición a factores cancerígenos como el tabaco y los tratamientos oncológicos basados en radioterapia y quimioterapia. La relación entre exposición a radioterapia y mesotelioma pleural ha sido documentada en la literatura en casos o series de casos clínicos. Han sido descritos tras recibir radioterapia como tratamiento de la enfermedad de Hodgkin seguido del tumor de Wilms, carcinoma de pulmón, ovario y mama, como en el caso que hemos descrito².

Existen diferencias en la latencia de desarrollo de mesotelioma tras la exposición a radioterapia así como en la edad de presentación

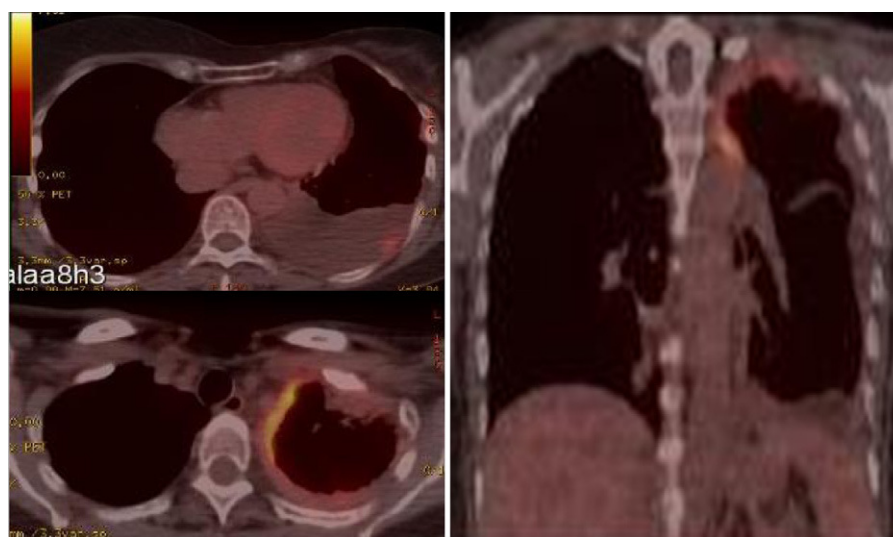


Figura 1. Imágenes de fusión de la PET-TC en la que se observan 2 focos de hipermetabolismo patológico en la zona apical pleural izquierda (SUV 6,8 g/ml) y en la subpleural basal izquierda (SUV 3,8 g/ml).

respecto al mesotelioma relacionado con la exposición a asbesto. Tras una revisión de la literatura publicada²⁻⁴ hemos identificado 6 casos descritos de mesotelioma pleural maligno inducido por radioterapia utilizada para el tratamiento de carcinoma mamario. El intervalo de tiempo entre la radiación y la aparición del mesotelioma osciló entre 10 y 30 años y la edad media de presentación del mesotelioma fue de 55 años. Se puede constatar en los mesoteliomas inducidos por asbesto un mayor intervalo de tiempo entre la exposición y la aparición del tumor (suele ser 30-40 años) así como una mayor edad de los pacientes.

Su diagnóstico es difícil, especialmente en los casos sin antecedente de exposición a asbesto y por la necesidad de una muestra amplia de tejido para realizar el estudio anatomopatológico. A pesar de que la citología pleural o la punción citológica nos pueden orientar, es precisa una técnica que nos aporte un fragmento de biopsia de tamaño óptimo. Así pues, la toracoscopia es la técnica diagnóstica de elección⁵. La PET-TC puede dirigir la zona de biopsia ya que identifica las zonas tumorales gracias a la mayor avidéz de las células neoplásicas por la glucosa. En el caso expuesto queda manifiesta su contribución. En nuestra paciente, a pesar de que la sospecha diagnóstica inicial, dadas las características y sus antecedentes, fue la de metástasis pleural de un carcinoma de mama, el estudio diagnóstico escalonado basado en las recomendaciones⁶ no hubiese variado esencialmente aunque se considerase el mesotelioma entre los diagnósticos de sospecha principales.

Presentamos un caso de mesotelioma pleural secundario a radioterapia utilizada como tratamiento de un carcinoma de mama. A pesar de la escasa frecuencia del mesotelioma pleural asociado a radioterapia por carcinoma mamario debemos plantearnos su posibilidad diagnóstica en pacientes con engrosamiento pleural

indicativo de afectación tumoral y antecedentes de tratamiento radioterápico sobre el tórax. La aplicación del protocolo diagnóstico basado en las recomendaciones se muestra útil.

Bibliografía

- Montes I, Abu Shams K, Alday E, Carretero Sastre JL, Ferrer Sancho J, Freixa Blanxart A, et al. Normativa sobre asbesto y sus enfermedades pleuropulmonares. Arch Bronconeumol. 2005;41:153-68.
- Zablotska LB, Angevine AH, Neugut AI. Therapy-induced thoracic malignancies. Clin Chest Med. 2004;25:217-24.
- Wetherby SM, Butnor KJ, Grunberg SM. Malignant mesothelioma following thoracic radiotherapy for lung cancer. Lung Cancer. 2007;57:410-3.
- Shannon VR, Nesbitt JC, Libshitz HI. Malignant pleural mesothelioma after radiation therapy for breast cancer. Cancer. 1995;76:437-41.
- Scherpereel A, Astoul P, Baas P, Berghmans T, Clayson H, Vuyst P, et al. Guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Thoracic Surgeons for the management of malignant pleural mesothelioma. Eur Respir J. 2010;35:479-95.
- Koeglenberg CF, Diacon AH. Pleural controversy: close needle pleural biopsy or thoracoscopy, which thoracoscopy, which first? Respirology. 2011;16:738-46.

Tamara Lourido-Cebreiro, Virginia Leiro-Fernández*
y Alberto Fernández-Villar

Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología,
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo,
Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginia.leiro.fernandez@sergas.es
(V. Leiro-Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.05.002>

El neumomediastino espontáneo: ¿indica «gravedad» o esta depende del proceso respiratorio subyacente?

Spontaneous Pneumomediastinum: Is It a Sign of Severity, or Does It Depend on the Underlying Respiratory Process?

Sr. Director:

Siguiendo con el interrogante que planteamos en el título, quisiéramos hacer algunos comentarios en relación al neumomediastino espontáneo (NME).

Hemos leído con atención la carta al Director recientemente publicada: «Neumomediastino grave y mutación del gen ABCA3 en un niño: una relación enigmática»¹. Nos parece interesante la relación descrita entre mutaciones del gen ABCA3 y ciertas patologías pulmonares asociadas a alteraciones del surfactante. Sin embargo, discrepamos en la trascendencia que los autores asignan al «neumomediastino espontáneo», otorgándole un estatus de gravedad que creemos poco acertado. Por otro lado, creemos que lo que debería buscarse es la relación entre estas alteraciones genéticas y la patología pulmonar que predispone a la producción de NME, ya que este último es solo una consecuencia (presencia de aire en el mediastino sin causa conocida).

El NME es una patología poco frecuente y rara en niños y adultos^{2,3}. Se observa como consecuencia de un aumento de la presión intraalveolar, ruptura alveolar y migración del aire disecando las vainas peribronquiales y perivascuales del hilio pulmonar, extendiéndose al mediastino²⁻⁵. Este, a su vez, puede propagarse hacia los tejidos subcutáneo, endotorácico, peritoneal e incluso al canal raquídeo. Este mecanismo es también conocido como «efecto

Macklin», quien lo demostró experimentalmente en 1937 insuflando los bronquios de gatos. Pocos años más tarde Hamman lo describe por primera vez en un caso clínico⁴.

Como condiciones predisponentes se han descrito el asma, enfermedades pulmonares intersticiales, EPOC, bronquiectasias, quistes pulmonares y el cáncer de pulmón, entre otros. Un aumento en la presión intraalveolar producido, por ejemplo, durante los vómitos, inhalación de tóxicos, tos intensa, ejercicio físico o el trabajo de parto, junto con las infecciones broncopulmonares o la ingestión de un cuerpo extraño, pueden desencadenar un NME⁵. El paciente comentado había presentado un cuadro de infección respiratoria aguda asociado a tos¹.

El NME se considera un proceso de poco impacto clínico y buen pronóstico²⁻⁵. No necesita otro tratamiento que oxigenoterapia, analgesia, seguimiento y tratamiento de la causa subyacente, resolviéndose completamente en pocos días. La mala evolución del paciente suele estar motivada por la enfermedad pulmonar subyacente asociada. El neumopericardio y el neumotórax a tensión son excepcionales. Son los únicos que deberían ser considerados graves y con un tratamiento específico (drenaje de urgencia)^{3,6}.

En nuestro medio, el neumomediastino y el posterior enfisema subcutáneo muchas veces son causa de «pánico» en los pacientes, familiares e incluso parte del personal sanitario, y a veces les lleva a adoptar conductas y cuidados inapropiados. Por esto, pensamos que es importante aclarar el verdadero significado del NME.

Bibliografía

- Copertino M, Barbi E, Poli F, Zennaro F, Ferrari M, Carrera P, et al. Neumomediastino grave y mutación del gen ABCA3 en un niño: una relación enigmática. Arch Bronconeumol. 2012;48:137-40.