

Financiación

No se ha precisado financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Deslee G, Klooster K, Hetzel M, Stanzel F, Kessler R, Marquette CH, et al. Lung volume reduction coil treatment for patients with severe emphysema: a European multicentre trial. *Thorax*. 2014;69:980-6.
2. Herth FJ, Eberhard R, Gompelmann D, Slebos DJ, Ernst A. Bronchoscopic lung volume reduction with a dedicated coil: a clinical pilot study. *Ther Adv Respir Dis*. 2010;4:225-31.
3. Slebos DJ, Klooster K, Ernst A, Herth FJ, Kerstjens HA. Bronchoscopic volume reduction coil treatment of patients with severe heterogeneous emphysema. *Chest*. 2012;142:574-82.

4. Shah PL, Zoumot Z, Singh S, Bicknell SR, Ross ET, Quiring J, et al. Endobronchial coils for the treatment of severe emphysema with hyperinflation (RESET): a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2013;1:233-40.

Alessio Casutt^{a,b,*}, Angela Koutsokera^a y Alban Lovis^a

^a Respiratory Medicine Department, University Hospital of Lausanne, CHUV, Lausana, Suiza

^b Internal Medicine Department, Hospital Civico of Lugano, Lugano, Suiza

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alessio.casutt@unil.ch (A. Casutt).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.12.011>

Ceguera y sordera como manifestación inicial de un cáncer de pulmón no microcítico



Blindness and Deafness as Initial Manifestation of Non-small Cell Lung Cancer

Sr. Director:

La carcinomatosis meníngea (CM) es una entidad devastadora infrecuente que se caracteriza por una infiltración maligna de las leptomeninges y el espacio subaracnoideo. Aunque habitualmente se trata de un hallazgo tardío en pacientes con enfermedad diseminada conocida, también puede ser una manifestación inicial.

Presentamos el caso de una mujer no fumadora de 71 años de edad, con *situs inversus totalis*, que fue hospitalizada en el servicio de neurología por pérdida visual y auditiva progresiva de 2 meses de evolución. La exploración física mostró amaurosis e hipoacusia bilateral. La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral no reveló lesiones intracraneales (fig. 1A) y la resonancia magnética (RM) con gadolinio no mostró potenciación leptomeníngea focal o difusa ni lesiones tumorales. Se efectuó una punción lumbar. El análisis anatomopatológico del líquido cefalorraquídeo (LCR)

reveló la presencia de células adenocarcinomatosas, y las pruebas inmunohistoquímicas mostraron positividad al TTF-1 y a la citoqueratina 7, ambos indicativos de un origen pulmonar. La TAC torácica reveló una masa lobulada de 3 cm en el lóbulo inferior derecho (LID) (fig. 1B). Se realizó una biopsia percutánea guiada mediante TAC, con la intención de obtener tejido tumor adicional para la secuenciación de la mutación *EGFR*. El análisis histológico mostró la ocupación del parénquima pulmonar por estructuras neoplásicas con características de adenocarcinoma y tinción difusa para TTF-1 y citoqueratina 7. Durante el ingreso hospitalario, la paciente presentó una neumonía por aspiración y falleció. Una semana más tarde, la biopsia de la masa del LID indicó que el tumor albergaba una mutación *EGFR* G719C en el exón 18.

La CM se diagnostica principalmente en pacientes con tumores hematológicos y, en segundo lugar, en pacientes que padecen cáncer de mama o de pulmón¹. Entre estos últimos, los pacientes con cáncer de pulmón microcítico son los que muestran un porcentaje más alto de diseminación meníngea². La presentación con CM y sin metástasis en el parénquima cerebral es extremadamente rara en el cáncer de pulmón no microcítico (CPNM). Asimismo, las notificaciones de ceguera y sordera simultáneas son excepcionales en la literatura³.

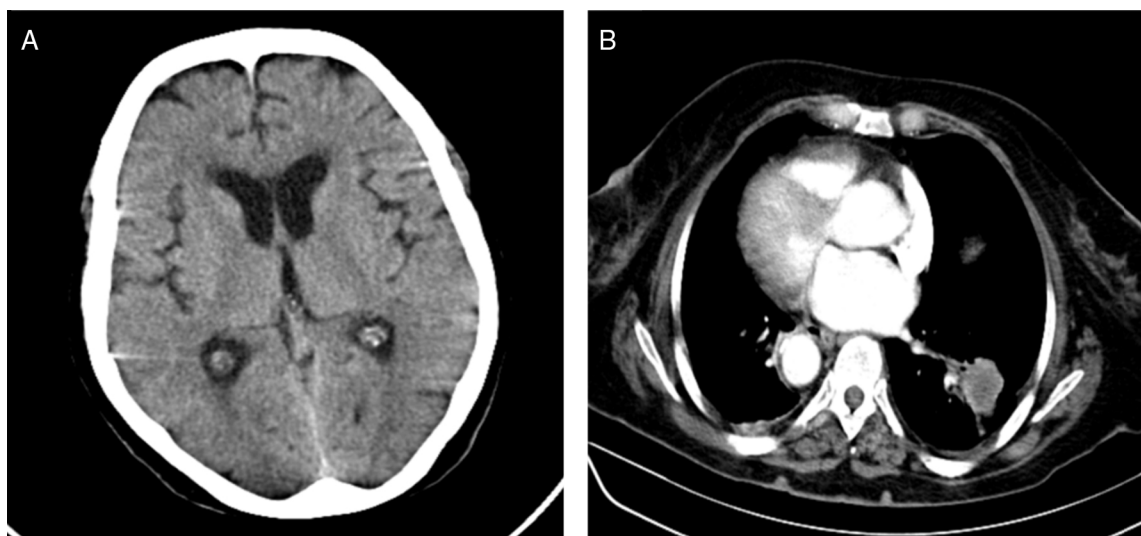


Figura 1. A) TAC cerebral que no muestra lesiones intracraneales. B) TAC torácica que muestra una masa lobulada de 3 cm en el lóbulo inferior derecho.

El pronóstico es extremadamente malo y la modalidad de tratamiento óptima es difícil de determinar, debido a que la mayor parte de estudios que se han realizado han sido pequeños y retrospectivos y, en muchas ocasiones, incluían diversas pautas concomitantes. En nuestro caso, el empleo de inhibidores de la tirosinasa (ITC) EGFR podría haber tenido un efecto relevante sobre la evolución de la paciente, pues estos fármacos parecen ser particularmente eficaces, y mejoran el estado funcional y la supervivencia de los pacientes con CPNM positivo al EGFR⁴.

El informe ilustra un caso extremadamente raro de CPNM con CM y una manifestación clínica también excepcional, ceguera y sordera simultáneas en ausencia de metástasis en el parénquima cerebral y de cambios en la RM cerebral.

Bibliografía

1. Le Rhun E, Taillibert S, Chamberlain MC. Carcinomatous meningitis: Leptomeningeal metastasis in solid tumors. *Surg Neurol Int.* 2013;4 Suppl 4:S265-88.
2. Chamberlain MC. Neoplastic meningitis. *Oncologist.* 2008;13:967-77.

3. Bruce BB, Tehrani M, Newman NJ, Biousse V. Deafness and blindness as a presentation of colorectal meningeal carcinomatosis. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2010;8:564-6.
4. Yi HG, Kim HJ, Kim YJ, Han SW, Oh DY, Lee SH, et al. Epidermal growth factor receptor (EGFR) tyrosine kinase inhibitors (TKIs) are effective for leptomeningeal metastasis from non-small cell lung cancer patients with sensitive EGFR mutation or other predictive factors of good response for EGFR TKI. *Lung Cancer.* 2009;65:80-4.

Luisa Maria Nascimento*, Ricardo Reis y Ana Fernandes

Servicio de Neumología, Centro Hospitalario de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lu.maria.nascimento@hotmail.com (L.M. Nascimento).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.06.006>

Un cuerpo extraño insólito



An unusual foreign body

Sr. Director:

Un varón no fumador, asmático, de 63 años de edad y trabajador manual de una fábrica de maderas acudió por presentar tos productiva de 3 días de evolución, con expectoración verdosa, sibilancias, disnea y dolor torácico pleurítico en el costado izquierdo. La exploración física indicó fiebre de 38 °C e hipoxia (saturación de oxígeno 87% con aire ambiental). La auscultación mostró sibilancias y crepitantes bilaterales en la base del pulmón izquierdo.

La radiología de tórax reveló un derrame pleural izquierdo de grado moderado. Debido a que el pH del exudado era de 6,8, se insertó un drenaje pleural. La tomografía axial computarizada reveló un cuerpo extraño metálico en el bronquio principal y colapso del lóbulo inferior izquierdo (fig. 1). La broncoscopia confirmó la presencia de un objeto metálico parecido a un *stent* y recubierto de tejido de granulación en el bronquio principal izquierdo. El tejido de granulación estaba tan integrado en el cuerpo

extraño que dificultaba su extracción. Por consiguiente, derivamos al paciente al cirujano torácico para la extracción del cuerpo extraño mediante un broncoscopio rígido y bajo anestesia general. El cuerpo extraño resultó ser una anilla de la pata de una paloma. Al interrogar al paciente más minuciosamente, este no recordaba ningún episodio de asfixia, pero comentó que 20 años atrás era aficionado a la colombofilia.

La aspiración de un cuerpo extraño no es frecuente en personas adultas¹. En un estudio realizado en la clínica Mayo se recuperaron 60 casos de adultos a lo largo de un período de 33 años². En 2 estudios realizados en Taiwán, se notificaron 47 y 43 casos en 13 y 15 años, respectivamente^{3,4}. El tipo de cuerpos extraños inhalados no suele ser el mismo en las diferentes poblaciones. En la población occidental, lo más frecuente es encontrar materia vegetal, mientras que, en las poblaciones de China y Oriente Medio, los hallazgos más frecuentes son huesos y semillas de sandía, respectivamente. Sorprende que la inhalación de un cuerpo extraño raras veces tenga una presentación aguda. Hasta el 80 y el 25% de los casos presentan tos y disnea, respectivamente. Los pacientes no siempre recuerdan haber notado asfixia, por lo que a menudo no se diagnostica. Los cuerpos extraños suelen acabar alojados en

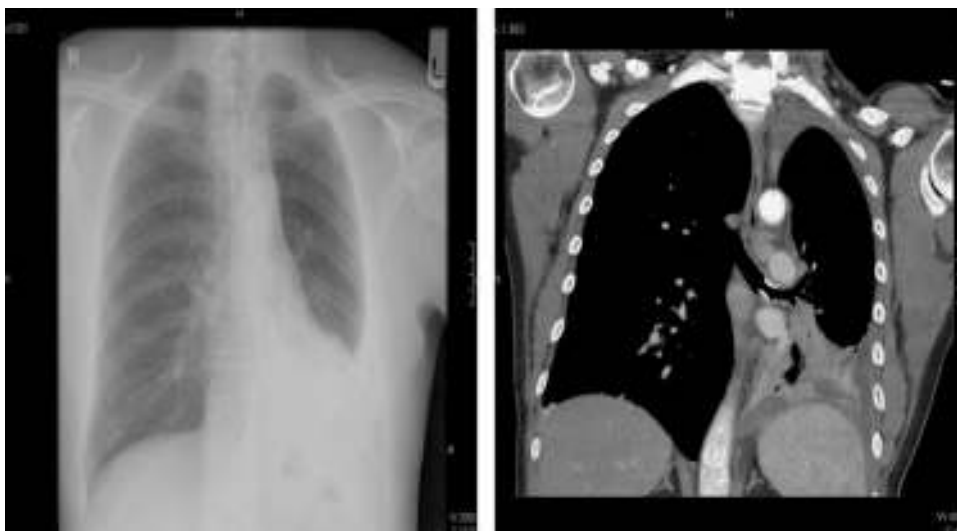


Figura 1. Cuerpo extraño 2.