

dad con una escasa supervivencia³. En este caso se realizó la exéresis completa de la lesión estando los bordes quirúrgicos libres, y aunque se administraron quimioterapia y radioterapia local, la supervivencia fue similar a la de otras series. Por tanto ante cualquier paciente varón, fumador, con afectación cutánea sospechosa de neoplasia debe considerarse el pulmón como principal origen del tumor primitivo.

J. Ortiz de Saracho, R. Castrodeza Sanz y G. Guzmán Dávila
Unidad de Neumología. Hospital del Bierzo. Ponferrada.

1. Tesashima T, Kanazawa M. Lung cancer with metastasis. *Chest* 1994; 105: 1.448-1.450.
2. Brownstein MH, Helwig EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol* 1972; 105: 862-867.
3. Pascual Lledó F, Terán Santos J, Rodríguez Pascual L, Remón Garijo ML. Metástasis cutáneas por carcinoma epidermoide de pulmón. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 281-282.
4. Jurado Gámez B, Hidalgo Nuchera E, Merino Romero J. Metástasis cutáneas, presentación inusual del cáncer de pulmón. *An Med Inter* 1995; 12: 346-348.
5. Brownstein MH, Helwig EB. Metastatic tumor of the skin. *Cancer* 1972; 29: 1.298-1.307.

Neurinoma del nervio vago

Sr. Director: Hemos leído con mucho interés la nota clínica publicada por Heras et al¹, aportando un nuevo caso de una rara lesión mediastínica como es el tumor neurogénico originado en el nervio vago. Precisamente por esta excepcionalidad creemos que debemos recordar una publicación realizada por nosotros hace unos años en la que describíamos, dentro de una amplia revisión sobre tumores neurogénicos del mediastino, un caso de neurinoma del neumogástrico derecho², precisamente el primer y único caso nacional publicado hasta entonces. Es posible que debido a que el referido trabajo se publicó en una revista actualmente desaparecida no haya sido encontrada en la búsqueda bibliográfica que, sin duda, es exhaustiva y en la que, desgraciadamente, no figura ningún autor nacional. En cuanto al contenido, quiero felicitar a los autores por la rigurosa y completa revisión realizada y hacer hincapié en la interesante coincidencia de ambas publicaciones nacionales en la frecuencia de los tumores neurogénicos del mediastino respecto al resto de tumores de esta localización y que se sitúa en el 4,9% en el trabajo de Heras et al¹ y en el 4,74% en el nuestro², y que esta frecuencia es en general mucho más alta (del 15 al 30%) en la mayoría de los estudios publicados³. La explicación habría que buscarla, entre otras, en el elevado porcentaje de bocios endotorácicos incluidos en nuestra serie (22,1%), lo que haría bajar la frecuencia relativa de los tumores neurogénicos. Y, para terminar, resaltar las coincidencias clinicopatológicas de ambos casos salvo en lo que se refiere a la localización, ya que este caso se

situaba en el hemitórax derecho en el que aparece con la mitad de frecuencia.

N. Llobregat Poyán, J.A. Garrido Alises y E. Folqué Gómez*

Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital Universitario del Aire.

*Hospital Universitario Gregorio Marañón.
Madrid.

1. Heras F, Ramos G, Castanedo M, Cortejo A, Duque JL, Yuste MG. Schwannoma del nervio vago intratorácico. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 360-362.
2. Llobregat N, Zapatero J, González AF, Orusco E, Pérez M, Métrida JM et al. Tumores neurogénicos del mediastino: estudio de nueve casos y análisis de su frecuencia en una revisión de la literatura de 8.789 casos. *Rev Quir Esp* 1986; 13: 74-78.
3. Shields TW. Primary lesions of the mediastinum and their investigation and treatment. En: Shields TW, editor. *General thoracic surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994; 1.724-1.769.

Nódulos pulmonares grandes como presentación de una sarcoidosis

Sr. Director: Los nódulos pulmonares grandes constituyen una forma infrecuente de presentación de la sarcoidosis intratorácica¹. En nuestro país, en una serie de 425 pacientes no se cita ningún caso². Su tamaño es variable y por lo general se describen menores a 1 cm. Estos nódulos corresponden a conglomerados de lesiones granulomatosas, por lo general menores de 0,4 mm y sus márgenes son de manera característica irregulares, debido a la presencia de granulomas periféricos que forman muescas en sus bordes³.

Recientemente hemos diagnosticado a un paciente con esta presentación cuya comunicación creemos de interés al familiarizararnos con las formas inusuales de la enfermedad.

Se trata de un varón de 29 años de edad, fumador de 10 paquetes/año sin antecedentes de interés, que consultó por un cuadro progresivo de 4 meses de evolución con astenia, anorexia, sensación febril vespertina, diaforesis, molestias articulares transitorias y recurrentes y disnea de grandes esfuerzos, añá-

diéndose los últimos días tos con expectoración hemoptoica. La exploración física mostraba un buen estado general destacando sólo crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares. Su hemograma, coagulación, VSG, orina y bioquímica general fueron normales, salvo GOT 50 U/l, GPT 86 U/l, FA 342 U/l, GGT 70 U/l; los anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide y la determinación del VIH fueron negativos. Baciloscopias seriadas de esputos fueron negativas y no se detectaron células neoplásicas en la citología. La radiografía de tórax mostró múltiples nódulos bilaterales de 2-4,5 cm, junto a adenopatías hiliares bilaterales y paratraqueales derechas (fig. 1). La TAC torácica confirmó estos hallazgos apreciando las imágenes nodulares con bordes irregulares espiculados y sin broncograma aéreo (fig. 2). La gasometría arterial fue normal. La espirometría forzada mostró FVC 3.490 (77%), FEV₁ 2.740 (75%), FEV₁% 79%, FEF 25-75% y 51%. El Mantoux 2 uT (PPD-RT-23) fue negativo (0 mm). Se practicó fibrobroncoscopia apreciando pequeñas zonas, de 0,5 cm, pálidas y elevadas, sobre una mucosa enrojecida; se tomaron BAS, biopsia bronquial y transbronquial con estudio bacteriológico negativo, ausencia de células neoplásicas, fibrosis y descamación alveolar, por lo que se practicó una mediastinoscopia, obteniéndose ganglios linfáticos con inflamación granulomatosa epitelioidea de tipo sarcoide. El paciente fue tratado con glucocorticoides (Deflazacort 60 mg/día) quedando asintomático en los dos primeros meses y normalizándose la radiografía al cuarto mes.

La presencia de nódulos pulmonares grandes sugiere el origen metastásico como el más probable, y aunque raro como primera manifestación de una neoplasia, en un varón joven, obliga a descartar un carcinoma testicular⁴. La asociación con adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas hace considerar la posibilidad de un linfoma y de la sarcoidosis nodular.

En este subgrupo de pacientes con sarcoidosis existen pocas descripciones en su presentación, evolución y respuesta al tratamiento, pero en general no existen diferencias importantes con los cuadros de presentación típicos⁵.

En la sarcoidosis es bien conocida la mala correlación entre la radiografía de tórax y el estudio funcional, contrastando de las pruebas

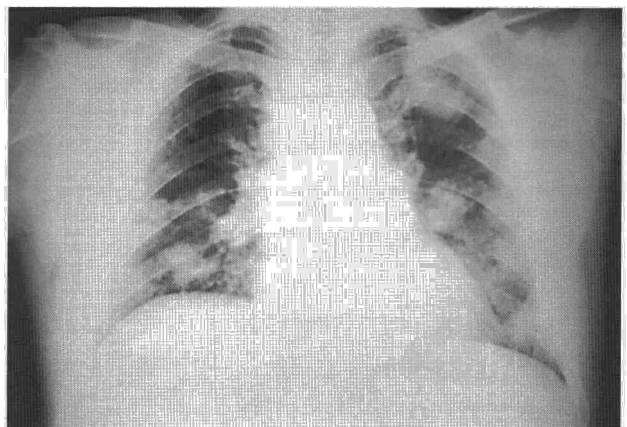


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax con nódulos pulmonares bilaterales de hasta 4,5 cm con bordes mal definidos y aumento de densidad hilar bilateral y paratraqueal derecho.



Fig. 2. TAC de tórax con adenopatías hiliares bilaterales y subcarínicas.

funcionales relativamente conservadas, con la extensa afectación parenquimatosa. En la forma nodular se describe un patrón restrictivo que no cambia o incluso empeora a pesar del aclaramiento radiológico, sugiriéndose en ellos la persistencia de enfermedad activa o el desarrollo de fibrosis pulmonar residual⁵, como pudimos comprobar en la biopsia transbronquial. Este defecto restrictivo se ha confirmado en los nódulos menores de 2 cm encontrados en la TAC, si bien en los de mayor tamaño no existe un patrón definido⁶.

Los nódulos pulmonares grandes se consideran un estadio precoz de la enfermedad, reversible, al desaparecer de manera espontánea o con esteroides^{5,6}, tal como pudimos comprobar con el paciente aquí estudiado.

F. Paez Codeso, J.J. Martín Villasclaras y F. Miralles Lozano
Servicio de Neumología.
Hospital Carlos Haya. Málaga.

1. Rockoff SD, Rohatgi PK. Unusual manifestations of thoracic sarcoidosis. *Am J Rheum* 1985; 144: 513-528.
2. Badrinas F, Morera J, Fité E, Mañá J, Vidal R, Ruiz Manzano J et al. Sarcoidosis en Cataluña: análisis de 425 casos. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 81-87.
3. Nishimura K, Itoh H, Kitaichi M, Nagai S, Izumi T. CT and pathological correlation of pulmonary sarcoidosis. *Sem in Ultrasound, CT and MRI* 1995; 16: 361-370.
4. Reed JC. Radiología torácica. Patrones radiológicos y diagnóstico diferencial (2.^a ed.). Barcelona: Ediciones Doyma, 1988.
5. Onal E, Lopata M, Lourenco RV. Nodular pulmonary sarcoidosis. Clinical roentgenographic and physiologic course in five patients. *Chest* 1977; 72: 296-300.
6. Bergin CJ, Bell DY, Coblenz CL, Chiles C, Gamsu G, MacIntyre NR et al. Sarcoidosis: correlation of pulmonary parenchymal pattern at CT with results of pulmonary function test. *Radiology* 1989; 171: 619-624.

Hipoacusia y vértigo como efecto secundario al uso de sistema de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP nasal) en el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)

Sr. Director: La aplicación de CPAP nasal es el tratamiento de elección en el SAOS. La tolerancia en general es buena y la eficacia también, sobre todo en los casos más severos. Las complicaciones menores habituales son irritación cutánea local, sequedad de mucosas nasal y faríngea, congestión nasal, rinorrea e irritación ocular entre otras¹. Se han descrito complicaciones mayores: epistaxis masiva², arritmia atrial³, meningitis bacteriana⁴, neumoencefalo⁵ y distensión gástrica, aspiración y riesgo, sobre todo en niños, de complicaciones otológicas.

Presentamos el caso de un paciente de 40 años, con historia de roncadur habitual, hipersomnolencia diurna de 6 años de evolución, en situaciones pasivas, incluso conduciendo. Apneas nocturnas, nicturia, cansancio matutino, sequedad de garganta. Pérdida de memoria, falta de concentración, sobrepeso (IMC 29 kg/m²). Edema de úvula con alguna frecuencia. Antecedentes: a los 20 años septoplastia. Diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral (audiometría, 28 de septiembre de 1981) en relación con detonación durante el Servicio Militar. En la exploración: orofaringe con hipertrofia de úvula y pilares faríngeos. Gasometría arterial: PaO₂ 75 mmHg; PaCO₂ 40 mmHg; pH 7,40; SatO₂ 95%, función pulmonar, ECG, analítica y radiografía de tórax normales. La polisomnografía nocturna completa del 2 de julio de 1996 detecta un SAOS de carácter moderado (IAH 20/h; SatO₂ mínima 80%). Según los hallazgos y la clínica se instaura tratamiento con CPAP nasal (presión 8 cmH₂O) el 9 de julio de 1996 con mejoría clínica importante (nocturna y diurna). A los 15 días presenta episodios de mareo, vértigo (con náuseas y vómitos) e hipoacusia derecha progresiva que el ORL atribuye a CPAP. Le realizan audiometría (el 16 de agosto de 1996): pérdida significativa en oído derecho en relación a la de 1981. Un escáner cerebral, del peñasco y de los senos paranasales (el 5 de agosto de 1996) se informa como: TAC de senos, desviación del tabique; TAC craneal, normal para su edad; TAC del peñasco: ocupación de celdillas mastoideas en probable relación con proceso inflamatorio; sin alteraciones en el oído medio e interno. Se retira CPAP y la audiometría a los 40 días es similar a la basal de 1981, sin clínica. Se aconseja pérdida de peso y valoración de cirugía faríngea.

Parece existir relación directa entre el uso de CPAP y la clínica del paciente, con recuperación en el estudio audiométrico y manteniéndose libre de síntomas otológicos 9 meses después de retirar CPAP, aunque se reproduce la clínica de SAOS. La presión

aplicada no parece excesiva ya que la tolerancia, adaptación y respuesta fueron muy buenas y precoces, con mejoría clínica y del patrón de sueño. El paciente tiene antecedentes de alteraciones otorrinofaríngeas, que probablemente hayan influido en el proceso, pero es evidente que la CPAP fue la desencadenante. Desconocemos si la hipoacusia unilateral podría estar en relación con anatomía de la zona, proceso inflamatorio o influencia postural durante la aplicación de CPAP.

En la bibliografía revisada, no hemos encontrado efectos secundarios en relación con barotrauma, al menos como más habituales. Sólo en las indicaciones de la ATS (American Thoracic Society) para uso de CPAP⁶, se hace referencia a posibilidad de complicaciones otológicas en niños, y Hoffstein¹ cita "dolor de oídos" referido por algún paciente en cuestionario al efecto, en posible relación con efecto mecánico por aumento de presión a ese nivel y congestión, que en los senos puede disminuir el drenaje y originar problemas en pacientes con anomalías preexistentes. Creemos de interés señalar este tipo de efecto secundario de la CPAP, poco habitual, si bien el paciente que nos ocupa, como ya se ha comentado, presentaba antecedentes de cierto grado de hipoacusia. El no poder utilizar CPAP obliga a insistir en otras alternativas de tratamiento, sobre todo en personas con SAOS más severos.

A. de Vega Gómez, M. Corrales Zaráuza y F. Payo Losa
Servicio de Fisiología Respiratoria.
Instituto Nacional de Silicosis.
Hospital Central de Asturias. Oviedo.

1. Hoffstein V, Viner S, Mateika S, Conway J. Treatment of obstructive sleep apnea with nasal continuous positive airway pressure. Patient compliance, perception of benefits and side effects. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145: 841-845.
2. Strumpf DA, Harrop P, Dobbin J, Millman RP. Massive epistaxis from nasal CPAP therapy. *Chest* 1989; 95: 1.141-1.143.
3. Meurice JC, Mergy J, Rostykus C, Dore P, Paquerreau J, Patte F. Atrial arrhythmia as a complication of nasal CPAP. *Chest* 1992; 102: 640-642.
4. Bamford CR, Quan SF. Bacterial meningitis. A possible complication of nasal continuous positive airway pressure therapy in a patient with obstructive sleep apnea syndrome and a mucocoele. *Sleep* 1993; 16: 31-32.
5. Jarjour NN, Wilson P. Pneumocephalus associated with nasal continuous positive airway pressure in a patient with obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* 1989; 96: 1.425-1.426.
6. American Thoracic Society. Indications and standards cardiopulmonary sleep studies. *Am Rev Respir Dis* 1989; 139: 559-568