



Paniculitis de Weber-Christian con alteraciones radiográficas pulmonares

Sr. Director: La enfermedad de Weber Christian es una paniculitis nodular recidivante, no supurativa, febril, caracterizada por la presencia de nódulos eritematosos, de varios cm distribuidos por brazos, piernas y abdomen. La patogenia del proceso la constituye la necrosis o la grasa. Puede ser de origen idiopático o secundaria a enfermedades del páncreas, agentes físico-químicos o déficit de alfa-antitripsina¹. Puede afectar a cualquier territorio con grasa del organismo y dar lugar a una variada sintomatología, según afecte a la grasa del mesenterio, peritoneo, corazón, sinovial o médula ósea^{2,3}. Se ha descrito la participación del pulmón en forma de hallazgos microscópicos, en autopsias, a pesar de la ausencia de grasa en el tejido pulmonar^{2,4}, aunque sólo se ha documentado en radiografías de tórax en una ocasión⁵, como en la enferma que presentamos.

Mujer de 57 años, sin antecedentes patológicos. Ingresó por un cuadro de fiebre y nódulos subcutáneos, de aspecto inflamatorio localizados en cara, cuello, brazos y muslos. La auscultación cardiopulmonar era normal y presentaba una artritis de tobillo izquierdo junto a los nódulos. El hemograma y Smac eran normales. Amilasa en sangre y orina y lipasa, normales. Hemocultivos, urocultivos, cultivo de esputos y aglutinaciones negativas. Ziehl negativo. Mantoux negativo. En la radiografía de tórax se observaba una imagen cavitada en el lóbulo superior del pulmón derecho (fig. 1). Se instauró tratamiento antiestafilocócico, pese a lo cual persistió con fiebre y sin modificar la imagen pulmonar y aparecieron nuevos nódulos subcutáneos; la biopsia de uno de ellos mostró una paniculitis septal, con signos de necrosis grasa, sin vasculitis, compatible con el diagnóstico de paniculitis de Weber-Christian. De manera espontánea, un nódulo de la cara drenó un líquido de aspecto oleoso, cuyo cultivo fue negativo. Se trató con prednisona 60 mg/día, con reducción progresiva de las dosis y desaparecieron los nódulos subcutáneos y la imagen cavitada del pulmón sin posteriores recidivas.

A destacar en esta enferma junto al cuadro de paniculitis cutánea febril, la artritis y la localización de un nódulo en la cara, raramente descrito⁶ y la aparición junto a estas manifestaciones de un nódulo cavitado en pulmón.

En una revisión de 12 enfermos autopsiados con la forma sistémica de la enfermedad de Weber-Christian, en 5 se observaron alteraciones microscópicas pulmonares, lo que resulta llamativo en un tejido como el pulmón, desprovisto de grasa. En dos enfermos se trataba de microembolias grasas, otros 2 tenían una neumonitis lipogranulomatosa y en uno de ellos existía una infiltración por lipófagos del parénquima⁵. Sin alteraciones en la radiografía de pulmón o no se aportaba en sus descripciones. Esta se ha descrito de manera clara en sólo un enfermo⁵ con múltiples imágenes nodulares localizadas en campos pulmonares inferiores, de un tamaño oscilante entre algunos mm y varios cm, sin confirmación histológica del pulmón y que de manera similar a nuestra enferma estaban en relación con un brote de nódulo subcutáneo y desaparecieron con el tratamiento esteroideo. En nuestro caso se planteó la sospecha diagnóstica inicial con una etiología infecciosa que no se pudo demostrar por medio de cultivos ni se modificó su evolución con el tratamiento antibiótico. Asimismo se descartaron otras causas de nódulos cavitados solitarios del pulmón mediante la evolución clínica y las exploraciones complementarias, por lo que creemos que su origen estaría en relación con el brote de paniculitis cutánea coincidente.

M. Molina, G. Ortega, J. Campillo y J.A. Sáez

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Arrixaca. El Palmar. Murcia.

1. Panush RS, Yonker RA, Dlesk A, Longley S, Caldwell JR. Weber-Christian disease. Analysis of 15 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1985; 64:181-191.

2. Milner RDG, Mitchinson MJ. Systemic Weber-Christian disease. *J Clin Pathol* 1965; 18:150-156.

3. Molina M, Ortega G, Salinas F et al. Paniculitis de Weber-Christian con afección articular y hematológica. *Med Clin (Barc)* 1983; 80:130-132.

4. Schoen I, Reingold IM, Meister L. Relapsing nodular nonsuppurative panniculitis with lung involvement: clinical and autopsy findings with notes on pathogenesis. *Ann Intern Med* 1958; 49:687-698.

5. Federman Q, Abrams RM, Lee T. Pulmonary radiographic findings in a case of febrile, relapsing non-suppurative panniculitis (Weber-Christian disease). *Mount Sinai J Med*; 43:174-179.

6. Ashanalla MR, Huebsch BH. Weber-Christian disease with facial involvement. *Oral Surg* 1970; 29:518-520.

Parada respiratoria tras instilación ocular de la primera dosis de maleato de timolol

Sr. Director: El maleato de timolol es un beta bloqueante no selectivo, usado en el tratamiento del glaucoma. Sus efectos en la vía aérea del paciente asmático son conocidos, estando reflejados en diferentes trabajos¹⁻⁴.

En EEUU se han descrito más de 200 casos de insuficiencia respiratoria grave¹, por su uso en este tipo de pacientes. En nuestro medio, recientemente se ha publicado un caso casi fatal por uso continuado de maleato de timolol⁵.

Nosotros presentamos un caso de parada respiratoria secundaria a broncoespasmo severo, por única dosis de maleato de timolol ocular de una enferma con asma bronquial de carácter leve.

Enferma de 55 años, diagnosticada de asma bronquial desde su juventud, nunca estudiada desde el punto de vista de función pulmonar. El curso clínico correspondió a un «asma bronquial» de «carácter leve», con tratamiento anárquico, sólo en una ocasión precisó tratamiento con corticoides a bajas dosis, no requiriendo ingreso hospitalario. En la actualidad se encontraba asintomática.

El día de su ingreso, inicia tratamiento para glaucoma, con colirio de maleato de timolol al 5 por 1.000 con una gota en cada ojo. Aproximadamente dos horas después de la instilación, comienza con dificultad respiratoria, rápidamente progresiva. Trasladada de urgencia, se apreció parada respiratoria, recuperándose tras intubación orotraqueal y ventilación manual con AMBU y O₂ suplementario. Tras maniobra de reanimación presenta: gasometría pH 7,15, PaO₂ 46, PaCO₂ 83, HCO₃ 28 EB -0,2. Se conecta a respirador volumétrico (Engstrom Erika), no consiguiendo ventilación eficaz pese a alcanzar presiones mayores de 85 cmH₂O, continuando con ventilación manual.

Desde el momento de su ingreso tratada por vía parenteral con aminofilina, beta agonistas y corticoides.

A los 30 minutos de comenzar el tratamiento médico, fue posible la ventilación mecánica, obteniéndose los siguientes datos: presión vías aéreas 60 cm H₂O, resistencias 32 cmH₂O/l/sg, compliance 12 ml/cmH₂O.

La evolución fue rápidamente favorable, permitiendo la desconexión y posterior de-

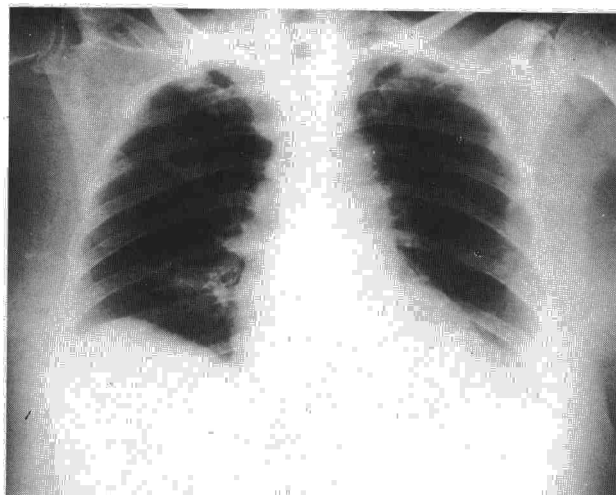


Fig. 1. Radiografía de tórax: imagen cavitada en lóbulo superior derecho.