

los casos con supervivencia prolongada³, la resección quirúrgica de las metástasis podría plantearse como una opción terapéutica en casos como el aquí descrito. Concluimos que el feocromocitoma se debe incluir en el diagnóstico diferencial inicial de pacientes en los que la presencia de nódulos pulmonares múltiples hace sospechar la presencia de una enfermedad metastásica.

J.M. Arriero, E. Pujalte y E. Chiner

Sección de Neumología.

Hospital Universitario San Juan. Alicante.

1. Minnow AM, Bennett WA, Kvale WF. Pheochromocytoma: a study of 15 cases diagnosed at autopsy. *N Engl J Med* 1954; 251: 956-959.
2. Modlin IN, Farndon JR, Shepherd A, Johnston IDA, Kennedy PC, Montgomery DAD et al. Pheochromocytoma in 72 patients: clinical and diagnostic features, treatment and long-term results. *Br J Surg* 1979; 66: 456-465.
3. Abemayor E, Harken AH, Koop CE. Multiple sequential pulmonary resections for metastatic pheochromocytoma with long-term survival. *Am J Surg* 1980; 140: 696-697.
4. Shepherd MP. Thoracic metastases. *Thorax* 1982; 37: 366-370.
5. Pujol P, Bringer J, Faurous P, Jaffiol C. Metastatic pheochromocytoma with a long-term response after iodine-131 metaiodobenzylguanidine therapy. *Eur J Nucl Med* 1995; 22: 382-384.
6. Fischer M. Therapy of pheochromocytoma with [¹³¹I]metaiodobenzylguanidine. *J Nucl Biol Med* 1991; 35: 292-294.

Liposarcoma mediastínico recidivante

Sr. Director: Los liposarcomas son el segundo tipo de tumor más frecuente dentro de los de tejidos blandos representando el 20% de los mismos. Tienen especial predilección por los tejidos blandos profundos; sin embargo, la localización mediastínica es rara. Generalmente son tumores que provocan sintomatología de forma tardía cuando ya han alcanzado un tamaño considerable.

Presentamos el caso de una mujer de 40 años de edad que acudió a su médico de atención primaria por dolor de características pleuríticas en el hemitórax derecho, tos seca y disnea a mínimos esfuerzos, sin fiebre y discreto síndrome constitucional. A la exploración física sólo destacaba la abolición de murmullo vesicular en la base derecha. El resto de pruebas estaban dentro de la normalidad. Analítica: hemograma, bioquímica y estudios básicos de coagulación dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se evidenció la presencia de un derrame pleural derecho. Se practicó toracocentesis evacuadora. El análisis citológico y microbiológico del líquido pleural no reveló ningún dato de interés (ADA = 41 U/l). Tras la evacuación del derrame, en la radiografía de tórax, persistía una imagen de condensación basal derecha. Se decidió la realización de TAC (fig. 1), que se informó como una masa de gran tamaño (14 × 10 cm)

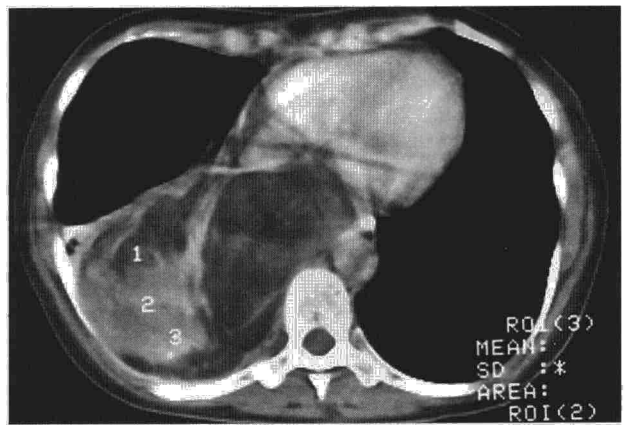


Fig. 1. TAC de tórax con condensación basal derecha.

en el mediastino posteroinferior, que se extendía hasta la zona subpulmonar derecha. Se practica punción transtorácica. El examen de la muestra determinó que se trataba de un lipoma. La fibrobroncoscopia fue normal.

Se intervino a la paciente, pudiendo extraerse el tumor en su totalidad sin llegar a romperse en ningún momento la cápsula. El peso de la masa fue de 1.800 g. El informe anatomopatológico reveló la naturaleza histológica del tumor: liposarcoma bien diferenciado. No se evidenció recidiva tumoral hasta 11 meses después cuando volvió a acudir a consultas externas con una radiografía de tórax en la que aparecía una masa paramediastínica derecha. Se intervino de nuevo a la paciente pudiendo researse de nuevo el tumor así como toda la grasa circundante. El estudio histológico de la pieza objetivó la presencia de un liposarcoma bien diferenciado. Se decidió la administración de radioterapia locorreccional. La paciente, al año de la segunda intervención, ha presentado una recidiva, esta vez en el pericardio posterior extendiéndose hacia la zona paramediastínica izquierda. Durante la nueva intervención practicada, esta vez mediante toracotomía izquierda, se ha vuelto a resear el tumor en su totalidad.

Los liposarcomas suelen aparecer en la edad adulta y son más frecuentes en el varón¹⁻³. Se ha descrito un caso asociado al sida en el que se especula que el estado de inmunodeficiencia pudiese estar involucrado⁴. Se pueden dividir en cuatro grupos: bien diferenciado, mixoide, pleomórfico y de células redondas. La variedad mixoide es la más frecuente (el 40-50% de los casos)³. La clínica aparece como consecuencia de la compresión de los órganos torácicos. El diagnóstico se establece con estudios radiológicos y si estuviese accesible, el diagnóstico histológico nos lo daría la PAAF. El tratamiento de elección es la cirugía. La radioterapia cumple su papel para evitar las recurrencias a nivel local. La quimioterapia no desempeña en este tipo de tumores una función aún definida. La paciente tuvo en un principio un diagnóstico de benignidad debido seguramente a que el tamaño del tumor promovía la coexistencia de zonas de benignidad con otras de malignidad más centrales. De hecho, algunos autores consideran que algunos liposarcomas derivan de un lipoma previo⁵. En todas las ocasiones en las que se ha intervenido a la paciente,

nunca nos ha dado la impresión de haber dejado enfermedad residual en el campo. De hecho, los informes anatomopatológicos demuestran que la cápsula no estaba infiltrada en ningún caso. Sin embargo, debemos ser pesimistas respecto a la posibilidad de una nueva recidiva.

A. Morcillo, V. Calvo y J. Pastor

Servicio de Cirugía Torácica.

Hospital La Fe. Valencia.

1. Razuk MA, Urschel HC, Race GJ, Kingsley WB, Paulson DL. Liposarcoma of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 61: 819-826.
2. López L, Freixinet J, Rey A, Redondo E, Varela A. Liposarcoma mediastínico. *Cir Esp* 1990; 48: 717-719.
3. MacLean TR, Almassi GH, Hackbath DA, Janjan NA, Potish RA. Mediastinal involvement by mixoid liposarcoma. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 920-921.
4. Grieger TA, Carl M, Liebert HP, Cotelingam JD, Wagner KF. Mediastinal liposarcoma in a patient infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Med* 1988; 84: 366.
5. Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors* (2.ª ed.). St. Louis: Mosby, 1989; 346-382.

Varices de venas pulmonares: una causa poco frecuente de nódulos pulmonares

Sr. Director: Las varices pulmonares son una anomalía poco frecuente consistente en una tortuosidad y dilatación anormal de una o más venas pulmonares antes de su entrada en la aurícula izquierda¹. Esta rara anomalía puede ser congénita o adquirida, estando estas últimas en relación con la valvulopatía mitral o una enfermedad hepática avanzada². Presentamos el caso de una mujer con varices pulmonares congénitas que se envió para estudio por nódulos pulmonares hallados en una radiografía de tórax.

Mujer de 62 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial. Un año antes había sido valorada por el servicio de cardiología a raíz de dolor torácico, encontrando hipertrofia ventricular izquierda

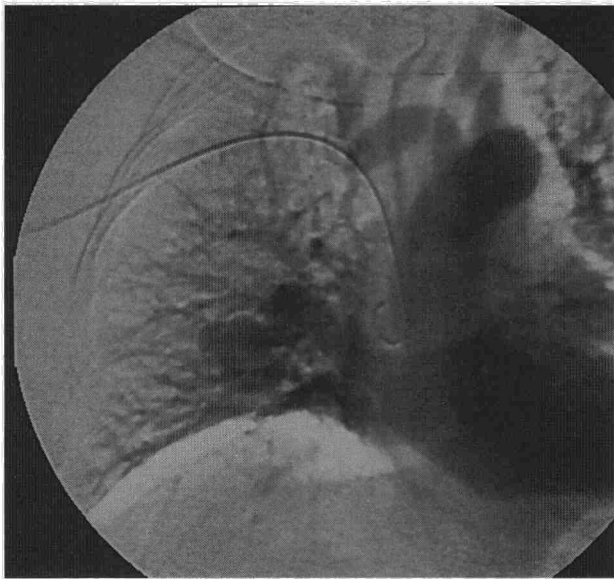


Fig. 1. Arteriografía pulmonar. En la fase venosa se observan múltiples dilataciones varicosas dependientes principalmente de confluente venoso inferior derecho, sin visualizarse en ningún momento un componente fistuloso arteriovenoso.

con normalidad de cavidades cardíacas y válvulas en la ecografía-Doppler transtorácica. No presentaba sintomatología respiratoria, ni alteraciones en la exploración física o analítica. En la radiografía de tórax existían varias imágenes nodulares de alrededor de 2 cm de diámetro, parahiliares de contorno lobulado y bordes bien definidos sin calcificaciones. Una TAC torácica y una resonancia magnética nuclear (RMN) confirmaban una lesión tubular serpigiosa parahiliar derecha cuyos coeficientes no se modificaban tras la administración de contraste. La arteriografía con substracción digital intravenosa (DIVA) de arterias pulmonares (fig. 1) confirmó el diagnóstico de venas varicosas pulmonares derechas.

Las varices pulmonares son una rara anomalía que pueden observarse en la radiografía de tórax como una o más opacidades redondas u ovaladas homogéneas, bien delimitadas, situadas en el tercio medio¹ de cualquiera de los pulmones, con preferencia por el pulmón derecho² y sin calcificación. Los pacientes habitualmente están asintomáticos, pero hay casos de enfermos que experimentan hemoptisis crónica y aun hemorragia fatal después de la rotura espontánea de la variz en el espacio pleural o en el bronquio. Aunque la TAC establece la naturaleza vascular de la lesión³, generalmente se requiere una angiografía para conseguir el diagnóstico definitivo⁴. Cuando se administra contraste intravenoso, la opacificación de las varices se observa sólo en la fase venosa, mientras que si se trata de una fístula arteriovenosa se puede apreciar durante la fase arterial⁵. El método diagnóstico de elección es la angiografía pulmonar y los criterios angiográficos⁵ necesarios para el diagnóstico son los siguientes: a) la fase arterial debe ser normal, sin *shunting*; b) las varices se rellenan en la fase venosa y en el mismo grado que las venas pulmonares normales; c) las varices drenan directamente en la aurícula izquierda; d) el llenado de la variz es más lento en comparación con las otras venas debido a la gran capacidad, y e) la apariencia varicosa y curso tortuoso afecta sólo a la porción proximal de la vena.

El diagnóstico diferencial incluye todos los procesos que pueden presentarse como nódulos pulmonares: carcinoma broncogénico, linfadenopatías, fístula arteriovenosa, enfermedad granulomatosa y quistes. La naturaleza vascular de la lesión se detecta tanto por la TAC como por la RMN y el diagnóstico diferencial ha de hacerse, sobre todo, con las fístulas arteriovenosas.

Se han descrito varias complicaciones, como embolización sistémica secundaria a la trombosis de la variz, rotura de la variz en el espacio pleural o en el bronquio y toracotomía diagnóstica innecesaria². El tratamiento es habitualmente innecesario, si no hay hemoptisis o alguna de las complicaciones anteriormente citadas. En el presente caso las lesiones nodulares han permanecido estables al menos durante 2 años y la paciente continúa asintomática. No obstante, es necesario un control periódico de dichas lesiones mediante radiografía de tórax.

En resumen, aportamos un caso de varices venosas pulmonares congénitas, que creemos que hay que incluir en la larga lista del diagnóstico diferencial de los nódulos pulmonares, ya que el pronóstico es benigno y no requiere tratamiento salvo que existan complicaciones. La arteriografía pulmonar es el método diagnóstico más fiable, puesto que se diferencia claramente de otras anomalías del tracto vascular como fístulas arteriovenosas y puede evitar la realización de una toracotomía diagnóstica.

M. Hernández Hazañas,

I. Alfageme Michavila y J. Muñoz Méndez
Sección de Respiratorio.

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

1. Fraser R, Paré JA, Fraser RG, Paré PD. Synopsis of diseases of the chest (2.ª ed.). Filadelfia: W.B. Saunders Co., 1994.
2. Man KM, Keeffe EB, Brown CR, Egawa H, Esquivel C. Pulmonary varices presenting as a solitary lung mass in a patient with end-stage liver disease. *Chest* 1994; 106: 294-296.

3. Borkowski GP, O'Donovan PB, Troup BR. Pulmonary varix: CT Findings. *J Comput Assist Tomogr* 1981; 5: 827-831.
4. Asayama J, Shiguma R, Katsume H et al. Pulmonary varix. *Angiology* 1984; 35: 735-737.
5. Bartram C, Strickland B. Pulmonary varices. *Br J Radiol* 1971; 44: 927-935.

EPOC reagudizada por *Escherichia coli*. Terapia antibiótica en las reagudizaciones. ¿Debemos ampliar la normativa?

Sr. Director: Se ha definido la reagudización en la EPOC cuando existe un aumento de la disnea, incremento de la producción de esputo y de su purulencia¹. Se estima que el 50% de las reagudizaciones serían por causa infecciosa siendo los gérmenes aislados más frecuentemente *Streptococcus pneumoniae*, *H. influenzae*, *B. catarrhalis* y virus². Presentamos un caso de reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica por *E. coli* (EC) con bacteriemia, lo que motiva una serie de dudas y preguntas sobre el tratamiento antibiótico en la exacerbación de la EPOC.

Paciente de 81 años, ex fumador de 20 cigarrillos/día desde hace 10 años. Intervenido de la vesícula con eventración abdominal residual y neumonía hace 2 años. Presentaba criterios de bronquitis crónica, con EPOC severa y una o dos reagudizaciones por año que motivaron su ingreso con insuficiencia respiratoria hipercápnica. Realizaba una vida activa para su edad con disnea a moderados esfuerzos (pO₂ basal de 72, FEV₁ 970 [49%]). Estando previamente bien presentó escalofríos y fiebre de hasta 39 ° con un aumento de tos y expectoración habitual siendo ésta amarillo-verdosa y disnea de reposo. En la exploración física destacó una ligera cianosis perioral, taquipnea y algún *roncus* diseminado a la auscultación pulmonar. En las pruebas complementarias se obtiene un hemograma con leucocitos 8.900 / µl (S: 88, L: 6, M: 4, C: 2), VSG 18, el resto de los valores tanto del hemograma como de la bioquímica y análisis de orina eran normales. Tres urocultivos con resultado negativo, ECG: rítmico a 78 lpm. Radiografía de tórax: lesiones fibrosas residuales basales y casquete apical derecho, con signos de hiperinsuflación y sin imágenes de condensación. Gasometría de ingreso (FiO₂ 0,21): pH 7,36; pO₂ 43; pCO₂ 55,9, CO₃H⁻ 31,9). La gasometría al alta fue (FiO₂ 0,21): pH 7,43; pO₂ 72, pCO₂ 47,6; CO₃H⁻ 30,1. Se obtuvo en los tres hemocultivos el crecimiento de EC, siendo sensible a la mayoría de los antibióticos habituales. Tras los hemogramas positivos se repitieron dos urocultivos que fueron negativos. Al ingresar el paciente se pautó empíricamente cefuroxima (750 mg/8 h i.v.) con buena evolución tanto clínica como gasométrica.

El EC es un bacilo gramnegativo, patógeno no habitual, que produce múltiples infecciones en el ser humano y que se asocia con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con EPOC en un pequeño porcentaje³, y que hasta donde nosotros sabemos (MEDLINE