

un tubo de diámetro inadecuado, los movimientos bruscos del paciente, la edad avanzada, grandes lesiones mediastínicas o neoplasias que causen distorsión de la tráquea, malformaciones traqueales y corticoterapia previa^{5,6}. Para el diagnóstico definitivo son necesarios signos radiológicos de sospecha (neumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo) y confirmación broncoscópica (para precisar la localización y el tamaño de la RT).

A pesar de la excepcional presentación de la RT en el paciente, la presencia de enfisema subcutáneo en el cuello fue orientativa para la realización de una fibrobroncoscopia y la confirmación del diagnóstico. La reparación quirúrgica como es habitual en los casos de roturas transversales⁵ se realizó con sutura absorbible interrumpida, siendo la evolución posterior satisfactoria.

P. García López, E. Fernández Vázquez y A. Cueto Ladrón de Guevara*
Servicio de Neumología. *Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

1. D'Odemont JP, Pringot J, Goncette L, Goenen M, Rodenstein D. Spontaneous favorable outcome of tracheal laceration. *Chest* 1991; 99: 1.290-1.292.
2. Baumgartner F, Sheppard B, De Virgilio C. Tracheal and main bronchial disruptions after blunt chest trauma: presentation and management. *Ann Thorac Surg* 1990; 50: 569-574.
3. Roxburg JC. Rupture of the tracheobronchial tree. *Thorax* 1987; 42: 681-688.
4. Symbas PN, Justicz AG, Ricketts RR. Rupture of the airways from blunt trauma: treatment of complex injuries. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 177-183.
5. Marty-Ané CH, Picard E, Jonquet O, Mary H. Membranous tracheal rupture after endotracheal intubation. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1.367-1.371.
6. Lobo M, Reinaldo JA, Tamame C, Reinoso F, Girón R. Lesiones traqueobronquiales debidas a procedimientos anestésicos. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 1991; 38: 51-54.

Enfermedad respiratoria crónica invalidante y alcoholismo

Sr. Director: Los objetivos del tratamiento de una enfermedad poco reversible como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se basan en mejorar los síntomas, evitando un deterioro progresivo o complicaciones, y la calidad de vida del paciente^{1,2}. Dejar de fumar, el tratamiento farmacológico y la oxigenoterapia, junto a la rehabilitación, son las medidas a las que más se atribuye un aumento de la calidad y expectativa de vida¹. De las extensas normativas publicadas recientemente al respecto, los programas de educación y apoyo psicológico suelen ocupar un pequeño apartado de las mismas y parecen enfocarse a disminuir la disnea con una dedicación y éxito controvertidos, frecuentemente olvidados, a pesar de su importancia en el tratamiento del paciente como ocurrió en nuestro caso^{1,2}.

Paciente de 39 años de edad, ex fumador importante, diagnosticado de enfisema pulmonar severo secundario a un déficit congénito de alfa-1-antitripsina (Pi ZZ). La espirometría demostraba una obstrucción muy severa (FEV₁ = 29%) y, a pesar de un tratamiento sustitutivo con alfa-1-antitripsina, broncodilatador y oxigenoterapia domiciliaria en los últimos 3 años, presentó un empeoramiento progresivo hasta una disnea de pequeños esfuerzos. El paciente rechazó la posibilidad de entrar en un programa de trasplante. Mientras refería mantenerse estable, su esposa acudió a nuestra consulta preocupada por una importante ingesta enólica en los últimos meses, hecho repetidamente negado por el paciente. Con intención de descartar esta posibilidad y para mantener su control, se decidió su ingreso. La exploración física demostraba una frecuencia de 20 respiraciones por minuto, ligero tiraje intercostal, una auscultación respiratoria con una hipofonesis generalizada y ausencia de focalidad neurológica. La bioquímica, hemograma y coagulación eran normales. En la gasometría respirando O₂ (26%) se obtuvieron los siguientes resultados: pH = 7,34 pO₂ = 58 mmHg, pCO₂ = 59 mmHg y saturación de O₂ del 89%. La radiografía era compatible con un atrapamiento aéreo severo. A las 48 h, inició un cuadro de agitación, alucinaciones visuales, desorientación, agresividad y temblores con sudores generalizados compatible con un síndrome de abstinencia, precisando clometiazol intravenoso para su control. El electrocardiograma y electroencefalograma fueron normales. Tras reinterrogatorio, reconoció una ingesta enólica para aliviar sus síntomas de más de 150 g/día en los últimos 6 meses, por lo que inició un programa de apoyo para evitar una recaída que no se ha producido pasados 10 meses.

Nadie duda de la gravedad de una epidemia social como el problema del alcoholismo. Vivimos en un país que ocupa un lugar privilegiado entre los consumidores del mismo, donde es un producto de fácil adquisición y capaz de producir una sedación o euforia tras su ingesta inmediata, con una abstinencia menos pesada que otras drogas^{3,4}. Para un paciente incapacitado por su EPOC como el aquí descrito, donde encontrarse o sentirse bien no depende exclusivamente de unos parámetros numéricos u objetivos, sino del impacto que produce la enfermedad sobre su calidad de vida y de la visión que él tiene de sí mismo, el alcohol podría ser una alternativa ante la falta de apoyo o no superación del conflicto. Pero este efecto placentero contrasta con su relación directa o indirecta con múltiples enfermedades como las neuropsiquiátricas, cardiorrespiratorias o digestivas, destacando la hepatopatía alcohólica, que sería de especial trascendencia en el paciente por su asociación con el déficit de alfa-1-antitripsina y hepatopatía de base. Para su detección precoz y prevención, las encuestas con alusión directa y los marcadores biológicos (VCM, GGT, GOT y GPT) no son siempre definitivos, y es más frecuente que hasta la aparición de problemas mayores pase desapercibida, sobre todo si consideramos el poco conocimiento sobre su tratamiento en ambientes menos sensibilizados como el área neumológica^{3,4}. Para ello insistimos en la necesidad de una búsqueda intencionada, en la

participación de la familia en el seguimiento o en la posibilidad de utilizar de forma rutinaria y continuada distintos tests o encuestas que de forma individualizada permitan analizar no sólo la duración de su vida, sino el valor que tiene ésta y el de sus transformaciones^{5,6}.

M. Haro, A. Núñez y F. Muñoz-Rino
Sección de Neumología.
Hospital General de Albacete.

1. Montemayor T, Alfajeme I, Escudero C, Morera J, Sánchez L. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 285-301.
2. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P et al. Optimal assessment and management of COPD. *Eur Respir J* 1995; 8: 1.398-1.420.
3. Rico J. El consumo de alcohol. *Ann Intern Med* (Madrid) 1995; 12: 521-523.
4. Manresa JM. Alcoholismo: un agujero negro en nuestra formación médica. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 22-23.
5. Cornudella R, Caballero C, López A. Aspectos psicosociales de la enfermedad respiratoria crónica. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 74-79.
6. Sobradillo V, Casan P. Utilidad clínica de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 197-198.

Sarcoma inducido por radioterapia en el tratamiento de un carcinoma de mama

Sr. Director: El sarcoma inducido tras radioterapia (SIR) en el tratamiento del cáncer de mama es una entidad muy rara, con una incidencia acumulada de 0,2 a los 10 años¹, habiéndose descrito aproximadamente 100 casos en la bibliografía. Esta terrible complicación probablemente esté subestimada dado que requiere un período de latencia y seguimiento largo y quizá porque muchos de estos casos no se han comunicado².

Mujer de 50 años de edad que consultó en julio de 1988 por una tumoración de aproximadamente 6 cm en la mama izquierda. Se realizó una biopsia que correspondía a un adenocarcinoma medular por lo que se completó con una mastectomía radical modificada tipo Patey con vaciamiento axilar.

Recibió irradiación adyuvante con telecobaltoterapia (Theratrón) sobre el lecho de la mastectomía mediante dos campos tangenciales: interno y externo, con 5 fracciones por semana con 2 Gy/fracción, con dosis total de 50 Gy y sobre la cadena mamaria interna mediante un campo anterior directo normalizando el 90% de la dosis a 3 cm de profundidad con idéntico fraccionamiento y con dosis total de 50 Gy. En enero de 1994 aparece una zona de fibrosis en la región parasternal izquierda que se atribuyó a una radiofibrosis tardía. Dos años más tarde la lesión presentaba un crecimiento discreto y producía molestias locales dolorosas. En la radiología de tórax se observaba osteólisis del tercio medio esternal que se confirmó por tomografía com-

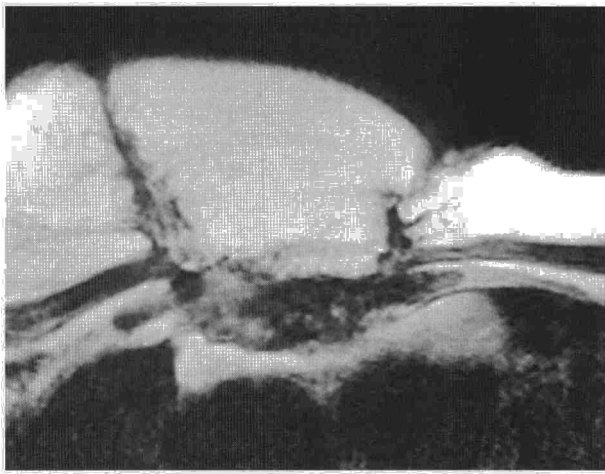


Fig. 1. En la RM se observa una importante alteración de la estructura del esternón e incluye un componente de partes blandas. Los planos de clivaje con estructuras mediastínicas están respetados.

putarizada (TC) y resonancia magnética (RM) (fig. 1). Se intervino a través de una incisión que englobaba la tumoración realizando una esternectomía total y reconstrucción con malla de Marlex y metilmetacrilato y cobertura con un injerto miocutáneo del dorsal ancho. El estudio histopatológico fue de fibrohistiocitoma maligno (FHM) de alto grado de malignidad.

En enero de 1997 presentó una recurrencia local y sepsis de la herida que obligó a retirar la prótesis. La paciente sufrió un deterioro progresivo y falleció en 15 días.

La paciente reunía los criterios establecidos con Cahan³ para el diagnóstico de un SIR; el tumor se desarrollaba sobre un área irradiada con un intervalo de latencia largo (de 5 años) después de la radioterapia. A pesar de que el papel preciso de la radioterapia es difícil de precisar, su relación con el desarrollo de estos tumores parece bastante claro. Así, la incidencia de los SIR aumenta cuando lo hace la dosis de radioterapia, habiéndose establecido la dosis de 30 Gy como dosis más baja "dosis crítica" comunicada⁴. Por otra parte, la localización más frecuente es en áreas de cruce de campos de irradiación². En este caso se localiza en la región parasternal, donde se suman los campos tangenciales y la región mamaria interna, alcanzando probablemente en algún punto una dosis superior al 120%. El intervalo de latencia puede oscilar entre 3 y 30 años con una media de 9,5, 11 y 13 años^{1,4,5}. El diagnóstico frecuentemente se retrasa entre 8 y 12 meses^{5,6} dado que este tumor suele desarrollarse sobre secuelas de radiodermatitis. En este caso el diagnóstico se retrasó 24 meses. El FHM, junto con el osteosarcoma, son los hallazgos histopatológicos más frecuentes^{1,6}. La resección quirúrgica con bordes de seguridad amplios ofrece los mejores resultados; aun así el pronóstico de los pacientes con SIR es muy pobre^{2,5,6}, con desarrollo de metástasis o recurrencia local en los primeros 18 meses de seguimiento². La supervivencia estimada a los 5 años es de un 17%⁶. La quimioterapia ofrece un beneficio mínimo con una alta morbilidad⁵. En este caso realizamos un abordaje quirúrgico muy agresivo con un resultado desalentador. Con esta carta queremos llamar la atención sobre esta entidad y la necesidad de hacer un diagnóstico precoz que, junto con

un abordaje quirúrgico agresivo, ofrece las únicas posibilidades de curación.

E. Peña González, P. León Atance y F. González Aragonese
Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital General Universitario Gregorio
Marañón. Madrid.

1. Taghian A, Vathaire F, Terrier P, Le M, Auquier A, Mouriesse H et al. Long-term risk of sarcoma following radiation therapy for breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991; 21: 361-367.
2. Bobin JY, Rivoire M, Delay E, El Arini A, Mignotte H, Wagner P et al. Radiation induced sarcomas following treatment for breast cancer: presentation of a series of 14 cases treated with an aggressive surgical approach. *J Surg Oncol* 1994; 57: 171-177.
3. Cahan WG, Woodward HQ, Higinbotham NL, Stewart FW, Coley BL. Sarcoma arising in irradiated bone; report of eleven cases. *Cancer* 1948; 1: 3-29.
4. Senyszyn JJ, Johnston AD, Jacox HW, Chur FCH. Radiation induced sarcoma after treatment of breast cancer. *Cancer* 1970; 26: 394-403.
5. Souba WW, McKenna RJ, Benjamin R, Raymond AD, Mountain CF. Radiation induced sarcoma of the chest wall. *Cancer* 1986; 57: 610-615.
6. Huvo AG, Woodard HP, Cahan WG, Higinbotham NL, Stewart FW, Butler A et al. Post radiation osteogenic sarcoma of bone and soft tissues. A clinicopathology study of 66 patients. *Cancer* 1985; 55: 1.244-1.255.

Granulomatosis linfomatoide con presentación atípica

Sr. Director: La granulomatosis linfomatoide es una afección poco frecuente, que pertenece al grupo de las enfermedades angiocéntricas y angiodesestructivas¹. Su comportamiento clínico puede ser agresivo. Afecta principalmente a los pulmones, donde suele formar nódulos múltiples con frecuente cavitación². Su presentación radiológica en forma de un nódulo pulmonar solitario (NPS) es menos común. En esta carta describimos el caso de una paciente cuya radiografía de tórax

mostraba un NPS. El examen histológico de dicho nódulo fue compatible con el diagnóstico de granulomatosis linfomatoide.

Mujer de 78 años de edad, sin historia previa de tabaquismo, que iba a ser intervenida de cataratas. En la radiografía de tórax preoperatoria se evidenció un NPS, localizado en el lóbulo superior, del pulmón izquierdo (LSI). La enferma se encontraba asintomática desde el punto de vista respiratorio. En la exploración física no se encontraron hallazgos patológicos reseñables. Se realizó una TAC torácica, apreciándose un nódulo de 12 mm de diámetro en el LSI, de características inespecíficas, sin imágenes de adenopatías hiliares o mediastínicas acompañantes. Se le planteó a la paciente la posibilidad de realizar una punción pulmonar percutánea o una toracotomía para la resección de dicho nódulo, eligiendo esta última opción. De este modo fue intervenida mediante toracotomía izquierda, siendo sometida a una resección pulmonar atípica. El examen histológico de la pieza demostró la presencia de un nódulo de base subpleural, compuesto por células pleomórficas de gran tamaño, con núcleos ovalados e irregularidades y cromatina vesicular, y con ocasionales nucléolos prominentes. Su citoplasma era eosinófilo claro, y se acompañaban de un abundante infiltrado linfoplasmocitario. Las células de aspecto neoplásico se encontraban sueltas, entremezcladas con células inflamatorias. Adicionalmente se observaban áreas de necrosis y de deposición de fibrina. Por otra parte, también se realizaron técnicas de inmunoperoxidasa en material de parafina. Los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos encontrados fueron compatibles con el diagnóstico de granulomatosis linfomatoide. El período postoperatorio transcurrió sin incidencias. Dos años y medio después, la paciente permanece asintomática, sin alteraciones en su analítica sanguínea. En la radiografía de tórax actual se evidencian cambios posquirúrgicos sobre el vértice pulmonar izquierdo, no observándose imágenes de recidiva tumoral, adenopatías hiliares o mediastínicas ni otros hallazgos.

La granulomatosis linfomatoide es una entidad caracterizada por la presencia de un infiltrado linfocito polimorfo, asociado con angiitis y necrosis focal. Aunque su patogénesis es desconocida, recientemente se ha sugerido la posibilidad de que se trate de un linfoma maligno, de probable origen en las células T. También permanece bajo investigación el papel potencial del virus de Epstein-Barr en este proceso³. Su localización extraganglionar es más frecuente, preferentemente pulmonar, cerebral, renal y cutánea⁴. Afecta más comúnmente a varones³, con una proporción de 2:1 a 3:1³. La mayoría de los pacientes presentan síntomas torácicos (incluyendo tos, disnea y dolor torácico) y sistémicos (fiebre, pérdida de peso y sudación nocturna) en el momento del diagnóstico⁵. Las manifestaciones radiológicas son variables. Típicamente, en la radiografía de tórax se observan infiltrados nodulares bilaterales, que se cavitan en un tercio de los casos. Su presentación en forma de NPS, como sucedió en este caso, es infrecuente. Otras manifestaciones poco comunes incluyen la presencia de infiltrados alveolo-intersticiales, derrame pleural y adenopatías hiliares³. Las imágenes obtenidas mediante TAC y