

3. Souza CA, Marchiori E, Gonçalves LP, Meirelles GD, Zanetti G, Escuissato DL, et al. Comparative study of clinical, pathological and HRCT findings of primary alveolar proteinosis and silicoproteinosis. *Eur J Radiol.* 2012;81:371-8.
4. Marchiori E, Souza CA, Barbassa TG, Escuissato DL, Gasparetto EL, Souza Jr AS. Silicoproteinosis: high-resolution CT findings in 13 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189:1402-6.

Edson Marchiori\*, Miriam Menna Barreto y Gláucia Zanetti

Departamento de Radiología, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [edmarchiori@gmail.com](mailto:edmarchiori@gmail.com) (E. Marchiori).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.08.009>

## Las autocitas deberían considerarse relevantes



### Self-citations should be counted

Sr. Director:

De Granda-Orive et al.<sup>1</sup> sostienen que las autocitas no deberían tenerse en cuenta al medir el impacto de las publicaciones. Por su parte, García-Pachón y Padilla-Navas<sup>2</sup> consideran que las autocitas deberían valorarse si aparecen en publicaciones con distribución limitada, en especial si no se publican en inglés. Quisiera proponer una tercera alternativa según la cual deberían considerarse relevantes las citas dentro del texto en vez de las citas de las listas de referencias bibliográficas; y contarse más de una vez si figuran varias veces en el texto.

He publicado mis argumentos en otro artículo<sup>3</sup>, pero en resumen sería:

- El número de citas dentro del texto indica el peso de dichas referencias en el artículo (Hou y Li<sup>4</sup>). El peso se reduce si hay muchas citas dentro del texto y solo una o 2 en la lista de referencias. Este razonamiento es aplicable tanto a las autocitas como a las citas convencionales.
- No todas las autocitas se incluyen como «auto-reconocimiento», sino que sirven para que el lector sepa dónde encontrar una

publicación clave, aportan pruebas de las afirmaciones del autor, dirigen la atención del lector a obras menos conocidas (o desconocidas), indican el nivel de conocimientos y experiencia del autor, establecen la filiación del autor a una escuela de pensamiento concreta o muestran la evolución conceptual.

Por eso, en mi opinión, la mejor manera de valorar las referencias en un artículo consiste en contar su frecuencia en el texto (no en la lista) conforme a su finalidad. En mi artículo<sup>3</sup>, incluyo 3 ejemplos de cómo funcionaría este proceso.

### Bibliografía

1. De Granda-Orive JI, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-Benavent R. Autocitación: ¿debemos penalizarla? *Arch Bronconeumol.* 2014;50:458.
2. García-Pachón E, Padilla-Navas I. ¿Debe penalizarse la autocitación de artículos? *Arch Bronconeumol.* 2014;50:372.
3. Hartley J. To cite or not to cite: Author self-citations and the impact factor. *Scientometrics.* 2012;92:313-7.
4. Hou WR, Li M. Counting citations in text rather than reference lists too improve the accuracy of assessing scientific contributions. *Bioessays.* 2011;72:4-72.

James Hartley

Correo electrónico: [j.hartley@keele.ac.uk](mailto:j.hartley@keele.ac.uk)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.011>

## Schwannoma del nervio vago mediastínico tratado exitosamente con toracoscopia biportal videoasistida



### Mediastinal Vagus Nerve Scwhannoma Succesfully Treated by a Biportal VATS Approach

Sr. Director:

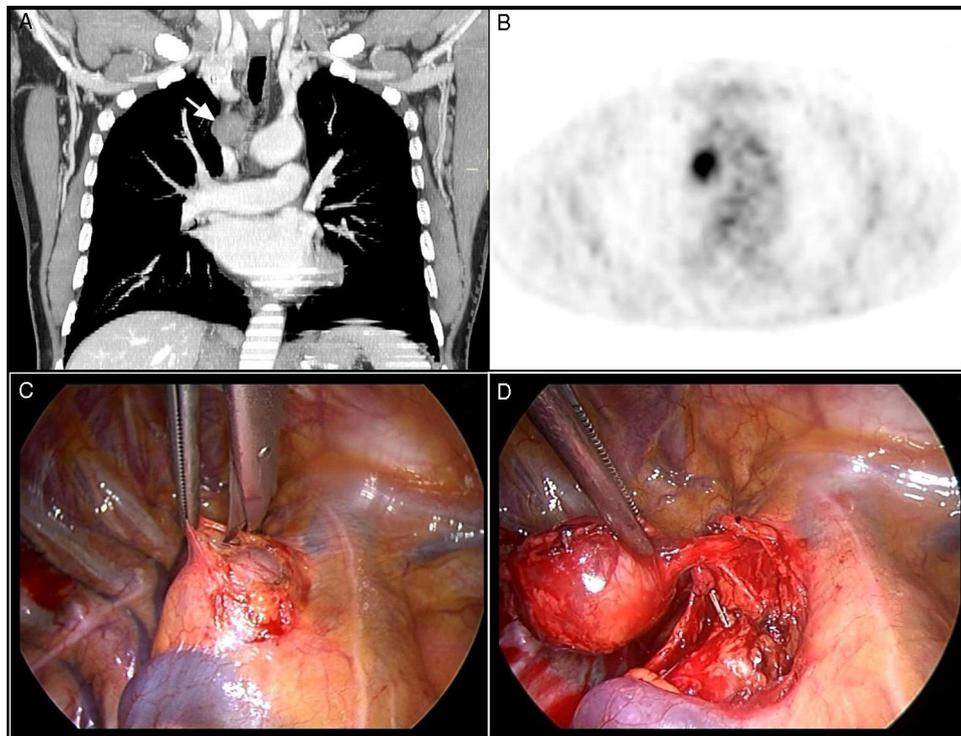
En marzo de 2010 se remitió un varón no fumador de 60 años a nuestra unidad de cirugía torácica por dispepsia durante los últimos 3 meses y 2 episodios sincopales.

En la anamnesis destacaba hemicolecotomía izquierda por adenocarcinoma pT1pN0 del sigma hacía más de 10 años. Se había realizado una colonoscopia 6 meses antes de nuestra consulta, durante la revisión de seguimiento, con resultado negativo. Se le realizó un electrocardiograma (ECG), donde se apreciaba bradicardia sinusal. En la ecocardiografía transtorácica se observó una función ventricular izquierda normal sin alteración de la cinética segmentaria ni estenosis o insuficiencias valvulares y con fracción de eyección conservada. También se realizó la prueba de inclinación en mesa basculante (*tilt test*), con resultado negativo. La exploración neurológica y la TAC cerebral también fueron negativas para lesiones expansivas, isquémicas o hemorrágicas.

En la radiografía torácica realizada se observó una protuberancia de partes blandas en el perfil derecho del corazón. En la posterior TAC torácica con contraste yodado se detectó una lesión paratraqueal y retrocava (fig. 1A) blanda, encapsulada y bien definida, de 24 × 26 mm, situada cerca del cayado de la vena álgos. En la tomografía PET con 18F FDG (fig. 1B) se identificó un aumento del valor de captación en correspondencia con la lesión (valor de captación normalizada = 5,91). En la sesión clínica semanal se decidió realizar una aspiración transbronquial con aguja. La biopsia mostró la presencia de células neuronales, lo que resultó compatible con un tumor de tejido nervioso de bajo grado.

Se programó la cirugía y se realizó exitosamente la enucleación de la lesión mediastínica mediante abordaje toracoscópico biportal. El paciente se colocó en decúbito lateral izquierdo. Se consiguió ventilación pulmonar única mediante tubo endobronquial de doble luz colocado con guía fibrobronoscópica. Se utilizó un acceso operatorio de 4 cm en el 4.º espacio intercostal y, con visión directa, se llevó a cabo una segunda pleurotomía para introducir la cámara en el 8.º espacio intercostal en la línea axilar media.

Se identificó el nódulo sobre el nervio vago derecho, justo por encima del cayado de la vena álgos, y se reseco mediante enucleación intracapsular (fig. 1C,D). No fue posible conservar la integridad del recorrido anatómico del nervio vago derecho, que



**Figura 1.** A) TAC torácica donde se observa una lesión paratraqueal y retrocava en partes blandas bien definida de 24 × 26 mm, situada cerca del cayado de la vena ácigos, caracterizada por captación del medio de contraste. B) Tomografía PET con 18F FDG que muestra un aumento de la captación focal situada en correspondencia con la lesión (valor de captación normalizada = 5,91). C) Vista toracoscópica intraoperatoria. D) Enucleación intracapsular de la lesión después de abrir la pleura mediastínica.

fue sacrificado. Se mantuvo supervisión continua con ECG durante el postoperatorio para controlar cualquier posible bradicardia causada por la lesión del nervio vago. No fue necesario administrar atropina.

Al final de la intervención se colocó un tubo torácico 24 CH para garantizar la reexpansión del pulmón a través de la pleurotomía inferior.

El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones y el paciente recibió el alta a los 4 días. La evaluación del dolor mediante la escala visual analógica (EVA) fue de 1 en el primer día del postoperatorio (rango, 0-10).

La histopatología de la muestra presentaba fascículos de células fusiformes en estroma difuso. La gran positividad de las células tumorales para la proteína S-100 confirmó el diagnóstico de schwannoma tipo A según Antoni<sup>1</sup>.

El paciente refirió la desaparición de los síntomas y el ECG mostró un ritmo sinusal de 78 lpm, posiblemente asociado a la reducción del efecto parasimpático en el ritmo cardíaco provocado por la estimulación del nervio vago causada por la masa tumoral. No ha habido recurrencia en un período de seguimiento de 4 años.

Los schwannomas son neoplasias poco comunes, generalmente benignas, y pueden surgir en todas las fibras nerviosas mielínicas. Los schwannomas del nervio vago son masas mediastínicas poco frecuentes que representan el 2% de todos los tumores neurogénicos mediastínicos. Surgen típicamente de la vaina nerviosa y comprimen las fibras nerviosas extrínsecamente<sup>2</sup>.

La toracoscopia biportal videoasistida es un abordaje seguro para extirpar este tipo de lesión con menos dolor postoperatorio y menor tiempo de hospitalización<sup>3</sup>.

En conclusión, se presenta el informe de una lesión mediastínica sintomática poco frecuente, tratada exitosamente con cirugía mínimamente invasiva.

#### Bibliografía

1. Shoji F, Maruyama R, Okamoto T, Wataya H, Nishiyama K, Ichinose Y. Malignant schwannoma of the upper mediastinum originating from the vagus nerve. *World J Surg Oncol.* 2005;3:65-8.
2. Eguchi T, Yoshida K, Kobayashi N, Saito G, Hamanaka K, Shiina T, et al. Multiple schwannomas of the bilateral mediastinal vagus nerves. *Ann Thorac Surg.* 2011;91:1280-1.
3. Rammos KS, Rammos SK, Foroulis CN, Zaramboukas TK. Schwannoma of the vagus nerve, a rare middle mediastinal neurogenic tumor: Case report. *J Cardiothorac Surg.* 2009;4:68.

Alberto Roncon, Fabio Davoli\*, Caterina Casadio, Guido Baietto, Ottavio Rena y Davide Turello

Unidad de Cirugía Torácica, Universidad de Piamonte Orientale, Azienda Ospedaliero-Universitaria «Maggiore della Carità», Novara, Italia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fab\\_78\\_16l@hotmail.com](mailto:fab_78_16l@hotmail.com) (F. Davoli).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.08.014>