

detectaron receptores de estrógenos y de progesterona positivos en el tejido resecado.

Los teratomas son tumores del mediastino anterior en el 60% de los casos y son maduros en un 88% de las ocasiones¹. El teratoma maduro es con frecuencia asintomático y protruye en un hemitórax. En la TC se observa una masa con contenido de grasa, calcificaciones o cambios quísticos. La ausencia de actividad en la FDG-PET confirma el carácter benigno de estas lesiones². La RM permite obtener un mapa exacto de las estructuras anatómicas circundantes para la extirpación quirúrgica.

La intervención quirúrgica es el único tratamiento curativo disponible para estas lesiones. Suele realizarse una esternotomía o toracotomía para aliviar los síntomas de compresión o para prevenir una transformación maligna.

La resección total del tumor permitirá establecer el diagnóstico y tratamiento correctos, pero no es necesaria una extirpación completa puesto que la tasa de recurrencias locales es baja³. No es necesario aplicar un tratamiento adyuvante, puesto que el pronóstico de un teratoma maduro es favorable⁴.

En las mujeres embarazadas, si se protege el abdomen, la radiación aplicada al tórax se considera segura⁵, por lo que no debe diagnosticarse erróneamente la disnea inexplicada en una mujer embarazada, y está indicada formalmente la radiografía de tórax.

La función respiratoria se deteriora como consecuencia de este tumor torácico de gran tamaño, con un derrame pleural que puede aumentar a causa de los cambios hormonales y también por los factores mecánicos asociados al embarazo.

En conclusión, durante el embarazo, la aparición probable de estos tumores puede comportar dificultades diagnósticas y terapéuticas reales.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Bibliografía

1. De Bournonville C, Maugendre S, Belleguic C, Corbineau T, Lena H, Desrues B, et al. Tératome mature du médiastin: à propos de deux cas. *Rev Pneumol Clin*. 1999;55:177-80.
2. Kikawa S, Todo Y, Minobe S. Growing teratoma syndrome of the ovary: A case report with FDG-PET findings. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011;37:926-32.
3. Asteriou C, Barbetakis N, Kleontas A, Konstantinou D. Giant mediastinal teratoma presenting with paroxysmal atrial fibrillation. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011;12:308-10.
4. Karangelis D, Kalafati G, Liouras V, Tsilimingas N. Germ cell tumors of the mediastinum. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2010;11:829.
5. Osei EK, Faulkner K. Fetal doses from radiological examinations. *Br J Radiol*. 1999;72:773-80.

Massine El Hammoumi^{a,c,*}, Abdelatif Benosman^{b,c}
y El Hassane Kabiri^{a,c}

^a *Department of Thoracic Surgery, Mohamed V Military University Hospital, Rabat, Marruecos*

^b *Department of Thoracic Surgery, Avicenne Hospital, Rabat, Marruecos*

^c *Centre d'étude doctorale des sciences de la vie et de la santé, Faculté de médecine, Université Mohammed V Souissi, Rabat, Marruecos*

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hamoumimassine@hotmail.fr

(M. El Hammoumi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.017>

A propósito del lipoma endobronquial



Talking about Endobronchial Lipoma

En relación con el artículo «Lipoma endobronquial: una causa poco frecuente de obstrucción bronquial»¹, presentamos el caso de un varón de 64 años diagnosticado previamente de SAHS severo en tratamiento con CPAP, que acude a consulta por un cuadro de tos productiva de larga evolución. Presenta una radiografía de tórax con imagen de aumento de densidad con formación redondeada paratraqueal derecha alta; la TAC torácica muestra una atelectasia parcial del lóbulo superior derecho; la broncoscopia mostró una lesión redondeada, sonrosada, vascularizada y de consistencia blanda en la entrada del bronquio de dicho lóbulo; la biopsia mostró mucosa bronquial con metaplasia, y la PET mostró captación patológica. Con el diagnóstico de lesión en el lóbulo superior derecho captante en la PET se decidió practicar una toracotomía con lobectomía superior derecha y linfadenectomía. El informe anatomopatológico fue de lipoma endobronquial con foco de metaplasia ósea, hemorragia alveolar, áreas de bronconeumonía y distorsión arquitectural de características obstructivas.

Discusión

El lipoma endobronquial es un tumor muy poco frecuente, representando el 0,1% de todos los tumores pulmonares². Generalmente están localizados en las primeras 3 divisiones del árbol traqueobronquial. Los síntomas más frecuentes son tos, expectoración, hemoptisis, fiebre y disnea, aunque un 25% de los casos

pueden ser asintomáticos³. Están formados por tejido adiposo maduro cubierto por epitelio bronquial normal o –como en nuestro caso– con metaplasia escamosa⁴. Cabe destacar la posible existencia en el seno del lipoma de tejido fibroso, glandular, áreas de cartílago o metaplasia ósea; para el patólogo, es importante realizar un diagnóstico diferencial con tumores lipomatosos atípicos y liposarcomas bien diferenciados⁵. El tratamiento de elección es la resección broncoscópica, contemplándose la toracotomía en casos de dificultad en el diagnóstico, destrucción parenquimatosa por atelectasia y neumonitis de larga evolución, crecimiento extrabronquial o imposibilidad técnica de resección por este medio⁶; sin embargo, y dada la posibilidad de recidiva a largo plazo, creemos recomendable realizar revisiones de los pacientes a los que se ha realizado resección broncoscópica.

Bibliografía

1. Lirios Sacristán B, Fernández Robledo E, Peña Blas F. Lipoma endobronquial: una causa infrecuente de obstrucción bronquial. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:78-9.
2. Marcote Valdivieso E, Baltasar Torrejón A, Bou Pérez R, Vierna García J. Lipoma endobronquial. *Cir Esp*. 1990;4:460-4.
3. Leon C, Estrada G, Alvarez S, Puzo C, Bordes R, Cornudella R. Lipoma endobronquial. *Arch Bronconeumol*. 1983;19:217-9.
4. Huisman C, van Kralingen KW, Postmus PE, Sutedja TG. Endobronchial lipoma: A series of three cases and the role of electrocautery. *Respiration*. 2000;67:689-92.
5. Boland JM, Fritchie KJ, Erickson-Johnson MR, Oliveira AM, Colby TV, Folpe AL. Endobronchial lipomatous tumors: Clinicopathologic analysis of 12 cases with molecular cytogenetic evidence supporting classification as «lipoma». *Am J Surg Pathol*. 2013;37:1715-21.
6. Muraoka M, Oka T, Akamine S, Nagayasu T, Iseki M, Suyama N, et al. Endobronchial lipoma. Review of 64 cases reported in Japan. *Chest*. 2003;123:293-6.

Juan José Guelbenzu Zazpe*, Elena Ramírez Gil
y Ester Vilá Mayo

Servicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario de Navarra,
Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: N443283@cfnavarra.es (J.J. Guelbenzu Zazpe).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.002>

Neuropatía paraneoplásica con anti-Hu positivo. A propósito de un caso



Paraneoplastic neuropathy with positive anti-Hu. A case report

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 73 años con antecedentes de tabaquismo activo con un ICAT de 60 paquetes/año, antiguo hábito etílico, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica con un infarto agudo de miocardio hacía 15 años. Consultó por un cuadro de un año de evolución consistente en dolor, debilidad y parestesias en miembros superiores, así como dolor a nivel lumbar. Refería también tos, expectoración mucopurulenta y disnea de pequeños esfuerzos, sin síndrome tóxico asociado. En la exploración física presentaba ligera taquipnea e hipofonesis generalizada bilateral sin ruidos adventicios. Examen neurológico: no alteraciones campimétricas ni de pares craneales, con fuerza conservada. Marcha cautelosa con debilidad proximal en miembros inferiores y abolición de reflejos tricipitales, rotulianos y aquileos. Fue remitido al servicio de neurología decidiéndose su ingreso hospitalario.

La analítica general no fue relevante. El proteinograma y el análisis de LCR fueron normales, así como los marcadores tumorales AFP, CEA, Ca 125, Ca 19.9, Ca 15.3 y PSA. La radiografía de tórax no mostró hallazgos patológicos de interés. El estudio neurofisiológico fue compatible con una polineuropatía de naturaleza desmielinizante. El TAC craneal mostró atrofia frontotemporal

bilateral y el TAC torácico inicial fue normal. La resonancia magnética cervico-dorso-lumbar mostró únicamente una protrusión discal foraminal sin compromiso radicular. En el estudio de anticuerpos, los antiangliósidos y anti-MAG (antiglicoproteína asociada a la mielina) fueron negativos, mientras que los anti-Hu fueron positivos.

Ante la alta sospecha de proceso neoplásico se realizó PET-TC que mostró foco levemente hipermetabólico sobre un pequeño infiltrado pulmonar derecho subpleural basal y gran foco hipermetabólico mediastínico subcarinal de 3 × 2 cm (fig. 1).

Tras estos hallazgos se realizó broncoscopia flexible que no evidenció hallazgos patológicos endobronquiales. Se realizaron punciones en región G7, resultando el estudio citológico de las muestras obtenidas diagnóstico para carcinoma broncogénico anaplásico de células pequeñas. El paciente fue remitido para tratamiento al servicio de oncología.

Los síndromes paraneoplásicos (SP) son entidades bien conocidas asociadas a un tumor maligno, que pueden afectar a cualquier órgano o tejido del cuerpo. El SP se presenta en aproximadamente el 10% de los pacientes con un tumor maligno pulmonar, y es más frecuente en el carcinoma microcítico¹. Aunque la mayoría de las complicaciones neurológicas del cáncer de pulmón son de origen metastásico, existen una serie de SP neurológicos, y dentro de ellos el más frecuente es la polineuropatía. Clínicamente la polineuropatía paraneoplásica se caracteriza por el desarrollo subagudo de alteraciones asimétricas sensoriales como dolor, parestesias y entumecimiento que afecta distalmente a las extremidades². La

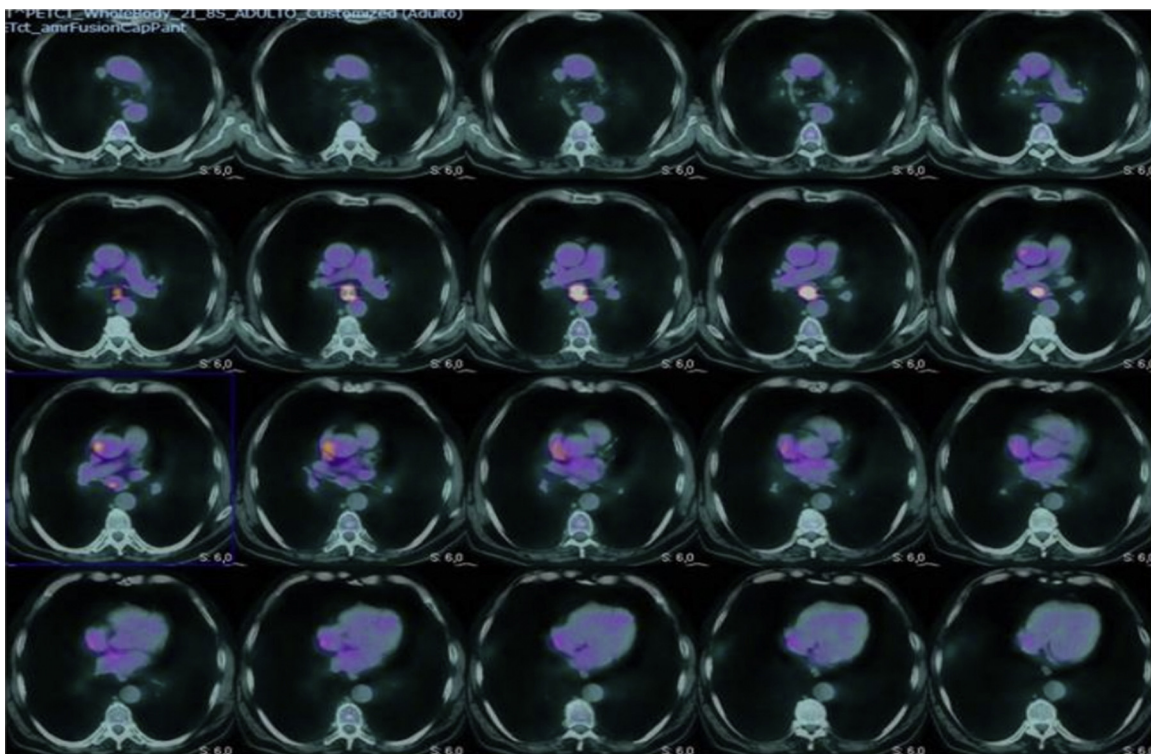


Figura 1. Imagen obtenida mediante PET-TAC de tórax. Se observa un gran foco hipermetabólico en la estación ganglionar subcarínica (G7).