

Bibliografía

- Bellato V, Brusa S, Balazova J, Marescotti S, de Caria D, Bordone G. Platypnea-orthodeoxia syndrome in interatrial right to left shunt postpneumonec-tomy. *Minerva Anesthesiol.* 2008;74:271-5.
- López Gastón OD. Síndrome platipnea-ortodeoxia. *Medicina (B Aires).* 2005;65:268-72.
- Takase B, Tanaka Y, Hattori H, Ishihara M. Importance of platypnea orthodeoxia in the differential diagnosis of dyspnea. *Intern Med.* 2010;51:1651-2.
- Kuber P, Gibbs H, Garrahy P. Platypnoea-orthodeoxia syndrome. *Heart.* 2000;83:221-3.
- Welvaart WN, Becker A, Marcus JT, Vonk-Noordegraaf A, Oosterhuis JWA, Paul MA. Unusual treatment of patent foramen ovale after pneumonec-tomy. *Eur Respir J.* 2006;53:929-31.

Oriol Plans Galván^{a,*}, Ignasi Garcia-Olivé^b, Maria Sol Prats^b, Elena Ferrer Sistach^c, Eduard Fernández-Nofrerías^c y Juan Ruiz Manzano^b

^a Servicio de Medicina Intensiva y Crítica, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oriolplans@hotmail.com

(O. Plans Galván).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.11.011>

Derrame pleural hemático en mujer de 17 años de edad



Hematic Pleural Effusion in Aa 17-Year-Old Woman

Sr. Director:

Paciente de 17 años de edad, con antecedentes de asma extrínseca con buen control, diagnosticada en noviembre de 2010 de lesión ocupante de espacio (LOE) frontal derecha compatible con endimoma anaplásico grado III de la OMS, siendo intervenida ese mismo mes con exéresis de la masa, y nueva intervención por recidiva local al mes. Realizó tratamiento radioterápico posteriormente durante 3 meses.

A los 5 meses del diagnóstico inicial es remitida a nuestra consulta de neumología por presentar disnea de una semana de evolución. En la exploración, presentaba semiología compatible con la presencia de derrame pleural en los 2 tercios inferiores de hemitórax izquierdo, por lo que se realizó toracocentesis diagnóstica, con resultado de líquido pleural compatible con exudado no complicado con ligero predominio mononuclear y glucosa muy descendida. El resultado de la anatomía patológica fue negativo. En los 6 días siguientes a la primera visita en consulta precisó 2 toracocentesis evacuadoras por aumento de la disnea, procediéndose a ingreso para estudio. Dada la evolución, planteamos al séptimo día de ingreso la realización de una toracoscopia médica diagnóstica y terapéutica, suspendiéndose ante el empeoramiento del estado general y difícil control de la disnea. La evolución clínica en las siguientes 24 h fue fatal, obligando al inicio de sedación y éxitus al octavo día de su ingreso por fallo respiratorio.

Se solicitó necropsia ante la ausencia de diagnóstico confirmatorio de derrame pleural izquierdo en paciente con los antecedentes referidos, observándose múltiples implantes pleurales (fig. 1). El diagnóstico definitivo fue de endimoma anaplásico (grado III de la OMS), con recidiva tumoral a nivel de lóbulo frontal cerebral y enfermedad metastásica extendida, principalmente a pleura y también a serosa peritoneal, tejido subcutáneo de calota y meninges.

El endimoma entra dentro de un grupo de tumores gliales poco frecuentes que asientan típicamente dentro o junto al revestimiento endimial del sistema ventricular. Representan el 3-9% de todos los tumores neuroepiteliales. Se distinguen 4 subtipos histológicos: clásico, anaplásico, mixopapilar y subendimoma^{1,2}. No presenta predominancia de sexo y la edad media del diagnóstico es a los 5 años. Entre las opciones terapéuticas, la más aceptada a día de hoy es la resección quirúrgica completa más radioterapia adyuvante, con la que se obtiene una supervivencia a los

5 años del 60-89% en comparación con una resección incompleta, que no alcanza el 50% (21-49%). También se han realizado tratamientos quimioterápicos, con buena respuesta inicial aunque no en todos los casos³. A pesar de los avances en técnicas diagnósticas y terapéuticas, el 50% de los casos presentan recurrencias o progresión de la enfermedad^{4,5}.

Las metástasis extra craneales en este tipo de tumores, suponen una entidad poco frecuente (0,5-0,98% de los casos)⁴. Metastatan principalmente a órganos linfoides y en vísceras (particularmente en el pulmón). En cuanto al tiempo transcurrido entre la aparición del tumor primario y la afectación metastásica, son necesarios 8 años aproximadamente. Esto no parece cumplirse en todos los casos.

En conclusión, el caso de nuestra paciente parece seguir igual patrón a los casos descritos en la literatura hasta el momento, aunque con menor tiempo transcurrido entre la aparición del tumor primario y la clínica respiratoria y, por tanto, con una muerte más prematura (a los 6 meses del diagnóstico). Se observó también una agresividad mayor a las descritas con metástasis tanto en región quirúrgica como a distancia, en tiempos de evolución muy cortos. Por lo que ante un caso de endimoma anaplásico grado III de la OMS, debemos tener en cuenta la afectación pleuropulmonar como una posible complicación incluso al poco tiempo de la aparición de la lesión intracraneal, como ocurrió en nuestro caso.



Figura 1. Visión durante la autopsia de la cavidad torácica: se observan múltiples implantes neoplásicos de aspecto nodular a nivel de pleura visceral, así como moderada cantidad de líquido pleural sero-hemático.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los doctores A. Pereira-Vega, J. Fernandes de Córdoba-Gamero, J.A. Maldonado-Pérez, a la doctora R. Ayerbe-García y al resto del Servicio de Neumología del Hospital Juan Ramón Jiménez, así como al doctor Muñoz-Carmona del Servicio de Radioterapia del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Bibliografía

1. Idoate MA, Echeveste J. Actualización sobre la biología molecular de los gliomas: hacia una clasificación patomolecular de los gliomas. *Rev Neurol*. 2007;44:217-24.
2. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK, Burger PC, Jouvet A, et al. The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta Neuropathol*. 2007;114:97-109.

3. Chao MM, Packer RJ, Myseros JS, Rood BR. Isolated extracranial recurrence of anaplastic ependymoma. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;56:317-8.
4. Vinchon M, Leblond P, Nodel R, Dhellemmes P. Intracranial ependymomas in childhood: Recurrence, reoperation and outcome. *Child Nerv Syst*. 2005;21:221-6.
5. Antony R, Wong KE, Patel M, Olch AJ, McComb G, Krieger M, et al. A retrospective analysis of recurrent intracranial ependymoma. *Pediatr Blood Cancer*. 2014;61:1195-201.

Eva Vázquez-Gandullo^{a,*}, José Manuel Bravo Nieto^b y Michael Alwakil Olbah^c

^a Hospital Punta de Europa, Algeciras, Cádiz, España

^b Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

^c Hospital Virgen de las Montañas, Villamartín, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evavgandullo@gmail.com

(E. Vázquez-Gandullo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.11.013>

Linfadenitis granulomatosa mediastínica tras tratamiento con bacilo Calmette-Guérin intravesical que simula metástasis distante de carcinoma vesical primario



Mediastinal granulomatous lymphadenitis after intravesical bacillus Calmette-Guerin treatment mimicking distant metastasis of primary bladder carcinoma

Sr. Director:

En nuestro servicio ingresó un varón de 38 años con dolor y sensibilidad torácicos de un mes de evolución y que se habían exacerbado gradualmente en los últimos días. La exploración sistémica y las constantes vitales fueron normales. En sus antecedentes constaba una hematuria asintomática microscópica 3 años antes que llevó a diagnóstico de carcinoma vesical. Había recibido 16 ciclos de tratamiento con el bacilo Calmette-Guérin (BCG) que habían terminado hacía aproximadamente 16 meses. Para descartar la posibilidad de metástasis distante en la pared torácica se realizó una gammagrafía ósea de cuerpo entero. Al detectar el aumento de actividad a la altura de la 5.ª costilla, decidimos realizar una tomografía

por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/TC) de cuerpo entero con ¹⁸F-fluoro-2-deoxi-D-glucosa (¹⁸F-FDG PET/TC). La ¹⁸F-FDG PET/TC reveló un incremento de actividad (SUV_{max}: 5,6) en la estación ganglionar linfática 11L, en la región hilar izquierda. Aunque el prediagnóstico había sido metástasis del carcinoma vesical primario, el análisis histopatológico de las muestras obtenidas mediante punción-aspiración transbronquial guiada por ecografía endobronquial (fig. 1A) reveló la presencia de linfadenitis granulomatosa (fig. 1B). Por lo tanto, el paciente recibió tratamiento farmacológico empírico cuádruple frente a tuberculosis compuesto por isoniazida (300 mg/día), rifampicina (600 mg/día), etambutol (800 mg/día) y pirazinamida (1 g/día) durante 6 meses. En la PET de revisión a los 6 meses se observó que la captación FDG se había reducido (SUV_{max}: 1,1) en comparación con los niveles anteriores. El paciente no refirió molestias en la revisión al año.

El BCG es una opción importante de tratamiento adyuvante para reducir el riesgo de recurrencia y el avance del carcinoma vesical¹. El tratamiento con BCG intravesical presenta algunas complicaciones sistémicas y localizadas, aunque son poco frecuentes. La mayoría de los efectos adversos localizados suelen ser autolimitados e incluyen hematuria, disuria,

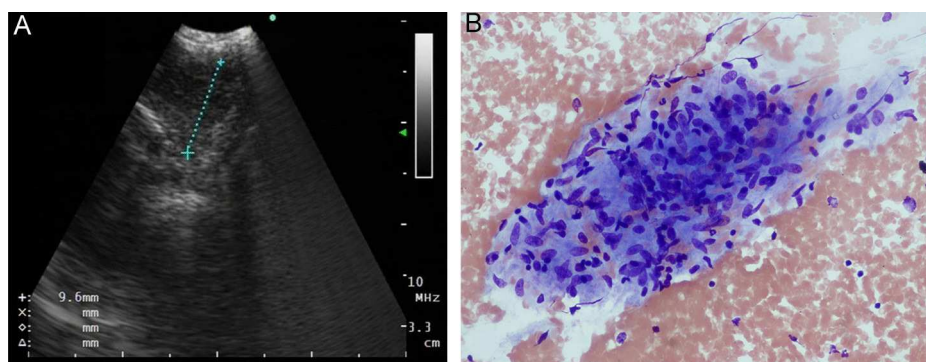


Figura 1. A) Vista ecográfica endobronquial de la lesión sospechosa. B) Formación granulomatosa (tinción hematoxilina-eosina $\times 200$).