

laparoscópica puede ser secundario a infección abdominal por *Actinomyces*.

Bibliografía

1. Stupak D, Cohen S, Kasmin F, Lee Y, Siegel JH. Intra-abdominal actinomycosis 11 years after spilled gallstones at the time of laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2007;17:542-4.
2. Choi JC, Koh WJ, Kim TS, Lee KS, Han J, Kim H, et al. Optimal duration of IV and oral antibiotics in the treatment of thoracic actinomycosis. *Chest*. 2005;128:2211-7.
3. Ozgediz D, Zheng J, Smith EB, Corvera CU. Abdominal actinomycosis after laparoscopic cholecystectomy: A rare complication of bile spillage. *Surg Infect*. 2009;10:297-300.
4. Avisbal Portillo N, Rueda Ríos C, Benítez Domenech A. Actinomicosis como causa de un derrame pleural. *Arch Bronconeumol*. 2002;38:153-4.
5. Mabeza GV, MacFarlane J. Pulmonary actinomycosis. *Eur Respir J*. 2003;21:545-51.

Rocío Magdalena Díaz Campos^{a,*},
Francisco López-Medrano^b, Antonio Lalueza^b,
Fernando Granados Caballero^c y Victoria Villena Garrido^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Servicio de Radiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rociomdc80@gmail.com (R.M. Díaz Campos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.07.002>

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



Mortality in Obesity-hypoventilation Syndrome and Prognostic Risk Factors

Sr. Director:

La presentación clínica de pacientes con síndrome de obesidad hipoventilación (SOH) es heterogénea en su gravedad: Desde aquellos paucisintomáticos remitidos a consulta por sospecha de síndrome de apnea del sueño (SAHS), hasta aquellos cuyo diagnóstico se realiza tras el ingreso en una unidad de cuidados intensivos por encefalopatía hipercápnica. Las series clínicas publicadas indican que padecer de SOH asocia una morbimortalidad importante, siendo la muerte por fallo respiratorio o cardiovascular la causa de desenlace fatal. Es probable que la falta de sospecha del trastorno ventilatorio y la comorbilidad cardiovascular ya establecida en el momento del diagnóstico condicionen un pronóstico desfavorable en pacientes concretos¹⁻⁴.

Hasta la fecha se han publicado varias series observacionales que estudian la mortalidad e identifican factores de riesgo asociados¹⁻⁴. Recientemente Ojeda Castillejo et al. publican en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA un interesante estudio prospectivo sobre la evolución de pacientes con SOH del que queremos destacar positivamente varios aspectos⁵: Es probablemente el estudio con mayor tiempo de seguimiento (media > 7 años) de los hasta ahora publicados, se realiza un seguimiento cercano de los pacientes, y se establecen criterios de ventilación que parecen adecuados. En cuanto a resultados, los autores encuentran que el grupo SOH sin SAHS presenta mayor mortalidad y, a diferencia de estudios previos, la persistencia de una capacidad vital forzada (FVC) reducida tiene valor pronóstico. Por otro lado, y en contra de lo que podría ser esperable²⁻⁴, encuentran que la paO_2 basal no tiene valor pronóstico. Si bien los resultados de estudios como este son relevantes y necesarios para conocer la historia natural de pacientes con SOH, la ausencia de algunos datos limita la interpretación de los resultados:

1. Los pacientes son reclutados, bien una vez estabilizados tras un ingreso hospitalario por acidosis respiratoria o bien desde la consulta. Es posible que los pacientes provenientes de ingresos padecieran de más comorbilidad que los reclutados desde consulta^{3,4}. Sin embargo, los autores no aportan datos de comorbilidad.

2. En el análisis de mortalidad los autores no indican si incluyen a pacientes no cumplidores de VMNI o CPAP —un total de 9 sujetos—. Este es otro dato relevante ya que la falta de cumplimiento se ha asociado a mayor mortalidad^{1,3}. Tampoco se conoce la distribución por grupo de pacientes entre no cumplidores.
3. Entre las múltiples causas de hipoxemia bajo VNI se incluye la hipoventilación central y los trastornos de ventilación/perfusión. En este sentido existen guías de práctica clínica que aconsejan que la presión soporte (IPAP-EPAP) sea de al menos 10 mmHg antes de valorar añadir oxígeno. En el trabajo de Ojeda Castillejo et al. no queda claro si se tiene esta consideración en cuenta.
4. Para el análisis comparativo de valores de FVC en el tiempo es más correcto el uso de métodos estadísticos tales como la comparación mediante ANOVA o la t de Student con la corrección de Bonferroni.

En resumen, para estimar factores pronósticos de mortalidad en pacientes con SOH es preciso realizar una correcta metodología de la VNI o CPAP y un estudio pormenorizado de los factores de riesgo potencialmente relevantes⁴. Por otro lado, y en espera de resultados de estudios en marcha, será interesante conocer si la monitorización nocturna de VNI en pacientes poco respondedores —mediante análisis del *software* del ventilador con o sin poligrafía simultánea— repercutirá positivamente en su calidad de vida y pronóstico vital.

Financiación

Para la elaboración de este manuscrito no se ha contado con ninguna fuente de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pérez de Llano LA, Golpe R, Ortiz Piquer M, Veres Racamonde A, Vázquez Caruncho M, Caballero Muinelos O, et al. Short-term and long-term effects of nasal intermittent positive pressure ventilation in patients with obesity-hypoventilation syndrome. *Chest*. 2005;128:587-94.

- Priou P, Hamel JF, Person C, Meslier N, Racineux JL, Urban T, et al. Long-term outcome of noninvasive positive pressure ventilation for obesity hypoventilation syndrome. *Chest*. 2010;138:84-90.
- Carrillo A, Ferrer M, González-Díaz G, López-Martínez A, Llamas N, Alcazar M, et al. Noninvasive ventilation in acute hypercapnic respiratory failure caused by obesity hypoventilation syndrome and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186:1279-85.
- Borel JC, Burel B, Tamisier R, Dias-Domingos S, Baguet JP, Levy P, et al. Comorbidities and mortality in hypercapnic obese under domiciliary noninvasive ventilation. *PLoS One*. 2013;8:e52006.
- Ojeda Castillejo E, de Lucas Ramos P, López Martín S, Resano Barrios P, Rodríguez Rodríguez P, Morán Caicedo L, et al. Noninvasive mechanical ventilation in patients with obesity hypoventilation syndrome. Long-term outcome and prognostic factors. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:61-8.

Javier Navarro Esteva*, Carlos Hinojosa Astudillo y Gabriel Juliá Serdá

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jnavest@gobiernodecanarias.org, jnesteva7@hotmail.com (J. Navarro Esteva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.022>

Patología abdominal asociada a la linfangioleiomiomatosis



Abdominal Findings in Lymphangiomyomatosis: A Report of Two Cases

Sr. Director:

La linfangioleiomiomatosis (LLM) es una enfermedad intersticial pulmonar poco frecuente que afecta fundamentalmente a mujeres, se caracteriza histológicamente por la proliferación de células atípicas de músculo liso en el sistema linfático. Radiológicamente, la LLM a nivel del parénquima pulmonar se caracteriza por la existencia de múltiples quistes pulmonares (fig. 1a). Los hallazgos abdominales asociados a la LLM son menos conocidos, aunque se describen en hasta el 70% de los pacientes. El más frecuente es el angiomiolipoma (AML) renal, que puede aparecer en un 20-54% de los casos. Otros hallazgos son los linfangioleiomiomas, las adenopatías y la ascitis quilosa¹.

Presentamos 2 casos de LLM asociados a patología abdominal para hacer hincapié en estos hallazgos abdominales, así como para conocer la trascendencia clínica de los mismos.

El primer caso es una mujer de 42 años que debutó clínicamente con un neumotórax que requirió la colocación de un tubo de tórax. En el mismo procedimiento se resecaron unos quistes en el ápex pulmonar con el diagnóstico histológico de quistes de LLM. Se realizó posteriormente una TC de tórax donde se detectó incidentalmente una masa renal derecha (fig. 1b). La masa era exofítica, con densidad homogénea, de unos 4 cm y no presentaba grasa en su interior. Radiológicamente correspondía a una masa renal indeterminada, pero teniendo en cuenta que la paciente ya tenía el diagnóstico de LLM se sugirió que correspondiera a un AML atípico, porque no era evidente la grasa en su interior. Para descartar que correspondiera a otro tipo de tumor renal, se realizó una biopsia percutánea en la que se confirmó que se correspondía con un AML. La paciente permanece asintomática en relación con la masa renal, sometiéndose a controles.

El segundo caso es una mujer de 38 años a la que en una revisión ginecológica se le detectaron unos quistes ováricos sospechosos de neoplasia. En la TC abdominal para estadificación y diagnóstico se apreciaron múltiples lesiones quísticas redondeadas en retroperitoneo y pelvis (fig. 1c). En las bases pulmonares se vieron quistes pulmonares. La paciente estaba asintomática respiratoriamente. Radiológicamente, los quistes retroperitoneales y pélvicos

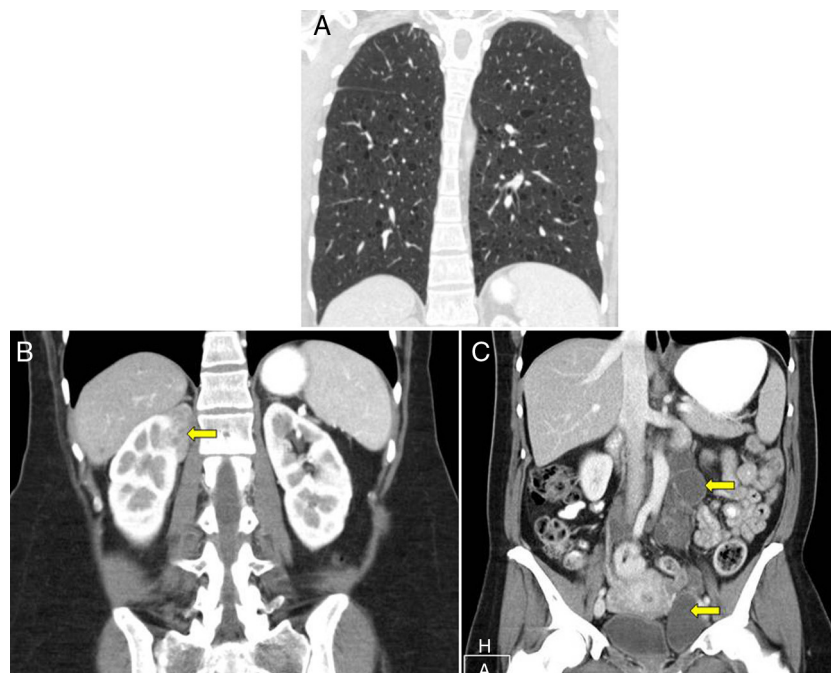


Figura 1. Hallazgos radiológicos del caso, caracterizado por A) la existencia de múltiples quistes pulmonares, B) una masa renal derecha (flecha amarilla) y C) múltiples lesiones quísticas redondeadas en retroperitoneo (flechas amarillas) y pelvis.