

Bibliografía

1. Gadalla SM, Lund M, Pfeiffer RM, Gortz S, Mueller CM, Moxley RT III, et al. Cancer risk among patients with myotonic muscular dystrophy. *JAMA*. 2011;306:2480–6.
2. Das M, Moxley RT 3rd, Hilbert JE, Martens WB, Letren L, Greene MH, et al. Correlates of tumor development in patients with myotonic dystrophy. *J Neurol*. 2012;259:2161–6.
3. Win AK, Perattur PG, Pulido JS, Pulido CM, Lindor NM. Increased cancer risks in myotonic dystrophy. *Mayo Clin Proc*. 2012;87:130–5.
4. Mohamed S, Pruna L, Kaminsky P. Increasing risk of tumors in myotonic dystrophy type 1. *Presse Med*. 2013;42:e281–4.
5. Meola G. Clinical aspects, molecular pathomechanisms and management of myotonic dystrophies. *Acta Myol*. 2013;32:154–65.

M. Teresa Gómez Hernández^{a,*}, M. Teresa Martín Posadas^b
y M. del Carmen García Sánchez^c

^a Departamento de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^b Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^c Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mteresa.gomez.hernandez@gmail.com

(M.T. Gómez Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.09.012>

Videotoroscopia para el diagnóstico y tratamiento de los empalamientos por cuchillo en el tórax



Video-assisted thoracoscopy in the diagnosis and treatment of stab wounds in the chest

Sr. Director:

Los cuerpos extraños empalados en el tórax son raros y conllevan una situación dramática para el paciente, los familiares y

el equipo de trauma. Tradicionalmente, el abordaje estándar para estos casos ha sido la toracotomía abierta¹. La videotoroscopia (VT) es una indicación relativamente reciente para el manejo de los cuerpos extraños empalados.

Presentamos 2 casos clínicos de empalamiento torácico por cuchillo manejados mediante VT.

En el primer caso, un varón de 62 años de edad, fue empalado en el tórax izquierdo con un cuchillo de cocina. El cuchillo entró al tórax a nivel del 4.º espacio intercostal y la línea axilar anterior (fig. 1A). El paciente se encontraba hemodinámicamente estable.



Figura 1. A) Cuchillo empalado en tórax izquierdo. B) Radiografía de tórax. Obsérvese la hoja del cuchillo sobre la silueta cardíaca y hemotórax izquierdo. C) Cuchillo empalado en tórax posterior. Radiografía portátil de tórax, no hay hemo ni neumotórax. D) TAC de columna en posición prona.

La radiografía de tórax mostró hemotórax izquierdo y el cuchillo se apreció sobre la silueta cardíaca (fig. 1B). Se le trasladó al quirófano y se realizó exploración toracoscópica, que determinó penetración del cuchillo en el lóbulo superior del pulmón. Se aspiró el hemotórax y luego se extrajo el cuchillo bajo visión directa. La laceración pulmonar fue suturada toracoscópicamente. En el segundo caso, un joven de 18 años de edad se presentó con empalamiento de un cuchillo aserrado a nivel de la 9.^a vértebra torácica. Los signos vitales del paciente al llegar a nuestro hospital mostraron una PA: 129/57 mmHg, FC: 65 lpm y FR: 20 rpm. El examen neurológico reveló lesión medular completa por debajo de la herida. La radiografía de tórax no mostró hemo ni neumotórax (fig. 1C) y la TAC de columna mostró el cuchillo atravesando la médula espinal (fig. 1D). La intubación oro-traqueal, se logró colocando al paciente entre 2 camillas para facilitar la posición supina. La exploración toracoscópica reveló hematoma de mediastino posterior; lo que obligó a convertir a toracotomía. Se encontró herida en la aorta torácica, la que fue reparada con sutura de polipropileno. En ambos casos el postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Inicialmente, las indicaciones de VT en el trauma torácico fueron de tipo diagnóstico, y para tratar el hemotórax coagulado. Abolhoda et al.² descartaron perforaciones diafragmáticas y trataron de forma exitosa varios casos de hemotórax traumático coagulado. Lang-Lazdunski et al.³ incrementaron las indicaciones toracoscópicas para el trauma torácico incluyendo hemotórax persistente, cuerpo extraño intratorácico, empiema postraumático y quilotórax postraumático. Con la mayor experiencia de los cirujanos y mejor tecnología se ha posibilitado el tratamiento de traumas más complejos. Hay pocos reportes de cuerpos extraños empalados en el tórax manejados mediante VT, no obstante coincidimos con Isenburg et al.⁴ en que, estos pacientes deben encontrarse hemodinámicamente estables para optar por el abordaje toracoscópico, de lo contrario se debe ir directamente a la toracotomía abierta.

En resumen, el manejo toracoscópico de los cuerpos extraños empalados en el tórax es una opción segura y efectiva en el paciente hemodinámicamente estable. La técnica tiene ventajas específicas.

La VT es un procedimiento diagnóstico, terapéutico y de mínima invasión. En adición a establecer la severidad de las lesiones, permite al cirujano identificar complicaciones potenciales al remover el cuerpo extraño y permite la reparación de diversas heridas.

Financiación

Los autores recibieron apoyo financiero de la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT), institución gubernamental que promueve la investigación.

Bibliografía

1. Burack JH, Amulraj EA, O'Neill P, Brevetti G, Lowery RC. Thoracoscopic removal of a knife in the chest. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;130:1213-4.
2. Abolhoda A, Livingston DH, Donahoo K, Allen K. Diagnostic and therapeutic video assisted thoracic surgery (VATS) following chest trauma. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1997;12:356-60.
3. Lang-Lazdunski L, Mouroux J, Pons F, Grosdidier G, Martinod R, Elkaïm D, et al. Role of videothoracoscopy in chest trauma. *Ann Thorac Surg.* 1997;63:327-33.
4. Isenburg S, Jackson N, Karmy-Jones R. Removal of an impaled knife under thoracoscopic guidance. *Can Resp J.* 2008;15:39-40.

Rafael Andrade-Alegre^{a,*}, Norberto Donoso^b y Olivia El-Achtar^c

^a Sección de Cirugía Torácica, Hospital Santo Tomás, Panamá, República de Panamá

^b Servicio de Cirugía Vascul Periférica, Hospital Santo Tomás, Panamá, República de Panamá

^c Servicio de Cirugía General, Hospital Santo Tomás, Panamá, República de Panamá

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: toravasc@cwpanama.net, randradealegre@gmail.com (R. Andrade-Alegre).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.10.005>

Enfermedad pulmonar intersticial con miopatía autoinmune necrosante asociada a estatinas responde al rituximab



Interstitial lung disease with statin-associated necrotizing autoimmune myopathy responding to rituximab

Sr. Director:

Las estatinas (inhibidores de la hidroximetilglutaril-coenzima A-reductasa [HMGCR]) se emplean en pacientes con hipercolesterolemia y, entre sus efectos adversos, recientemente se ha descrito una entidad denominada miopatía autoinmune necrosante (MAN)¹⁻³. Los pacientes con MAN inducida por estatinas presentan debilidad subaguda, proximal y simétrica en las extremidades, concentraciones séricas elevadas de la enzima muscular creatina-kinasa (CK) de curso grave y necrosis histológicamente significativa de las fibras musculares, con inflamación mínima o nula^{2,3}.

Hasta la fecha, ninguna publicación ha descrito la asociación entre la MAN inducida por estatinas y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), y solamente una ha abordado el uso de rituximab en la MAN⁴. Por consiguiente, el caso que notificamos es el primero que describe una EPI secundaria a una MAN inducida por estatinas, con correlación entre la actividad de la enfermedad muscular, el deterioro funcional pulmonar y la respuesta al rituximab.

Un varón de 52 años de edad refería mialgia, debilidad muscular proximal en las extremidades (fuerza de grado 3) y disnea progresiva (actualmente de grado 2 según la escala de disnea del *Medical Research Council* modificada) de 3 años de evolución, que se habían iniciado 3 meses después de haber tomado rosuvastatina para el tratamiento de una dislipemia. El paciente también presentaba diabetes mellitus e hipotiroidismo, y no era fumador.

La estatina se suspendió debido a una elevación de las concentraciones de CK (3.000 U/l, valores de referencia < 150 U/l) y aldolasa (19,3 U/l, valores de referencia < 7,6 U/l); sin embargo, los efectos adversos persistieron. La elevación de las concentraciones de CK (7.000 U/l) motivó la hospitalización del paciente. La exploración física fue normal y la saturación de oxígeno (SpO₂) con aire ambiental del 96%. La electroneuromiografía mostró una miopatía proximal leve. Se efectuó una biopsia del músculo bíceps y el análisis histopatológico indicó un tamaño muscular homogéneo, con necrosis moderada de fibras musculares y sin inflamación significativa (CD4+/CD8+ negativos y CD68+ positivo). El CMH de clase I fue positivo en la superficie de todas las fibras musculares. Otras pruebas analíticas relevaron concentraciones séricas normales de hormonas tiroideas, anticuerpos autoinmunes negativos y negatividad en las serologías de la hepatitis y VIH.

Las pruebas de función pulmonar (PFP) mostraron un patrón restrictivo, con reducción de la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) (tabla 1). La tomografía computarizada (TC) de