

Figura 1. Tomografía computarizada multicorte que muestra un nódulo pulmonar redondo homogéneo e intraparenquimatoso con localización periférica en la língula del pulmón izquierdo. La lesión está en contacto con el pericardio y la pleura parietal.

de elección. Aunque son raros, se deben tener en cuenta los lipomas pulmonares intraparenquimatosos en el diagnóstico diferencial de los nódulos pulmonares localizados periféricamente para que se pueda planificar y modificar cuidadosamente el procedimiento quirúrgico.

Agradecimientos y fuente de financiación

El manuscrito se redactó en el Hospital Universitario de Dubrava, Zagreb. No se recibió financiación externa a la institución. Agradecemos a Stela Bulimbašić y a Arijana Pačić por sus consejos durante la preparación de manuscrito.

Bibliografía

1. Kransdorf MJ. Benign soft-tissue tumors in a large referral population: Distribution of specific diagnoses by age, sex, and location. *AJR Am J Roentgenol.* 1995;164:395-402.
2. Erkić S, Kocer NE, Tuncozgun B. Peripheral intrapulmonary lipoma: A case report. *Acta Chir Belg.* 2007;107:700-2.
3. Wood J, Henderson RG. Peripheral intrapulmonary lipoma: A rare lung neoplasm. *Br J Radiol.* 2004;77:60-2.
4. Moran AM, Jian B, Min H, Pechet T, Fogt F. Peripheral intrapulmonary lipoma in a 26-year-old woman. A case report. *Pol J Pathol.* 2011;62:113-5.
5. Kim NR, Kim HJ, Kim JK, Han J. Intrapulmonary lipomas: Report of four cases. *Histopathology.* 2003;42:305-6.

Jasna Bacalja^{a,*}, Igor Nikolić^b y Luka Brčić^{c,d}

^a Clinical Department of Pathology and Cytology, Dubrava University Hospital, Zagreb, Croacia

^b Clinical Department of Surgery, Dubrava University Hospital, Zagreb, Croacia

^c Institute of Pathology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croacia

^d Clinical Department of Pathology and Cytology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croacia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jasnabacalja@yahoo.com (J. Bacalja).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.021>

Nódulos pulmonares migratorios en paciente con colitis ulcerosa



Migratory Pulmonary Nodules in a Patient With Ulcerative Colitis

Sr. Director:

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal que puede cursar con afectación extra-intestinal. En la presente carta, presentamos un caso atípico de manifestaciones pulmonares de CU.

Varón de 70 años con antecedentes de CU estable los últimos 5 años bajo tratamiento con azatioprina. Consultó por cuadro de hemoptisis. Se realizó tomografía computarizada (TC) torácica que detectó nódulo cavitado de 18 mm en lóbulo inferior derecho. Al mes, se realizó PET-TC que objetivó crecimiento (19,5 mm) e hipermetabolismo (SUV 5,77) del nódulo. Broncoscopia sin alteraciones y estudio funcional respiratorio con leve alteración no obstructiva (FEV1/FVC 77, FEV1 [L] 2,22 [68%], FVC [L] 2,89 [65%]). Estudio microbiológico de las muestras endoscópicas, con auramina y detección de ácidos nucleicos para *M. tuberculosis* complex, negativos. Cuatro semanas después, el paciente presenta nuevo episodio de hemoptisis e insuficiencia respiratoria (pO₂ de 52 mmHg). Una nueva TC torácica objetiva masa de 7 cm en lóbulo superior derecho (LSD) (fig. 1A). El estudio con contraste descartó tromboembolismo pulmonar. Se repitió la broncoscopia, de nuevo normal, con resultados negativos para citología y microbiología (detección directa

y cultivos para bacterias, hongos y micobacterias). Ante la sospecha de absceso pulmonar, se inició tratamiento con clindamicina con una correcta evolución clínica. Sin embargo, la TC torácica de control a los tres meses objetivó resolución de dicha lesión con aparición de nueva imagen cavitada en el LSD (fig. 1B). Para descartar relación con la enfermedad intestinal, se realizó una colonoscopia que evidenció CU leve. Además, el estudio inmunológico (incluyendo anticuerpos anti-nucleares y anti-citoplasma) fue negativo.

Dada la ausencia de diagnóstico se decidió la realización de biopsias pulmonares mediante toracotomía. La anatomía patológica evidenció acúmulos estériles de neutrófilos con áreas de necrosis y focos de neumonía organizada, sin evidencia de infiltración vascular. Estos hallazgos se interpretaron como compatibles con afectación pulmonar por su CU. Se inició tratamiento con prednisona 30 mg cada 12 h durante 2 semanas con resolución completa de las imágenes radiológicas (fig. 1C).

La CU es una enfermedad inflamatoria que afecta a la mucosa del colon. Sus principales manifestaciones son la diarrea, el dolor abdominal y las rectorragias¹. Sin embargo, en un 10-30% de los casos puede acompañarse de manifestaciones extra-intestinales, sobre todo en articulaciones, piel y ojos. Las manifestaciones pulmonares asociadas a la CU son raras, múltiples e inespecíficas^{2,3}. Los síntomas más frecuentes son la tos y las sibilancias³. En nuestro caso, los síntomas fueron hemoptisis e insuficiencia respiratoria, síntomas no habituales en las series publicadas²⁻⁴. Los hallazgos radiológicos son también muy variados. Entre los más frecuentes se incluyen las bronquiectasias y las opacidades en vidrio deslustrado³. Nuestra TC mostró nódulos pulmonares cavitados

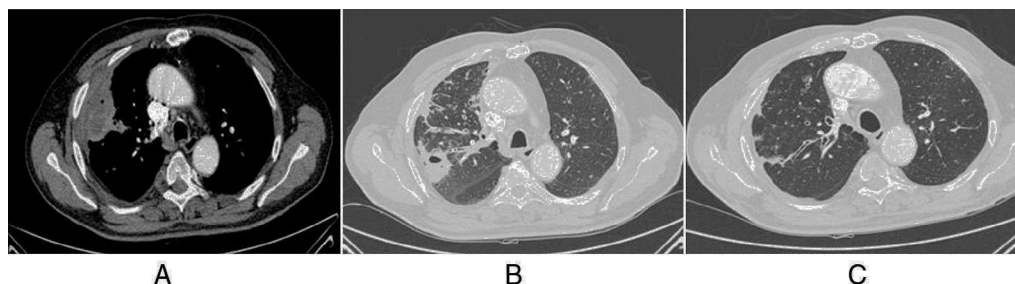


Figura 1. A) Masa pulmonar en la periferia del LSD con centro hipodenso, de aspecto necrótico-abcesificado, con una pequeña burbuja aérea en su interior (imagen TC en ventana mediastino). B) Desaparición de la imagen previamente descrita, con aparición de un nuevo nódulo pulmonar cavitado en la proximidad. Se observan también la presencia de engrosamientos de paredes bronquiales e impactaciones bronquiolares en LSD (imagen TC en ventana pulmón). C) Desaparición de los hallazgos previos (imagen TC de control en ventana pulmón).

de curso migratorio, afectación descrita como muy inusual⁵. Las alteraciones histopatológicas más habituales son la inflamación de la vía aérea y las bronquiectasias². En la biopsia pulmonar de nuestro paciente, se encontraron focos de neumonía organizada y nódulos necrobióticos. Estas zonas necróticas, evidenciadas por TC como abscesos, aparecieron de forma intermitente en la evolución del paciente. Hasta la fecha, se han descrito casos de brotes de neumonía organizada asociados a la CU⁴, pero los nódulos necrobióticos son más infrecuentes². El tratamiento de la afectación pulmonar de la CU se basa en la corticoterapia⁴. En nuestro paciente, la respuesta al tratamiento con corticoides fue excelente, con completa resolución clínica y radiológica a las 2 semanas de su inicio.

En conclusión, presentamos un caso de afectación pulmonar de CU que destaca por presentarse en forma de brotes que cursan con hemoptisis, insuficiencia respiratoria e imágenes radiológicas nodulares pulmonares cavitadas migratorias, sin clínica intestinal asociada. El diagnóstico definitivo se obtuvo tras biopsia pulmonar y la respuesta al tratamiento esteroideo fue absoluta.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado directa o indirectamente con los contenidos del documento.

Bibliografía

1. Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. *N Engl J Med*. 2011;365:1713-25.
2. Camus P, Colby TV. The lung in inflammatory bowel disease. *Eur Respir J*. 2000;15:5-10.
3. Black H, Mendoza M, Murin S. Thoracic manifestations of inflammatory bowel disease. *Chest*. 2007;131:524-32.
4. Storch I, Sachar D, Katz S. Pulmonary manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2003;9:104-15.
5. Carrascosa M, Salcines-Caviedes J, Millán MV, Martín MC, Murguiondo MZ, Gutiérrez PG, et al. Pulmonary nodules as respiratory manifestation of inflammatory bowel disease: Case report and review. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17:E99-101.

Silvia Barril^a, Ana Rodrigo-Troyano^a, Ana Giménez^b y Oriol Sibila^{a,*}

^a Servei de Pneumologia, Departament de Medicina, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Servei de Radiologia, Departament de Medicina, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: osibila@santpau.cat (O. Sibila).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.07.006>

Mortalidad en el síndrome de obesidad-hipoventilación y factores de riesgo pronóstico



Mortality in obesity-hypoventilation syndrome and prognostic risk factors

Sr. Director:

Hemos leído con interés la carta enviada a ARCHIVOS DE BRONCO-NEUMOLOGÍA en relación con nuestro artículo «Ventilación mecánica no invasiva en pacientes con síndrome de obesidad hipoventilación. Resultados a largo plazo y factores pronósticos»¹, carta que agradecemos y que trataremos de responder.

Compartimos que el no disponer de datos de comorbilidad es la mayor limitación del estudio, sobre todo teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de este era establecer factores pronósticos de mortalidad. Sin embargo, en el diseño original de la base de datos no contemplamos la inclusión de aquella y no hemos querido realizar una búsqueda retrospectiva en las historias clínicas que

hubiera reducido la calidad de los datos. Si bien haber introducido comorbilidad en el análisis hubiese sido interesante, su ausencia no interfiere con los resultados encontrados: que los pacientes con síndrome de apnea del sueño y los que tienen una menor alteración de la función ventilatoria cuando entran en programa de ventilación, son aquellos que tienen mejor pronóstico.

En cuanto a los aspectos metodológicos que preocupan a los autores de la carta, tanto el inicio como el control de la técnica de soporte ventilatorio en los pacientes sigue las normativas de recomendación. La presión de soporte (PS) mínima utilizada era de 10 cm de agua que se incrementaba según respuesta gasométrica y tolerancia, hasta 16. Cuando con la PS inicial no se conseguía una saturación del 90%, se incorporaba oxígeno suplementario hasta alcanzar dicha saturación, si bien la FiO₂ se modificaba posteriormente en función de las cifras gasométricas y de saturación alcanzados con la PS eficaz o máxima. La elección de pruebas de análisis estadístico para comparación se ha realizado en función del tamaño muestral y la distribución de normalidad, habiéndose utilizado pruebas no paramétricas, asumiendo penalización en resultados.