

Degeneración mixoide en los músculos esqueléticos periféricos de pacientes con EPOC grave. ¿Parte de la miopatía periférica?

Sr. Director: Con motivo de la realización de biopsias ambulatorias en los músculos periféricos de pacientes con EPOC grave (FEV₁ < 50% de referencia), hemos observado la presencia casi constante de un tejido gelatinoso inmediatamente por debajo de la fascia del cuádriceps. Este tejido está en realidad formado por elementos fibroadiposos, con abundantes vasos sanguíneos y cambios de degeneración mixoide de la sustancia intersticial conectiva. La tinción de azul Alcian (fig. 1) puso de manifiesto la presencia de gran cantidad de mucopolisacáridos ácidos en dicha sustancia. Por otra parte, no se observaban restos fibrilares en el seno del tejido gelatinoso. En la biopsia del tejido muscular adyacente, y como ya es habitual en este tipo de enfermos, se observaban fibras de pequeño tamaño con predominancia de las de contracción rápida. En ninguna ocasión hemos observado la presencia del tejidos gelatinoso mencionado en sujetos con función pulmonar normal o con una afectación funcional moderada o ligera. Creemos que esta alteración estructural, no descrita con anterioridad, es probablemente secundaria a la degeneración del epimisio y perimisio musculares. Formaría parte del proceso que estos pacientes experimentan en sus músculos periféricos y que recientemente se ha denominado *miopatía periférica* de la EPOC. Ésta estaría además caracterizada por la aparición de atrofia y fenómenos de muerte fibrilar, alteraciones enzimáticas (disminución de la actividad oxidativa) y expresión disminuida de proteínas estructurales, con predominio relativo de las formas de contracción rápida¹⁻⁵. Sería debida al microambiente celular y a la falta de actividad, apareciendo cada vez con mayor claridad como uno de los factores implicados en la limitación funcional que presentan estos enfermos^{1,2,6}. La presente observación parece indicar la participación de los elementos conectivos musculares en dicha miopatía. El hecho que no haya sido descrita anteriormente es probablemente fruto de que la mayoría de los grupos utiliza la técnica de biopsia por aguja

para obtener las muestras de músculo periférico. Por el contrario, nosotros preferimos el uso de la biopsia por incisión quirúrgica, menos dolorosa, que no distorsiona la muestra y que, como en este caso, permite observar macroscópicamente las estructuras a estudiar.

O. Pallas*, J. Corominas y J. Gea*****
 *Unidad de Investigación Respiratoria Ambiental. **Servicio de Patología. Universidad Autónoma de Barcelona.
 ***Servicio de Neumología. Hospital del Mar-IMIM. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

1. Aguar MC, Gea J, Jiménez-Fuentes MA et al. Ejercicio, reserva de los músculos respiratorios (MR) frente a la fatiga y características estructurales del cuádriceps en la EPOC. Arch Bronconeumol 1997; 33 (Supl 1): 10.
2. Satta A, Migliori GB, Spanevello A et al. Fibre types in skeletal muscles of chronic obstructive pulmonary disease patients related to respiratory function and exercise tolerance. Eur Respir J 1997; 10: 2.853-2.860.
3. Jakobsson P, Jorfeldt L, Brundin A. Skeletal muscle metabolites and fibre types in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with and without chronic respiratory failure. Eur Respir J 1990; 3: 192-196.
4. Saulea J, Wiesner RJ, García-Palmer FJ, Palou A, Agustí A GN. Mitochondrial gene expression in quadriceps muscle of patients with chronic obstructive pulmonary disease.
5. Maltais F, Simard A, Simard C, Jobin J, Desgagnés P, LeBlanc P. Oxidative capacity of the skeletal muscle and lactic acid kinetics during exercise in normal subjects and in patients with COPD. Am J Respir Crit Care Med 1996; 153: 288-293.
6. Gosselink R, Trooster T, Decramer M. Peripheral muscle weakness contributes to exercise limitation in COPD. Am J Respir Crit Care Med 1996; 153: 976-980.

Acerca del mesotelioma fibroso benigno

Sr. Director: Hemos leído con sumo interés el artículo "Mesotelioma fibroso benigno: aportación de 8 casos" de los doctores Blanco

et al¹. En ese artículo se afirma que el diagnóstico de certeza sólo puede obtenerse por análisis de la pieza quirúrgica, aunque en casos de tumores gigantes un biopsia por aguja de tru-cut guiada por TAC pueda ser suficiente. Nos permitimos disentir con los autores del citado artículo. Recientemente hemos informado sobre 5 pacientes con tumor fibroso solitario de la pleura. En todos ellos, una punción con aguja de tru-cut bajo control fluoroscópico permitió confirmar el diagnóstico (verificado sobre la pieza de resección en los 4 pacientes que fueron operados). La realización de un diagnóstico con métodos mínimamente invasores ofrece como ventajas nada despreciables las de poder evaluar la verdadera necesidad de una intervención quirúrgica, de poder planificar una intervención que resulta mucho más simple que en el caso de un carcinoma bronquial o de un mesotelioma maligno, y de poder decidir un simple seguimiento clinicorradiológico si el paciente presenta riesgos quirúrgicos elevados².

P. Collard, B. Weynand y L. Goncette
 Departamentos de Neumología, Anatomía Patológica y Radiología. Cliniques Universitaires Saint-Luc. Bruselas. Bélgica.

1. Blanco M, Montero C, Rivas J, Otero I, Yebra MT, Vereá H. Mesotelioma fibroso benigno: aportación de 8 casos. Arch Bronconeumol 1988; 34: 361-363.
2. Weynand B, Noël H, Goncette L, Noirhomme P, Collard P. Solitary fibrous tumor of the pleura. A report of five cases diagnosed by transthoracic cutting needle biopsy. Chest 1997; 112: 1.424-1.428.

Hidrotórax tardío por cateterización venosa central

Sr. Director: El uso de cateterización venosa central (CVC) en las grandes venas intratorácicas es un procedimiento de rutina en anestesia y reanimación. Las indicaciones^{1,2} y complicaciones de CVC se indican en la tabla I. Presentamos 2 casos de hidrotórax tardío secundario a CVC.

Caso clínico 1. Mujer de 69 años, que ingresó en marzo de 1997 por una pancreatitis aguda y reingresó posteriormente para cirugía programada por colecistitis aguda y coledocolitiasis. Se realizó una colecistectomía y coledocoduodenostomía. El primer día del postoperatorio se inició nutrición parenteral por vía subclavaria izquierda, comprobándose reflujo venoso por sifonaje. La radiografía de tórax demostró la punta del catéter en inicio de la vena cava superior. A los 7 días la paciente desarrolló disnea progresiva, tos y expectoración, leucocitosis neutrofílica e insuficiencia respiratoria, apreciándose derrame pleural derecho masivo. La toracocentesis evacuadora reveló un líquido de características reológicas y bioquímicas similares a las de la nutrición parenteral, drenándose 2.100 ml.

Caso clínico 2. Varón de 81 años, que ingresó por un cuadro de 2 meses de evolución

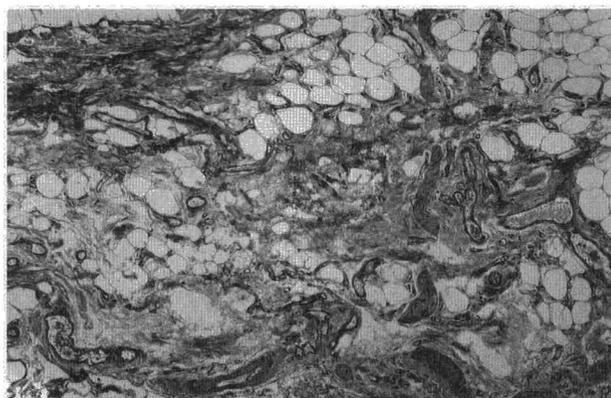


Fig. 1. Tejido fibroadiposo con zonas de degeneración mixoide (color azulado) procedentes del cuádriceps de un paciente con EPOC grave (FEV₁, 25% de referencia).