

primeros 6 meses, falleciendo un año más tarde por progresión de la enfermedad.

Las metástasis hipofisarias son una presentación infrecuente de los carcinomas porque la hipófisis no recibe aporte sanguíneo sistémico directo. Su incidencia es de 3,6% en 500 autopsias². Una revisión de 1966 a 2004 reveló 249 pacientes con afectación metastásica hipofisaria, siendo el cáncer de mama y de pulmón los tumores primarios más frecuentes, que ocurrieron en dos terceras partes de los casos³. En el momento del diagnóstico la mayoría tenían datos de enfermedad extendida, usualmente asociados con 5 o más territorios metastásicos, especialmente óseos, y rara vez, como en nuestro caso, fue la primera manifestación de un carcinoma oculto primario como único lugar de metástasis³. Los casos secundarios a carcinoma broncogénico como forma de inicio han sido reportados ocasionalmente¹. Dado que las lesiones metastásicas en la hipófisis son muy raras, es difícil distinguirlas de los adenomas. De hecho, la TC tiene una utilidad limitada para distinguir benignidad y la RM tiene mayor especificidad diagnóstica.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de las metástasis hipofisarias son la diabetes insípida cuando se producen en el lóbulo posterior, y en el anterior pueden causar hipopituitarismo, como en nuestro paciente. Las metástasis hipofisarias son sintomáticas solo en el 7%. La diabetes insípida, disfunción hipofisaria anterior, defectos del campo visual, cefalea y oftalmoplejia son los síntomas más comúnmente reportados⁴. Branch y Laws propusieron que la tríada de cefalea, parálisis extraocular y diabetes insípida era muy indicativa de metástasis, aunque el paciente no tuviera un cáncer comprobado⁵. Nuestro paciente no presentaba

cefalea ni afectación ocular, siendo las manifestaciones de inicio derivadas de la hiponatremia secundaria al hipopituitarismo. La hiperprolactinemia se ha encontrado solo en un 6,3% de los casos reportados, pero niveles muy elevados generalmente indican más un prolactinoma que metástasis. La supervivencia media de estos pacientes es de 6-22 meses⁴.

Bibliografía

1. Ko JC, Yang PC, Huang TS, Yeh KH, Kuo SH, Luh KT. Panhypopituitarism caused by solitary parasellar metastasis from lung cancer. *Chest*. 1994;105:951-3.
2. Max MB, Deck MD, Rottenberg DA. Pituitary metastasis: incidence in cancer patients and clinical differentiation from pituitary adenoma. *Neurology*. 1981;31:998-1002.
3. Komninos J, Vlassopoulou V, Protopapa D, Korfiatis S, Kontogeorgos G, Sakas DE, et al. Tumors metastatic to the pituitary gland: case report and literature review. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89:574-80.
4. Fasset DR, Couldwell WT. Metastases to the pituitary gland. *Neurosurg Focus*. 2004;16:E8.
5. Branch Jr CL, Laws Jr ER. Metastatic tumors of the sella turcica masquerading as primary pituitary tumors. *J Clin Endocrinol Metab*. 1987;65:469-74.

Patricia Pérez-Ferrer, Pedro Landete y Eusebi Chiner*

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Chiner_eus@gva.es (E. Chiner).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.09.010>

Réplica a la Carta al Director "Infecciones por gram negativos (BGN) en pacientes con hipertensión arterial pulmonar tratados con prostacilinas intravenosas"

Reply to Letter to the Editor "Infections by Gram-Negative Bacilli in Patients with Pulmonary Arterial Hypertension Treated with Intravenous Prostacyclin"

Sr. Director:

Agradecemos la atenta lectura y los comentarios del Dr. Gómez Sánchez¹ acerca de nuestro artículo sobre bacteriemia secundaria a infección de catéter en pacientes con hipertensión pulmonar en tratamiento con treprostínil por vía intravenosa². Esta carta nos permite realizar un comentario sobre el artículo de Kitterman et al.³ que fue publicado con posterioridad a que nuestro manuscrito fuera aceptado para publicación en *Archivos de Bronconeumología*. El análisis realizado con este registro³ permite alcanzar unas conclusiones que concuerdan con la de nuestro estudio y con el resultado de los estudios previos desarrollados en Estados Unidos que citamos en nuestro artículo. En todos ellos se detecta un riesgo de bacteriemia, especialmente por bacilos gramnegativos, significativamente mayor en los pacientes en tratamiento con infusión intravenosa de treprostínil que en los tratados con epoprostenol.

En nuestra serie, la distribución temporal de los 5 episodios de bacteriemia detectados durante el periodo de estudio (1991-2011) en el grupo de pacientes en tratamiento con treprostínil intravenoso fue la siguiente: 2 episodios en el año 2008 y 3 episodios en el año 2010. Podemos aportar el dato, fuera del periodo de seguimiento, de que en el intervalo de tiempo comprendido entre enero

y septiembre de 2012 se encuentran en seguimiento en nuestro centro 4 pacientes en tratamiento con treprostínil intravenoso, de los cuales uno ha desarrollado una tunelitis por *Pseudomonas aeruginosa* en relación con el catéter vascular a través del cual se infunde el fármaco, y otro ha desarrollado una bacteriemia relacionada con el catéter vascular por este mismo bacilo gramnegativo. El número pequeño de pacientes en tratamiento con treprostínil (10 en total), el número limitado de episodios de bacteriemia y el corto espacio de tiempo de seguimiento nos hacen ser prudentes en el momento de extraer conclusiones sobre una tendencia temporal de la incidencia de esta complicación.

La experiencia que nosotros comunicamos, junto con los otros estudios desarrollados en Norteamérica, debe ser un elemento más a considerar en la toma de decisiones cuando se requiera emplear prostanoides para el tratamiento de pacientes con hipertensión pulmonar.

Coincidimos plenamente con el Dr. Gómez Sánchez en destacar la importancia de extremar las medidas de asepsia durante la inserción y manipulación de los catéteres de acceso venoso a través de los cuales se infunden prostanoides. Las complicaciones asociadas a la infusión intravenosa de prostanoides han promovido el desarrollo de formas alternativas de administración de estos fármacos, por ejemplo mediante una bomba de infusión continua subcutánea. Entre los 85 pacientes en seguimiento en nuestro hospital, en los que se emplea este método alternativo de infusión, no se ha registrado hasta el momento ningún episodio significativo de infección local o sistémica, de modo que actualmente lo consideramos como el método de elección para la administración de treprostínil.

Bibliografía

1. Gómez Sanchez MA. Infecciones por gram negativos (BGN) en pacientes con hipertensión arterial pulmonar tratados con prostacilinas intravenosas. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:126-30.

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.09.003>

- López-Medrano F, Fernández Ruiz M, Ruiz Cano MJ, Barrios E, Vicente-Hernández M, Aguado JM, et al. Alta incidencia de bacteriemia por bacilos gramnegativos en pacientes con hipertensión pulmonar tratados con treprostinil por vía intravenosa. Arch Bronconeumol. 2012;48:443-7.
- Kitterman N, Poms A, Miller DP, Lombardi S, Farber HW, Barst RJ. Bloodstream infections in patients with pulmonary arterial hypertension treated with intravenous prostanooids: insights from the REVEAL REGISTRY®. Mayo Clin Proc. 2012;87:825-34.

Francisco López-Medrano, Mario Fernández-Ruiz*,
 María José Ruiz-Cano y Pilar Escribano

Unidad de Enfermedades Infecciosas y Unidad Multidisciplinar de Hipertensión Pulmonar, Servicio de Cardiología, Instituto de Investigación Biomédica Hospital 12 de Octubre (i+12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: mario_fdezruiz@yahoo.es
 (M. Fernández-Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.10.002>

Mesotelioma deciduoide pleural en un adolescente

Deciduoid Pleural Mesothelioma in an Adolescent

Sr. Director:

El mesotelioma deciduoide es una rara variante de mesotelioma epitelioide, con un mal pronóstico. Tiene una etiología incierta sin relación con la exposición al amianto. En la literatura se han publicado pocos casos hasta el momento. Su mejor tratamiento sigue siendo un tema de debate.

Se describe un caso inusual, debido a la edad y a la ausencia de antecedentes, de un paciente de 17 años que comenzó con tos persistente no productiva, sin otra sintomatología, que no mejoró pese al tratamiento antibiótico y analgésico. Su analítica reveló una anemia microcítica hipocrómica, trombocitosis y PCR elevada. En la radiografía se identificó una masa sólida heterogénea de 9 cm en el lóbulo superior izquierdo. En la RMN se apreciaba atelectasia del parénquima pulmonar circundante, definiendo la masa como extrapulmonar y derivada de la pleura, que además infiltraba el mediastino, rodeando parcialmente la arteria subclavia izquierda en el origen (fig. 1). No presentaba cambios endobronquiales y los cultivos de BAS fueron negativos. Se completó el estudio con una

PET que evidenció hipermetabolismo de la masa con SUV máximo de 8,55, sin captación en el mediastino.

Se realizó una PAAF de la masa en la que se obtuvieron células malignas patológicas, y posteriormente una biopsia quirúrgica diagnóstica. En la cirugía se tomaron muestras de la masa y se verificó la infiltración del mediastino, del arco aórtico y de la ventana aortopulmonar. Los resultados del estudio anatomopatológico fueron unas células malignas epiteliales grandes, con citoplasma eosinófilo y núcleos redondos, con citoplasma positivo para citoqueratina AE1 AE3, Calretinine, WT-1 y centro positivo para EMA y negativo para TFF1, hallazgos acordes con el diagnóstico de mesotelioma pleural epitelial de tipo deciduoide. De acuerdo con el IMIG, el estadio clínico fue T3-N0-M0 (estadio III). La cirugía radical (neumonectomía extrapleural) se desestimó y se inició quimioterapia con cisplatino y pemetrexed. Actualmente mantiene una supervivencia de 21 meses.

El mesotelioma pleural maligno, el tumor primario maligno pleural más común, es una enfermedad rara, pero su incidencia ha ido en aumento en Europa. Existen 4 subtipos histológicos principales: epitelioide, sarcomatoide, desmoplásico y bifásico. El mesotelioma maligno deciduoide (MMD) es una variante muy rara del epitelioide que representa menos del 5% de los mesoteliomas. Descrito por primera vez por Talerman et al. en 1985, hasta el momento son 23 los casos publicados¹ de este subtipo en la cavidad

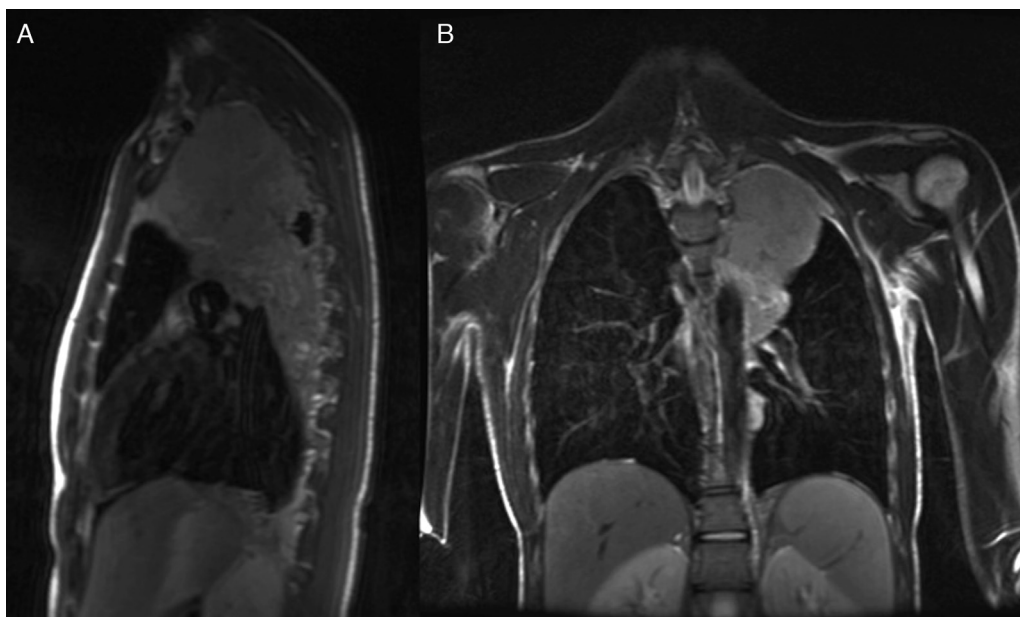


Figura 1. RMN de tórax sin contraste (secuencia T2): masa lobulada en la región superior del hemitórax izquierdo, de apariencia extrapulmonar derivada de la pleura. A) Corte sagital. B) Corte coronal.