

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 hiliar 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,

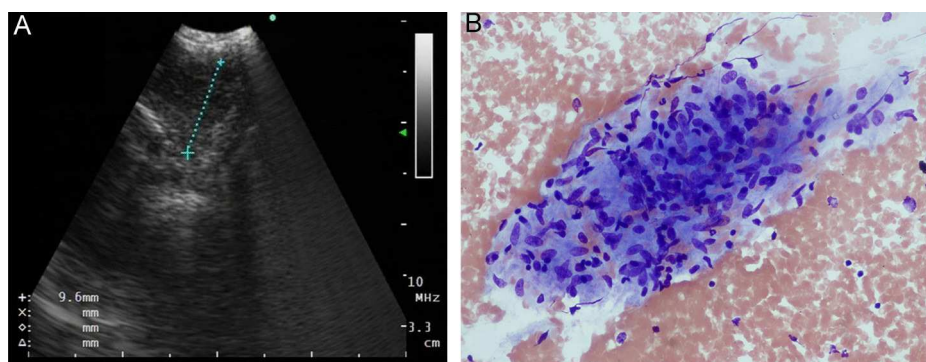


Figura 1. A) Vista ecográfica endobronquial de la lesión sospechosa. B) Formación granulomatosa (tinción hematoxilina-eosina $\times 200$).

cistitis, prostatitis y orquitis. Sin embargo, los efectos adversos sistémicos son menos comunes y pueden ir desde una simple febrícula hasta una insuficiencia multiorgánica potencialmente mortal².

En la bibliografía en inglés, existen varios estudios sobre casos de linfadenitis granulomatosa pulmonar o extrapulmonar secundarios a instilación de BCG. Existe un importante debate acerca de si las complicaciones infecciosas secundarias al BCG se deben a una reacción por hipersensibilidad o a infección activa. Algunos estudios han hallado bacterias viables en distintos tejidos, como pulmonar, pancreático o hepático, lo que indica una infección activa^{3,4}. Por su parte, la hipótesis de la hipersensibilidad está respaldada por los trabajos en los que no se pudieron aislar microorganismos⁵. Ese ha sido nuestro caso, pues no pudimos evidenciar la presencia de bacilos acidorresistentes en 3 muestras de esputo ni en una de lavado broncoalveolar e incluso los resultados de los cultivos fueron negativos.

En resumen, el valor de este caso reside en su ilustración de una complicación característica de la instilación de BCG intravesical. Con este artículo, esperamos resaltar la importancia de tener presentes las distintas complicaciones del tratamiento con BCG intravesical, aunque exista sospecha clínica de infección por BCG.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses ni financiación.

Bibliografía

- Hall MC, Chang SS, Dalbagni G, Pruthi RS, Seigne JD, Skinner EC, et al. Guideline for the management of nonmuscle invasive bladder cancer (stages Ta, T1, and Tis): 2007 update. *J Urol*. 2007;178:2314-30.
- Park CH, Jang MA, Ahn YH, Hwang YY, Ki CS, Lee NY. Mycobacterial infection after intravesical bacillus Calmette-Guérin treatment for bladder cancer: A case report. *Korean J Lab Med*. 2011;31:197-200.
- McParland C, Cotton DJ, Gowda KS, Hoepfner VH, Martin WT, Weckworth PF. Miliary *Mycobacterium bovis* induced by intravesical bacille Calmette-Guérin immunotherapy. *Am Rev Respir Dis*. 1992;146:1330-3.
- Soylu A, Ince AT, Polat H, Yasar N, Ciltas A, Ozkara S, et al. Peritoneal tuberculosis and granulomatous hepatitis secondary to treatment of bladder cancer with bacillus Calmette-Guérin. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2009;8:12.
- Elkabani M, Greene JN, Vincent AL, VanHook S, Sandin RL. Disseminated *Mycobacterium bovis* after intravesicular bacillus Calmette-Guérin treatments for bladder cancer. *Cancer Control*. 2000;7:476-81.

Deniz Dogan^a, Murat Zor^{a,*}, Tuncer Ozkisa^a, Omer Ayten^b, Nuri Yigit^c e Ismail Yavas^d

^a Department of Pulmonary Diseases, Gulhane Military Hospital, Ankara, Turkey

^b Department of Pulmonary Diseases, Gulhane Military Hospital, Istanbul, Turkey

^c Department of Pathology, Gulhane Military Hospital, Ankara, Turkey

^d Department of Pulmonary Diseases, Ankara University Medical Faculty, Ankara, Turkey

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: murat804@yahoo.com (M. Zor).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.015>

La espirometría en la Neumología pública en Navarra. Análisis contrastado del estudio 3E



Spirometry in Public Hospitals in Navarre. A Comparative Analysis of the 3E Study

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo publicado en el número de noviembre de su revista por los doctores López-Campos, Soriano y Calle¹, en el que se abordan las diferencias interregionales en la realización e interpretación de las espirometrías en España. En la metodología se hace constar que los datos se obtuvieron mediante encuesta telefónica a 805 centros, seleccionados aleatoriamente entre los que evalúan rutinariamente a los pacientes adultos con patología respiratoria crónica, y que la misma iba dirigida al técnico encargado de la realización de la espirometría en cada centro. Desconocemos la correspondencia que los resultados obtenidos hayan tenido en otras comunidades, pero queremos hacer constar las discrepancias que los mismos presentan respecto a los datos disponibles en nuestro ámbito de trabajo. Dichos resultados son manifiestamente distintos a los que pudimos constatar en el análisis que sobre la situación de la espirometría en atención primaria (AP) en nuestro medio publicamos en su revista en 2006², pero nos han desconcertado aún más los que se aportan en relación con la espirometría en atención especializada (AE) en 2012 (fecha de realización de su estudio).

En la **tabla 1** hemos seleccionado los puntos más llamativos de los recogidos en dicho artículo, y los hemos comparado con los datos constatables sobre el particular en la totalidad de los servicios públicos de neumología de Navarra (ofrecidos como totales y separadamente en los 3 equipos que entonces existían: Hospital Virgen del Camino, Hospital de Navarra y Hospital de Estella). Los mismos dejan patente que los resultados reflejados en el artículo al que hacemos referencia no representan en absoluto nuestra realidad.

Al no quedar explicado en la metodología cuáles fueron los criterios considerados correctos para el test broncodilatador y calidad para la espirometría, nos es imposible compararlos con datos propios. De todas formas, los porcentajes que se publican (25% en AP versus 12,5% en AE en el primer caso, y 93,5 versus 37,5 en el segundo) nos resultan cuando menos sorprendentes. No podemos asegurar que no correspondan a otro tipo de sistema sanitario, ya que tampoco en la metodología se menciona ni el tipo de centros entrevistados (público, privado, hospital o consultorio) ni la especialidad que se evalúa (neumología, medicina interna, alergología, etc.), pero dado que se hace mención a la situación en AE, creemos necesario hacer constar que no pueden tomarse como reflejo de la actividad en este campo realizada en la neumología pública de nuestra Comunidad.

Finalmente señalar que, tal y como indican los autores, aunque este tipo de encuestas telefónicas tengan la ventaja de poder llegar a un amplio número de centros, las limitaciones de las mismas obligan a ser cautos a la hora de sacar conclusiones.