



Figura 1. Lesiones de púrpura palpable en las piernas y acropaquías en los dedos de los pies.

males o negativos. VSG 69. PCR 10,4 mg/dl. Estudio de orina y coagulación normales, excepto fibrinógeno 619 mg/dl. Proteinuria: 0,4 g/24 h, posteriormente normalizado; sistemático y sedimento de orina: normales. Biopsia cutánea: vasculitis de pequeño vaso leucitoclástica. Radiografía de tórax: nódulo en lóbulo superior izquierdo (LSI). TAC toracoabdominal: masa de 25 mm suprahiliar izquierda con consolidación en parénquima adyacente que llega a la pared torácica y causa atelectasia del LSI. Fibrobroncoscopia: masa en LSI que estenosa el bronquio lobar superior izquierdo. BAS y biopsia: carcinoma epidermoide bien diferenciado. Pruebas de función respiratoria: normal. PET: masa de 41 × 49 × 48 mm suprahiliar izquierda SUVm 20,7, condensación parénquima adyacente de 31 × 21 × 28 mm que llega a la pared torácica anterior izquierda SUVm 11,7. Depósito focal a la altura del tercer arco costal anterior de 11 × 11 × 16 mm SUVm 6,2. Recibe tratamiento con sueroterapia y prednisona, evolucionando favorablemente la clínica abdominal y las lesiones cutáneas, las cuales desaparecen en 10 días. El Servicio de Cirugía Torácica confirma la irreseccabilidad del tumor y se inicia tratamiento con quimioterapia por parte del Servicio de Oncología ante la presencia de un carcinoma epidermoide de pulmón cT4N0M0.

El 50-60% de las vasculitis cutáneas paraneoplásicas son VLC, y el 15%, púrpura de Schönlein-Henoch (PSH)¹. Loricera et al.² presentan una de las series más amplias de VPN cutáneas: de 421 adultos con vasculitis cutánea, solo 16 (3,8%) son paraneoplásicas, 7 por tumor sólido (un adenocarcinoma de pulmón) y 9 hematológico. La púrpura palpable estuvo presente en 15 pacientes, 4 tuvieron artralgias y/o artritis, 2 dolor abdominal,

la edad media fue de 67 años y la demora para el diagnóstico de la neoplasia fue de 17 días. La histología en todos los casos correspondía a VLC. Solans-Laqué et al.³, en una serie de 596 vasculitis en 15 años encuentran 15 VPN asociadas a tumores sólidos (2,5%): 9 VLC, 2 PSH, una panarteritis nodosa y 3 arteritis células gigantes. En algunas publicaciones las VPN reúnen criterios, bien clínicos o por la presencia de depósitos de IgA en las biopsias, para ser diagnosticadas de PSH. Zurada et al.⁴ presentan 3 casos de PSH paraneoplásica y hacen una revisión de los 31 casos publicados hasta el momento, el 61% asociados a tumores sólidos (8 de pulmón) y el 39% hematológicos. En la mitad de los casos la PSH aparecía en el mes del diagnóstico del tumor o de las metástasis. Recientemente Zhang et al.⁵ revisan los 13 casos previamente publicados de PSH asociados a neoplasia pulmonar: 8 epidermoides, 3 adenocarcinomas y 2 de células pequeñas. En 6 fueron sincrónicos al tumor, en 6 lo precedieron y en uno, posterior.

Por tanto, aunque las VPN son una manifestación poco frecuente, los tumores pueden presentarse inicialmente como vasculitis. Así mismo, las vasculitis persistentes o crónicas con respuesta insuficiente al tratamiento, especialmente en pacientes ancianos, deben hacernos descartar un síndrome paraneoplásico, y la recurrencia de un tumor debe ser sospechada cuando una vasculitis recidiva o aparece en un paciente diagnosticado de una neoplasia³.

Bibliografía

1. Park HJ, Ranganathan P. Neoplastic and paraneoplastic vasculitis, vasculopathy and hypercoagulability. *Rheum Dis Clin North Am.* 2011;37:593-606.
2. Loricera J, Calvo-Río V, Ortiz-Sanjuán F, González-López MA, Fernández-Llaca H, Rueda-Gotor J, et al. The spectrum of paraneoplastic cutaneous vasculitis in a defined population. *Medicine (Baltimore).* 2013;92:331-43.
3. Solans-Laqué R, Bosch-Gil JA, Perez-Bocanegra C, Selva-O'Callaghan A, Simeón-Aznar CP, Vilardell-Tarres M. Paraneoplastic vasculitis in patients with solid tumors: Report of 15 cases. *J Rheumatol.* 2008;35:294-304.
4. Zurada JM, Ward KM, Grossman ME. Henoch-Schönlein purpura associated with malignancy in adults. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55 Suppl:S65-70.
5. Zhang X, Yang S, Li W, Ming Z, Hou Y, Niu Z, et al. Adult Henoch-Schönlein purpura associated with small cell lung cancer: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2013;5:1927-30.

Lucía Pantoja Zarza*, Carolina Díez Morrondo y Elena Castro Rodríguez

Unidad de Reumatología y Sección de Neumología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lpantojazarza@gmail.com (L. Pantoja Zarza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.003>

Perforación yeyunal por metástasis de mesotelioma pleural maligno



Jejunal Perforation by Metastasis of Malignant Pleural Mesothelioma

Sr. Director:

El mesotelioma pleural maligno es una neoplasia agresiva originada en el mesotelio pleural, siendo el asbesto el principal factor implicado en su patogénesis. Desde el punto de vista histológico, se clasifica en epitelioides (60%), bifásico (30%) y sarcomatoide (10%). Por lo general se manifiesta a nivel local en el hemitórax afecto, y su presentación como enfermedad metastásica es poco frecuente. Son raros los casos de mesotelioma pleural maligno que manifiestan

complicaciones gastrointestinales secundarias a implantes metastásicos. Presentamos un caso de perforación yeyunal por metástasis de mesotelioma pleural maligno tipo epitelioides.

Varón de 67 años con antecedentes de mesotelioma pleural maligno (T3N2M0) intervenido en julio 2010, en el que se realizó una pleuroneumectomía radical con linfadenectomía, recibiendo quimioterapia adyuvante y en seguimiento por Oncología. Acude a Urgencias en agosto de 2011 por dolor abdominal de 4 h de evolución, de inicio súbito, localizado en el hipogastrio y que posteriormente se hace difuso. A la exploración presenta abdomen con defensa generalizada y signos de irritación peritoneal. La analítica está dentro de los límites de la normalidad. La radiografía de abdomen no presenta hallazgos relevantes y se realiza una TC abdominal con contraste intravenoso que informa de neumoperi-

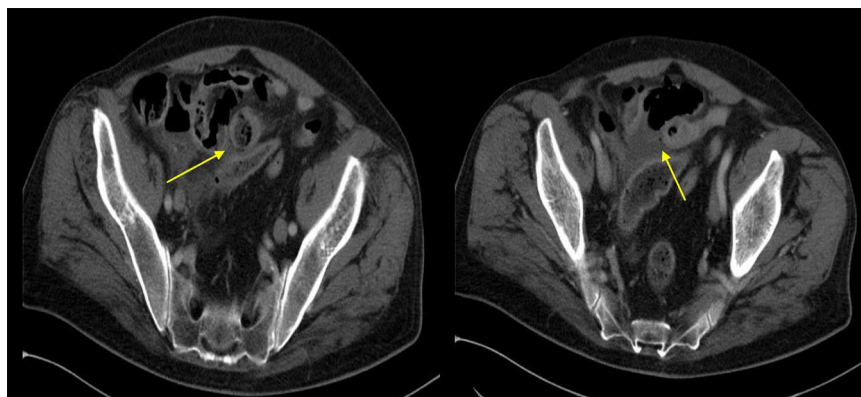


Figura 1. TC abdominal: engrosamiento mural de un segmento de intestino delgado (yeyuno), cambios inflamatorios y burbujas de aire extraluminales adyacentes.

toneo, engrosamiento mural circunferencial de un corto segmento de intestino delgado en hipogastrio (yeyuno) con marcados cambios inflamatorios y pequeñas burbujas de aire adyacente (fig. 1). Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía media supra-umbilical, hallando peritonitis aguda purulenta inframesocólica por perforación única de yeyuno sobre placa isquémica. Se realiza resección intestinal y anastomosis término-terminal manual. El postoperatorio fue satisfactorio, y la anatomía patológica informa de metástasis de mesotelioma maligno epitelioide en la pared intestinal y en 2 ganglios aislados. El paciente fue remitido a Oncología, iniciando tratamiento con quimioterapia.

Discusión

Hemos revisado la bibliografía en Medline (1974-2013) y encontrado 4 casos descritos de metástasis de mesotelioma pleural maligno con afectación de intestino delgado¹⁻⁴ y un único caso que se presenta como perforación aguda yeyunal⁵. Nuestro paciente es el segundo caso descrito como presentación aguda. El mesotelioma pleural maligno suele manifestarse como un tumor localmente invasivo en el tórax, siendo muy pocos los casos de metástasis gastrointestinales, probablemente debido a su difícil diagnóstico. Se suelen interpretar los síntomas abdominales como secundarios a la quimioterapia, ya que son poco específicos y, además, la ecografía y la TC abdominal tienen baja sensibilidad para la detección de tumores intestinales. La PET-TC y la combinación de cápsula endoscópica y endoscopia de doble balón pueden ayudar a la detección de este tipo de implantes metastásicos.

Consideramos que la posibilidad de metástasis de intestino delgado debe ser tenida en cuenta en pacientes con antecedentes de mesotelioma pleural maligno y clínica compatible con dolor abdominal agudo, sangre oculta en heces y dolor abdominal intermitente, inespecífico.

Financiación

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

Agradecimientos

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

Bibliografía

- Chen HC, Tsai KB, Wang CS, Hsieh TJ, Hsu JS. Duodenal metastasis of malignant pleural mesothelioma. *J Formos Med Assoc.* 2008;107:961-4.
- Terashita S, Hirano K, Hirai T, Narabayashi T, Hara Y, Mori H, et al. A case of malignant pleural mesothelioma with gastrointestinal metastases which were diagnosed by endoscopic biopsy. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi.* 2009;47:133-8.
- Kakugawa Y, Watanabe S, Kobayashi N, Tani M, Tanaka S, Tsuta K, et al. Diagnosis of smallbowel metastasis of malignant pleural mesothelioma by capsule endoscopy and double balloon enteroscopy. *Endoscopy.* 2007;39 Suppl 1:E229-30.
- Liu H, Cheng Y-J, Chen H-P, Hwang J-C, Chang P-C. Multiple bowel intussusceptions from metastatic localized malignant pleural mesothelioma: A case report. *World J Gastroenterol.* 2010;16:3984-6.
- Gocho K, Isobe K, Kaburaki K, Honda Y, Mitsuda A, Akasaka Y, et al. Malignant pleural mesothelioma presenting as an acute surgical abdomen due to metastatic jejunal perforation. *Intern Med.* 2010;49:597-601.

María Inmaculada Navarro García*, Ainhoa Sánchez Pérez y José Luis Vázquez Rojas

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macu844@hotmail.com (M.I. Navarro García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.004>

Lesiones endobronquiales extensas en un paciente con sarcoidosis en estadio 0



Extensive Endobronchial Lesions in a Patient With Stage 0 Sarcoidosis

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón caucásico de 61 años de edad con disnea de grado II de la NYHA y tos no productiva durante varios meses. Era exfumador (20 paquetes-años, con interrupción

durante 20 años). La función pulmonar mostró (fig. 1A) una obstrucción leve (volumen espiratorio forzado en un segundo [FEV₁] 2,43 l, 74% del valor predicho [VP], índice de Tiffeneau 61%, volumen residual [RV] 2,29 l, 94% del VP, capacidad pulmonar total [TLC] 6,2 l, 89% del VP, RV/TLC 37%) y una reducción leve del intercambio gaseoso (DLCO 53% del VP, KCO 75% del VP, volumen alveolar 4,94 l, 71% del VP). La radiografía de tórax era normal (estadio 0) y la TC de tórax (fig. 1B) mostró principalmente bronquiectasias en el lóbulo inferior izquierdo, sin adenopatías mediastínicas ni hiliares. La broncoscopia (figs. 1C-E) reveló la presencia de lesiones