

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gómez-Seco J, Pérez-Boal I, Guerrero-González J, Sáez-Noguero F, Fernández-Navamuel I, Rodríguez-Nieto MJ. Anthracofibrosis or anthracostenosis. Arch Bronconeumol. 2012;48:133-6.
- Chung MP, Lee KS, Han J, Kim H, Rhee CH, Han YC, et al. Bronchial stenosis due to anthracofibrosis. Chest. 1998;113:344-50.
- Park HJ, Park SH, Im SA, Kim YK, Lee KY. CT differentiation of anthracofibrosis from endobronchial tuberculosis. AJR Am J Roentgenol. 2008;191:247-51.
- Gupta A, Shah A. Bronchial anthracofibrosis: an emerging pulmonary disease due to biomass fuel exposure. Int J Tuberc Lung Dis. 2011;15:602-12.

Lirios Sacristán Bou^{a,*}, Francisco Peña Blas^b
y Encarnación Fernández Robledo^a

^a Servicio de Neumología, Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Pedro Muñoz, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lirios.sacristan@yahoo.es (L. Sacristán Bou).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.07.003>

Síndrome de apnea-hipopnea del sueño y lipomatosis simétrica múltiple

Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome and Multiple Symmetrical Lipomatosis

Sr. Director:

Creemos de interés para los lectores de su revista conocer la asociación del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) con una enfermedad tan poco frecuente como es la lipomatosis simétrica múltiple (LSM), síndrome de Madelung o de Launois-Bensaude. Dicha asociación se ha descrito en diversas publicaciones en los últimos años y nosotros mismos somos testigos de esta combinación de enfermedades en uno de nuestros pacientes (fig. 1). La LSM es una enfermedad infrecuente, de etiología desconocida, que se caracteriza por la acumulación simétrica de grasa, en forma de lipomas subcutáneos no encapsulados, en distintas localizaciones, pero especialmente en el cuello y los hombros^{1,2}. Es más frecuente en varones entre la tercera y quinta décadas de la vida, asociándose frecuentemente con hábito enólico, hepatopatía crónica y neuropatía. A veces provoca síntomas por compresión de estructuras vecinas como la laringe. Se puede asociar con enfermedades metabólicas y con factores de riesgo aterogénico. Se debe diferenciar de otras enfermedades raras del tejido adiposo por sus implicaciones terapéuticas. El diagnóstico suele ser clínico, y en caso de duda puede ayudar la realización de una tomografía computarizada

(TC) o una resonancia magnética (RM). Se trata de una enfermedad progresiva con un comportamiento infiltrante. Se aconseja control dietético y abstinencia alcohólica, así como el drenaje linfático. La reducción quirúrgica de las masas de grasa es el único tratamiento que puede ser efectivo en algunos casos. La finalidad es mejorar las consecuencias estéticas y psicológicas, así como tratar la obstrucción de la vía aérea o del tracto digestivo, si es necesario.

Se han descrito muy pocos casos de LSM asociada con el SAHS²⁻⁶. La presencia de grandes depósitos grasos a nivel cervical contribuiría al estrechamiento de la vía aérea superior y podría interferir en el funcionamiento normal de los músculos faríngeos durante el sueño, favoreciendo la aparición de SAHS. La asociación frecuente de enoismo y obesidad aumentaría asimismo el riesgo de presentar SAHS. El diagnóstico y tratamiento del SAHS en pacientes con LSM es especialmente importante por el riesgo aumentado de sufrir enfermedades cardiovasculares y metabólicas, cuando se asocian ambas enfermedades. Aunque hay casos publicados en que ha mejorado el SAHS después del tratamiento quirúrgico de la LSM, teniendo en cuenta la escasa eficacia a largo plazo de esta opción terapéutica y el éxito del tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en pacientes con LSM que presentan SAHS, parece razonable indicar la CPAP como tratamiento de elección, así como las medidas higiénico-dietéticas habituales, siempre y cuando no esté indicada la cirugía por otro motivo.

En conclusión, es necesario, en pacientes diagnosticados de LSM, un gran índice de sospecha de SAHS si hay sintomatología indicativa, así como ofrecer tratamiento con CPAP, dados los buenos resultados conseguidos hasta ahora en los casos publicados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Debén Sánchez M, Veloso Rosendo M, Pérez Álvarez C, Pita Caaveiro L. Multiple symmetrical lipomatosis: report of two different clinical types and review of the literature. An Med Interna. 2003;20:243-6.
- Harsch IA, Schahin SP, Fuchs FS, Hahn EG, Lohmann T, Konturek PC, et al. Insulin resistance, hyperleptinemia, and obstructive sleep apnea in Launois-Bensaude syndrome. Obes Res. 2002;10:625-32.
- Mégevand C, Savoy J, Boudrama A, Meier D. Madelung disease and obstructive sleep apnea syndrome: a propos of a case. Schweiz Med Wochenschr Suppl. 2000;116:S123-6.
- Jalladeau E, Crestani B, Laissy JP, Vecchierini MF. A case of obstructive sleep apnea syndrome: unusual comorbidity. Clin Respir J. 2008;2:239-41.
- Oliveira Fonseca VA, Alves C, Marques H, Camacho E, Pinto Saraiva A. Madelung's disease as a rare cause of obstructive sleep apnea. J Bras Pneumol. 2009;35:1053-6.

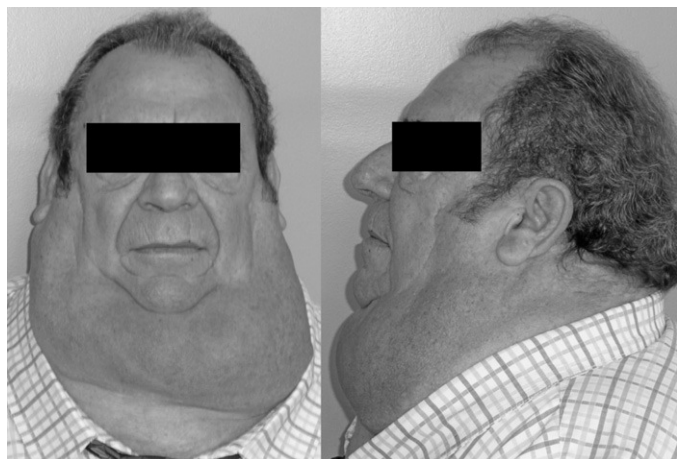


Figura 1. Acumulación simétrica de tejido graso en el cuello de un paciente diagnosticado de lipomatosis simétrica múltiple.

6. Ali S, Kishore A. Dysphagia and obstructive sleep apnea in Madelung's disease. *J Laryngol Otol.* 2007;121:398-400.

Leonardo Esteban Júlvez*, Salvador Perelló Aragonés
y Xavier Aguilar Bargalló

Sección de Neumología, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lesteban.hj23.ics@gencat.cat
(L. Esteban Júlvez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.07.005>

Hidatidosis mediastínica secundaria

Secondary Mediastinal Hydatidosis

Sr. Director:

La enfermedad hidatídica en el hombre está causada más frecuentemente por *Echinococcus granulosus*. Es endémica en muchos países ganaderos y su localización más habitual es el hígado (50-75%) y el pulmón (15-25%). La presentación mediastínica es muy rara, y representa del 0,1 al 0,5% de todas las localizaciones¹. El caso que presentamos es una hidatidosis mediastínica múltiple muy probablemente secundaria a siembra hidatídica de una intervención previa, y se plantea como un reto quirúrgico, dada la multiplicidad de las lesiones.

Mujer de 20 años, natural de Moldavia, que acudió al servicio de urgencias en marzo del 2011 refiriendo dolor torácico anterior derecho tipo pinchazo de 2 meses de evolución, y disfagia leve para sólidos y líquidos. Como antecedentes destacaba la resección en su país de un «parásito pulmonar» mediante toracotomía derecha en el año 2006, habiendo recibido tratamiento posterior antiparasitario durante un año. En la exploración física presentaba la

cicatriz de una toracotomía posterolateral derecha y en la analítica realizada destacaba anemia leve (Hb 11,7) sin leucocitosis ni eosinofilia, con serología para quiste hidatídico negativa. En el estudio de imagen efectuado con radiografía de tórax, tomografía computarizada (fig. 1A,B) y resonancia magnética se observó un ensanchamiento mediastínico por presencia de múltiples masas mediastínicas quísticas con afectación de los 3 compartimentos que se extendían en sentido craneocaudal, y que condicionaban un significativo efecto masa sobre las estructuras vasculares adyacentes y el esófago, con mínima cantidad de derrame pericárdico. El hígado no presentaba hallazgos. Dados los antecedentes de la paciente, se sospechó una hidatidosis mediastínica probablemente secundaria, programándose para intervención mediante re-toracotomía derecha. Tras la liberación de intensas adherencias pleurales, se inició su resección mediante la apertura de sus periquísticas (fig. 1C), con resección completa de todos los quistes visualizados en las técnicas de imagen, realizando lavado continuo con suero hipertónico. Posteriormente se resecaron las periquísticas, y en las que no fue posible su resección total, se dejaron a plano. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, iniciando tratamiento con albendazol 400 mg cada 12 h y recibiendo el alta hospitalaria el 7.º día postoperatorio. Se confirmó por anatomía patológica y microbiología

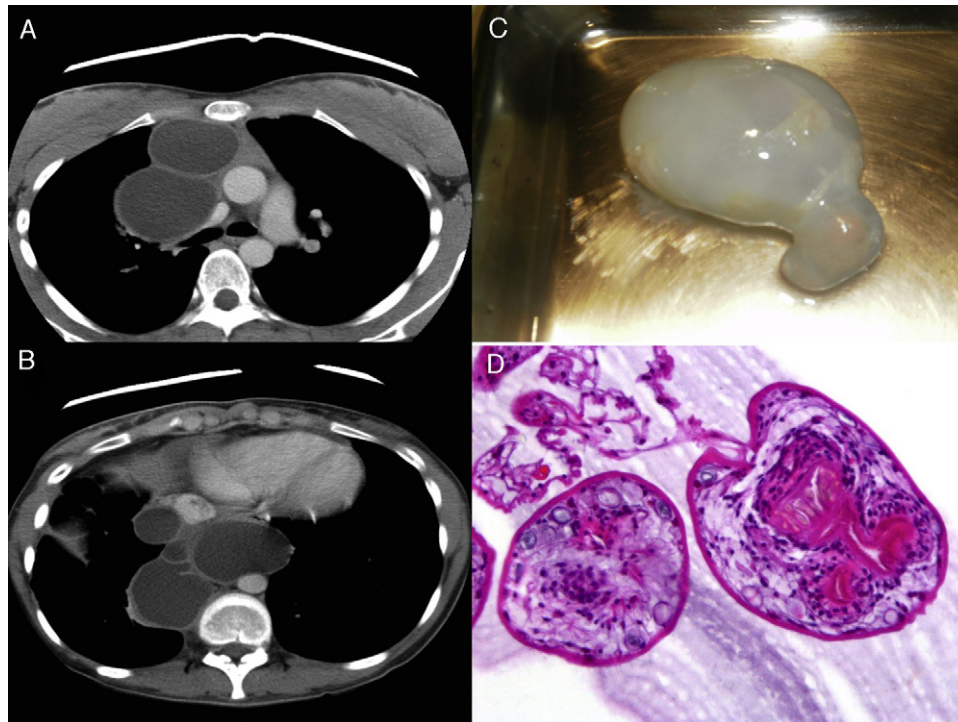


Figura 1. A y B) Tomografía computarizada: los cortes axiales obtenidos con ventana de mediastino muestran una gran masa multiquistica multiseptada con realce lineal de su pared que se extiende en sentido craneocaudal y afecta los 3 compartimentos mediastínicos, condicionando el efecto de masa sobre estructuras vasculares adyacentes (cava superior en A y esófago en B). C) Hidátide íntegra obtenida tras la apertura de periquística. D) Imagen obtenida mediante tinción H-E 20×: quiste hidatídico con membrana laminada y escólex libres. Escólex con 4 ventosas y rostelo con doble corona de ganchos.