



Original

La clínica vista a través de ARCHIVOS

Luis M. Sarmiento Méndez^a y Diego Castillo Villegas^{b,*}^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España^b Servicio de Neumología, Hospital de Día de Respiratorio, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de julio de 2009

Aceptado el 30 de julio de 2009

On-line el 15 de septiembre de 2009

Palabras clave:

Artículo de revisión

Caso clínico

Enfermedades respiratorias

RESUMEN

A través de los artículos publicados en el año 2008 en la sección "Notas clínicas" de la revista ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, el presente artículo discurre por los principales problemas clínicos de la cirugía torácica y la neumología actual. Los 18 casos publicados, que abarcan desde la toxicidad farmacológica a la función pulmonar, nos permitirán discutir las principales novedades en cada uno de los diversos campos y señalar las futuras áreas de investigación.

© 2009 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Clinical Perspective by Means of ARCHIVOS

ABSTRACT

This article discusses the current main clinical problems of thoracic surgery and pneumology by means of the articles published in 2008 in the "clinical notes" section of the journal ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. The 18 cases published—which deal with topics ranging from pharmacologic toxicity to lung function—will enable us to discuss the main novelties in each one of the various fields and highlight future areas for research.

© 2009 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Review article

Case report

Respiratory diseases

Introducción

ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA siempre ha sido una revista con franca vocación traslacional. Fruto de esta actitud, el año pasado se impulsó la publicación de un artículo de revisión que permitiera enfocar los principales problemas clínicos difundidos a través de esta Revista¹. Debido a la grata acogida se ha decidido dar continuidad a este espacio de revisión.

Una rápida lectura de los artículos publicados durante 2008 ya permite destacar los principales campos de interés: enfermedades infecciosas infrecuentes, avances quirúrgicos, toxicidad farmacológica y, cómo no, tratamiento de la hipertensión pulmonar^{2–19}. Sin duda las notas clínicas resaltan los focos de investigación más actuales: el desarrollo de nuevas técnicas que permitan una cirugía de tórax mejor y menos cruenta, así como el tratamiento de enfermedades antiguas (infecciones) o "nuevas" (hipertensión pulmonar arterial), sin olvidar la enfermedad pulmonar difusa,

que continúa siendo uno de los principales "agujeros negros" de nuestra actividad asistencial.

A continuación se desglosa cada uno de estos 18 artículos, con sus principales puntos de interés.

Enfermedades infecciosas

La primera enseñanza de la revisión de "Notas clínicas" de 2008 es la siguiente: al igual que la sociedad actual, las enfermedades transmisibles tienden a la globalización. Los artículos publicados nos revelan que gérmenes que consideramos ajenos a nuestra población, en realidad, no lo son tanto. Esto es debido a que la sociedad actual es fruto de uno de los mayores movimientos migratorios de nuestra historia. En la actualidad, según los datos provisionales del padrón de 2009, en España residen 5.598.691 habitantes de nacionalidad no española²⁰. En consecuencia, en el diagnóstico diferencial de los procesos respiratorios debemos reservar siempre un espacio a las enfermedades infecciosas "importadas" de zonas endémicas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dcastillo@santpau.cat (D. Castillo Villegas).

“Strongyloides stercoralis: una peculiar forma de exacerbación en la EPOC”

Un buen ejemplo es el caso publicado por Ortiz Romero et al¹² en el número de agosto: un varón de 85 años, natural de España, sin viajes a zonas endémicas, diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en estadio II de la GOLD y con eosinofilia crónica (8 años). Presentaba un cuadro clínico indicativo de exacerbación de su enfermedad de base, por lo que siguió tratamiento convencional, requiriendo 2 tandas de anti-bióticos por vía oral (claritromicina, moxifloxacino) y una tercera intravenosa (meropenem-amicacina) a raíz del aislamiento de bacterias entéricas en el esputo. A pesar de ello, el paciente no mejoraba, por lo que se realizó un broncoaspirado en el que se observaron múltiples larvas de *S. stercoralis* en la tinción de Gram. Tras tratamiento antihelmíntico, se resolvió el cuadro clínico.

Atendiendo a los movimientos migratorios actuales, las helmintiasis, frecuentes en áreas endémicas, no se deben excluir del diagnóstico diferencial en la práctica médica habitual. Como muy bien concluyen los autores, en pacientes con infección respiratoria de vías bajas, la presencia no esperada de bacterias entéricas en las secreciones respiratorias (arrastradas por las larvas en el momento de atravesar la pared intestinal) y eosinofilia crónica no filiada debería hacernos sospechar una parasitosis.

“Histoplasmosis pulmonar crónica en un paciente no inmunodeprimido, residente 10 años antes en una zona endémica”

En la misma línea de la publicación anterior se encuentra la nota clínica de García-Marrón et al¹⁵: un varón de mediana edad, fumador y bebedor importante, consultó por una infección respiratoria de vías bajas con un patrón alveolointersticial pulmonar localizado en la radiografía de tórax. Tras realizar tratamiento antibiótico convencional, no presentaba mejoría clínica ni radiológica, por lo que se practicó una broncoscopia, en cuyo cultivo se aisló *Histoplasma capsulatum*. Entre los antecedentes epidemiológicos destacaba que el paciente había regresado de Venezuela hacía 10 años, aunque no recordaba haber presentado enfermedades importantes durante los 10 años que duró su estancia en aquel país.

H. capsulatum es un hongo con un comportamiento equiparable al de la tuberculosis: cursa con una primoinfección con manifestaciones inespecíficas autolimitadas (desde asintomática hasta síntomas generales variables) y con reactivaciones o reinfecciones atendiendo a factores de inmunodepresión del paciente (en este caso, el alcoholismo). Tras tratamiento antifúngico, itraconazol durante 2 años, el paciente presentó una evolución favorable, sin nuevas reactivaciones en un período de seguimiento de 3 años.

“Tuberculosis bronquial. Estudio de 73 casos”

La tuberculosis pulmonar se diagnostica en muchas ocasiones por medio de la baciloscopia del esputo, con lo que se evita la realización de estudios invasivos. Como consecuencia, las lesiones endobronquiales ocasionadas por el bacilo de Koch no siempre se evalúan. Esto se traduce en el infradiagnóstico de la tuberculosis bronquial y en la variabilidad de la prevalencia en las series revisadas^{21,22}. Esta consideración engrandece el trabajo realizado por Miguel Campos et al⁸, en cuya revisión retrospectiva, en un período de 27 años, obtuvieron una prevalencia de tuberculosis bronquial del 6,4% entre los pacientes con tuberculosis a quienes se practicó broncoscopia. Al revisar los patrones clínicos y radiológicos se obtuvieron resultados inespecíficos, como en la mayoría de trabajos realizados hasta la fecha^{23,24}. En cuanto a los

patrones endoscópicos, el granuloma fue más frecuente en jóvenes, mientras que la bronquitis granulosa y ulcerada lo fue en adultos.

Por consiguiente, las lesiones tuberculosas bronquiales probablemente sean más frecuentes de lo estimado. Teniendo en cuenta que en la mayoría de las ocasiones estarían presentes en el contexto de una tuberculosis pulmonar ya diagnosticada, y que su descubrimiento no implicaría cambios en la actitud terapéutica a seguir, esta apreciación no parece tener repercusión clínica.

“Empiema pleural por microorganismos del género Gemella: una complicación infrecuente”

En el número de octubre de esta Revista, Senent et al¹⁷ nos mostraron una de las más extensas series publicadas hasta la fecha de empiema causado por esta bacteria tan poco común, además de revisar toda la casuística hallada en la literatura médica¹⁷. *Gemella* es un coco grampositivo de reciente aparición, comensal de los humanos (faringe, intestino, sistema urinario), que en situaciones de inmunodepresión puede provocar infecciones del sistema nervioso, endocarditis, artritis y, excepcionalmente, abscesos pulmonares y empiema²⁵. La serie presentada consta de 3 casos de empiema pleural, con cultivo positivo para *G. morbillorum* (en 2 casos) y *G. haemolysans* (un caso), todos ellos sensibles a penicilina. Tras el inicio del tratamiento antibiótico, junto con la colocación de un tubo de drenaje torácico y aplicación de agentes fibrinolíticos, la evolución clínica fue satisfactoria en los 3 casos.

“Aislamiento de Nocardia en pacientes con fibrosis quística”

La nota clínica publicada por Barrio et al² pone de manifiesto la dificultad que entraña la interpretación clínica de los resultados de las muestras de secreciones respiratorias de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, como es el caso de la fibrosis quística. Un buen ejemplo es el de *Nocardia* spp., germen cuyo papel patógeno en este tipo de pacientes no está bien establecido²⁶. Sus manifestaciones abarcan desde la colonización asintomática hasta la afectación sistémica grave. En esta serie, se evaluó a 387 pacientes, aislándose *Nocardia* spp. en 9 de ellos, 3 de los cuales estaban totalmente asintomáticos. En 2 de estos pacientes se adoptó una conducta expectante, mientras que el resto recibió tratamiento antibiótico, mayoritariamente cotrimoxazol, entre 2 semanas y 6 meses. La evolución fue favorable en todos los casos.

Como muy bien concluyen los autores, el hallazgo de *Nocardia* spp. debe evaluarse en cada caso para decidir cuál es la mejor conducta a seguir, puesto que siempre es preciso establecer la relación entre los hallazgos microbiológicos y la clínica del paciente.

Cirugía del tórax

“Utilidad de la omentoplastia en el tratamiento de la esternomediastinitis secundaria a cirugía de revascularización miocárdica”

La esternomediastinitis es una grave complicación en el postoperatorio de la cirugía cardíaca, con una mortalidad de hasta un 50%²⁷. La incidencia descrita varía según las series revisadas (0,4-5,1%)²⁸. Su tratamiento estuvo y está en continua revisión, puesto que entraña enormes dificultades técnicas y se requieren largos períodos de tiempo para observar una mejoría clínica. La terapéutica engloba desde las clásicas medidas

higiénico-asépticas (antibióterapia específica, desbridamiento del tejido necrótico, cierre por segunda intención, drenajes, lavados, curas, etc.) hasta el empleo de injertos vascularizados (mioplastia, omentoplastia) en el mediastino anterior.

Quiroga Martínez et al³ presentaron en el número de febrero 2 interesantes casos que requirieron de omentoplastia mediante laparotomía media supraumbilical. En ambos casos la evolución fue satisfactoria. Sin embargo, nos recuerdan que esta técnica no está exenta de complicaciones (íleo, hernias, infecciones, etc.) y nos adelantan cómo el abordaje por laparoscopia será una opción para disminuir estas complicaciones.

“Quiste broncogénico de mediastino. Resección videotorascópica en 8 casos”

La nota clínica de Jiménez Merchán et al⁶ consistió en una generosa serie de 8 casos diagnosticados de quiste broncogénico del mediastino e intervenidos mediante videotorascopia, con resultados excelentes. Los quistes broncogénicos son las lesiones quísticas más frecuentes del mediastino, representando el 18% de todos los tumores primarios de esta localización^{29,30}. Se trata de una anomalía congénita, muchas veces diagnosticada de manera casual, aunque también puede ocasionar síntomas derivados de la compresión de estructuras vecinas (tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, etc.). La prueba de elección para su diagnóstico y localización es la resonancia magnética. A pesar de que hay algunos autores que defienden un tratamiento conservador en pacientes asintomáticos, el resto de trabajos van a favor de la extirpación quirúrgica como tratamiento de elección³⁰. A diferencia de lo descrito por otros autores³¹, se procedió a la aspiración completa del líquido mucoide del quiste al inicio de la intervención, lo cual facilitó sobremanera su disección y extirpación. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, y tampoco recidivas. En la serie publicada, la vía de abordaje fue la videotorascopia. Según los autores, teniendo en cuenta la paridad de resultados respecto a la toracotomía clásica y las ventajas que ofrece en el postoperatorio, la videotorascopia debería ser la primera vía de abordaje.

“Aportación de la toracosopia en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis torácica complicada (a propósito de 2 casos)”

La endometriosis torácica es una entidad con una incidencia menor del 1%, descrita por primera vez en 1958³². Consiste en el crecimiento del tejido endometrial en el árbol bronquial, parénquima pulmonar y/o tejido pleural. Para su diagnóstico es muy importante la sospecha clínica. Afecta a mujeres en edad fértil, que pueden presentar dolor torácico, hemoptisis y/o hemo/neumotórax coincidiendo con la menstruación. El diagnóstico definitivo es histológico. El tratamiento de primera línea es el bloqueo hormonal, pero el alto índice de recurrencias y la variable tolerabilidad del tratamiento hacen que en muchos casos sea necesario el tratamiento quirúrgico.

Martínez Somolinos et al⁷, que presentaron 2 casos de endometriosis en la pleura diafragmática, resaltan la utilidad de la videotorascopia, tanto para el diagnóstico (visión directa de placas planas de color pardusco con hematoma central, con posterior confirmación histológica) como para el tratamiento (electrocoagulación y pleuroesclerosis).

Enfermedad pulmonar intersticial difusa

Es importante destacar que, de los 4 artículos a este respecto publicados durante 2008 en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, 3

versaban sobre el daño pulmonar producido por fármacos. Esto refleja la creciente sensibilidad de la neumología respecto a la toxicidad farmacológica. Esta sensibilidad se relaciona además con la intuición de que los nuevos fármacos resultan más neumotóxicos que los utilizados previamente.

“Neumonía intersticial descamativa y bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial: datos del registro español”

En 2008 se publicó una excelente nota clínica sobre la neumonía intersticial descamativa (NID) y la bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial (BR-EPI)¹³. En ella se describen los datos del registro nacional, en el que se acumularon un total de 19 casos. El número total está en relación con la baja prevalencia de la enfermedad y demuestra la importancia de trabajar en colaboración con diferentes centros.

Los datos confirman un hecho relevante: las características de la enfermedad en nuestro entorno parecen ser similares a las descritas en otros países. Ambas afecciones suelen aparecer en fumadores, de mediana edad, con clínica de tos y disnea. En la tomografía computarizada de tórax encontraremos áreas de vidrio deslustrado (NID) o nódulos centrolobulillares (BR-EPI). La evolución suele ser benigna y la mayoría de los pacientes responde al tratamiento iniciado (corticoides y abandono del hábito tabáquico).

Sin embargo, el análisis de los datos también suscita numerosas preguntas —¿qué relación existe entre la NID y la BR-EPI? ¿Es una enfermedad sistémica? ¿Es el tabaco el único factor etiológico? ¿Por qué hay una mejora clínica y no radiológica? ¿Cuál es el papel del abandono del hábito tabáquico en la evolución de la enfermedad?—, sobre las que debemos seguir trabajando.

“Neumonía organizada asociada a tratamiento con peginterferón alfa”

El interferón es una citocina producida por el propio sistema inmunitario como respuesta a la agresión provocada por virus o células tumorales. Colabora en el proceso de destrucción de las células infectadas y evita la replicación vírica. Se han descrito varios tipos (hasta 3 grupos) con diferentes isoformas. Su aplicación terapéutica inicial fue como quimioterápico, pero actualmente también se utiliza en la esclerosis múltiple o la hepatitis C. Dentro del campo de la neumología, el interferón gamma se ha probado como tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática debido a su capacidad antifibrótica³³.

Por contra, el caso clínico publicado en esta Revista muestra cómo una variante de esa misma proteína, el peginterferón α -2b, es capaz de provocar una reacción inflamatoria compatible con una neumonía organizada⁵. Nos encontramos entonces con que distintos fármacos de la misma familia provocan afecciones totalmente opuestas. Esto nos demuestra la complejidad del proceso inflamatorio y lo lejos que estamos de entender todo el enrevesado sistema de señales que rigen dicho proceso.

“Neumonitis por hipersensibilidad asociada a venlafaxina”

Está bien establecido que numerosos fármacos pueden producir daño pulmonar, y que los hallazgos histológicos son similares a los descritos en otras enfermedades pulmonares intersticiales difusas³⁴.

En el mes de octubre, Borderías Clau et al¹⁶ publicaron un caso de neumonitis por hipersensibilidad asociada a venlafaxina. Este fármaco se usa como tratamiento antidepresivo bajo el mecanismo

de inhibición de la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina. Tras la descripción exhaustiva del caso realizada por los autores, la asociación entre el cuadro y el fármaco parece probada. Por lo tanto, la discusión no está en ese ámbito, sino en el de la nomenclatura, pues ésta resulta confusa. Si entendemos que la neumonitis por hipersensibilidad (o alveolitis alérgica extrínseca) se debe a la inhalación de un antígeno orgánico (e inorgánico excepcionalmente), resulta difícil incluir en el mismo grupo un fármaco que actúa por vía oral. Aunque los hallazgos histológicos sean similares, el comportamiento clínico es diferente, y por eso parece más correcto utilizar el término de toxicidad pulmonar por venlafaxina.

"Fibrosis pulmonar mortal, con etanercept como posible desencadenante"

El artículo publicado por Díez Piña et al¹⁰ recoge otro caso de toxicidad pulmonar, aunque con importantes diferencias respecto al previo. El fármaco causante, el etanercept, dado que es un antagonista del factor de necrosis tumoral, se ha utilizado en el tratamiento de enfermedades sistémicas, y también se ha propuesto como tratamiento antifibrótico en la fibrosis pulmonar idiopática; así pues, un producto teóricamente favorable puede producir un efecto devastador. En este caso, el paciente presenta pluripatología compleja, que incluye enfermedades respiratorias crónicas (asma) que pueden dificultar el diagnóstico e influir en el pronóstico. Con todo, la principal diferencia radica en que en este caso es más difícil establecer la relación causal.

El paciente presentaba tanto una enfermedad respiratoria como una enfermedad sistémica (artritis psoriásica), era un fumador empedernido y había sido tratado con metotrexato. Es bien conocido que el metotrexato puede producir enfermedad pulmonar intersticial, incluso años después de haberse retirado el tratamiento. Sin embargo, la gran aportación de este artículo es alertar sobre la posible toxicidad del etanercept.

Hipertensión pulmonar

"Hipertensión pulmonar grave y enfermedad de Takayasu"

La enfermedad de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos con baja prevalencia en nuestro entorno. García-Olivé et al⁴ nos presentan un caso en el que la afectación pulmonar predomina frente a la sistémica. Éste es un hecho aún más infrecuente, que justifica la importancia del caso.

La hipertensión pulmonar secundaria a la enfermedad de Takayasu debería incluirse dentro del grupo V de la clasificación clínica de la hipertensión pulmonar³⁵. En la actualidad, dentro del esquema terapéutico, no está aceptado el uso de fármacos antiproliferativos. La implantación de *stents*, como en este caso, debe hacerse en pacientes seleccionados y siempre por grupos con experiencia en el manejo de dicha técnica.

"Experiencia en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar con imatinib"

La hipertensión arterial pulmonar es una de las enfermedades respiratorias con peor pronóstico. La hipertensión arterial pulmonar idiopática además añade la característica de que afecta a personas jóvenes. Esto hace que las medidas adoptadas por los médicos en ocasiones sean tan "dramáticas".

La revisión de 4 casos publicada por García Hernández et al¹⁹ es un ejemplo de este paradigma. El imatinib es un antagonista del factor del crecimiento derivado de las plaquetas. Su éxito

radicaría, por lo tanto, en su acción antiproliferativa, la cual se ha demostrado *in vitro*. *In vivo*, se ha publicado una serie de casos en los que su acción podría ser beneficiosa. No obstante, como demuestra la serie publicada en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, a los pobres resultados hemos de sumar sus efectos secundarios.

En definitiva, en una enfermedad tan devastadora impera la necesidad de encontrar nuevos fármacos. Sin embargo, dado que también es una enfermedad con escasa incidencia, es necesario que agrupemos los datos para poder obtener mejores conclusiones. En la actualidad, fuera de ensayos clínicos no está justificado el uso de imatinib en la hipertensión arterial pulmonar.

Miscelánea

"Insuficiencia respiratoria aguda en el postoperatorio inmediato de cirugía por obesidad mórbida"

Bien conocido es que los pacientes con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño pueden presentar más complicaciones perioperatorias que la población general. Sin embargo, pocos estudios han estudiado en profundidad esta relación^{36,37}. Esta observación gana importancia si tenemos en cuenta que hasta el 50% de los pacientes con obesidad mórbida programados para cirugía bariátrica presentan síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en grado moderado-grave (muchas veces infradiagnosticado). Del Campo Matías et al¹¹ nos recuerdan en la nota clínica publicada en agosto que, a pesar de la evidencia de esta relación, en muchas ocasiones ésta es una situación clínica infravalorada. Los autores hacen especial hincapié en el diagnóstico y tratamiento precoces antes de la cirugía y en el postoperatorio inmediato, lo cual evitaría gran número de complicaciones posquirúrgicas. En el caso que publicaron, el paciente, que no estaba diagnosticado antes de la intervención, presentó insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica como complicación posquirúrgica inmediata, y respondió de forma satisfactoria a la ventilación mecánica no invasiva mediante presión positiva a 2 niveles de presión.

Por lo tanto, hemos de seguir insistiendo en que, si se pretende reducir la morbimortalidad de esta intervención quirúrgica, es preciso que los pacientes reciban una atención multidisciplinaria.

"Manejo endovascular de lesión de arteria subclavia izquierda tras toracoplastia por fistula broncopleurales y empiema secundario a Aspergillus fumigatus"

En el número de junio Ramos et al⁹ plasmaron las dificultades que en la actualidad entraña el tratamiento del aspergiloma pulmonar. Hablamos de la forma de manifestación probablemente más frecuente de aspergilosis pulmonar³⁸. Puede desde permanecer asintomática durante años sin necesidad de tratamiento, hasta manifestarse como hemoptisis masiva, en cuyo caso el tratamiento quirúrgico es de elección, combinado con antifúngicos. Este abordaje se asocia a una morbimortalidad posquirúrgica nada despreciable. En muchas ocasiones, como el caso presentado por los autores, son necesarias varias intervenciones quirúrgicas (resección pulmonar, toracoplastia, cirugía vascular, etc.) para salvar las potenciales complicaciones (fuga aérea, empiema, trombosis, hemorragias arteriales, etc.). Los autores abren una ventana a las técnicas endovasculares en casos de complicaciones de los grandes vasos.

"Valoración espirométrica de la afectación respiratoria en el bocio multinodular asintomático con componente intratorácico"

Quizá la nota clínica más vanguardista publicada durante el año pasado tuvo como autores a Ríos et al¹⁴. Gracias a los

resultados de su estudio, los autores proponen que se indique la cirugía precoz en el bocio intratorácico asintomático. Evaluaron, desde el punto de vista de la función respiratoria, a 21 pacientes diagnosticados de bocio intratorácico asintomático. Ninguno presentaba enfermedad respiratoria crónica. Sin embargo, un 10% presentaba ya algún grado de afectación obstructiva en bipedestación y el 20% en decúbito supino. Estas alteraciones habían desaparecido en un control realizado 3 meses después de la intervención quirúrgica. Por lo tanto, ¿por qué esperar a que el bocio se haga sintomático? Probablemente entonces la morbimortalidad de la intervención quirúrgica sea mayor.

En conclusión, el artículo nos recuerda la necesidad de evaluar funcionalmente a todos los pacientes con bocio intratorácico asintomático y, en función de los resultados, plantear la intervención quirúrgica.

"Lipoma infartado del mediastino posterior"

En el número de noviembre, Andreu et al¹⁸ describen el caso de un tumor infrecuente. Si bien el lipoma intratorácico es ya una rareza de por sí^{39,40}, los autores presentan un caso cuya localización (mediastino posterior) y forma de presentación (necrosis grasa) son excepcionales. Por lo general el tratamiento es conservador, dadas la benignidad del proceso y la ausencia de síntomas asociados. Sin embargo, en algunas ocasiones hay que recurrir a la cirugía debido al tamaño, la presencia de síntomas compresivos y las dudas diagnósticas suscitadas por el aspecto heterogéneo de la lesión, como el caso presentado en esta nota clínica, en el que las técnicas de imagen no podían diferenciar entre lipoma, liposarcoma o timolipoma.

Agradecimientos

Al Dr. Albert Sánchez-Font, por la revisión crítica de este manuscrito.

Bibliografía

- Castillo Villegas D. La colección de mariposas de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. Arch Bronconeumol. 2008;44:546-50.
- Barrio MI, Martínez MC, Prados C, Girón RM, Máz L, Martínez MT. Aslamiento de *Nocardia* en pacientes con fibrosis quística. Arch Bronconeumol. 2008;44:109-12.
- Quiroga Martínez J, Gualis Cardona J, Gregorio Crespo B, Cabanyes Candela S, Cilleruelo Ramos A, Duque Medina JL. Utilidad de la omentoplastia en el tratamiento de la esternomediastinitis secundaria a cirugía de revascularización miocárdica. Arch Bronconeumol. 2008;44:113-15.
- García-Olivé I, Prats Bardají MS, Calvo Pascual S, Sánchez Berenguer D, Valverde Forcada E, Ruiz-Manzano J. Hipertensión pulmonar grave y enfermedad de Takayasu. Arch Bronconeumol. 2008;44:170-2.
- Padilla López DR, Bisbe Company V, Soler Simón S, Cortés Hausmann P, Bisbe Company J. Neumonía organizada asociada a tratamiento con peginterferón alfa. Arch Bronconeumol. 2008;44:173-4.
- Jiménez Merchán R, Congregado Loscertales M, Gallardo Valera G, Ayarra Jarne J, Loscertales J. Quiste broncogénico de mediastino. Resección videotoroscópica en 8 casos. Arch Bronconeumol. 2008;44:220-3.
- Martínez Somolinos S, Mármol Cazas EE, Serra Batlles J. Aportación de la toracoscopia en el diagnóstico y tratamiento de la endometriosis torácica complicada (a propósito de 2 casos). Arch Bronconeumol. 2008;44:224-5.
- Miguel Campos E, Puzo Ardanuy C, Burgués Mauri C, Castella Riera J. Tuberculosis bronquial. Estudio de 73 casos. Arch Bronconeumol. 2008;44:282-4.
- Ramos R, Rodríguez L, Saumench J, Iborra E, Cairols MA, Dorca J. Manejo endovascular de lesión de arteria subclavia izquierda tras toracoplastia por fístula broncopulmonar y empiema secundario a *Aspergillus fumigatus*. Arch Bronconeumol. 2008;44:338-40.
- Díez Piña JM, Vázquez Gómez O, Mayorales Alises S, García Jiménez JD, Álvaro Álvarez D, Rodríguez Bolado MP. Fibrosis pulmonar mortal, con etanercept como posible desencadenante. Arch Bronconeumol. 2008;44:393-5.
- Del Campo Matías F, De Frutos Arribas J, Sánchez Fernández A. Insuficiencia respiratoria aguda en el postoperatorio inmediato de cirugía por obesidad mórbida. Arch Bronconeumol. 2008;44:449-50.
- Ortiz Romero MM, León Martínez MD, Muñoz Pérez MA, Altuna Cuesta A, Cano Sánchez A, Hernández Martínez J. *Strongyloides stercoralis*: una peculiar forma de exacerbación en la EPOC. Arch Bronconeumol. 2008;44:451-3.
- Baloira A, Xaubert A, Rodríguez Becerra E, Romero AD, Casanova A, Ancochea J. Neumonía intersticial descamativa y bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial: datos del registro español. Arch Bronconeumol. 2008;44:499-503.
- Ríos A, Rodríguez JM, Galindo PJ, Cascales PA, Balsalobre M, Parrilla P. Valoración espirométrica de la afectación respiratoria en el bocio multinodular asintomático con componente intratorácico. Arch Bronconeumol. 2008;44:504-6.
- García-Marrón M, García-García JM, Pajín-Collada M, Álvarez-Navascués F, Martínez-Muñoz MA, Sánchez-Antuña AA. Histoplasmosis pulmonar crónica en un paciente no inmunodeprimido, residente 10 años antes en una zona endémica. Arch Bronconeumol. 2008;44:567-70.
- Borderías Clau L, Marigil Gómez MA, Val Adán P, Marcén Letosa M, Biescas López R, Garrapiz López FJ. Neumonitis por hipersensibilidad debida a venlafaxina. Arch Bronconeumol. 2008;44:571-3.
- Senent C, Sancho JN, Chiner E, Signes-Costa J, Camarasa A, Andreu AL. Empiema pleural por microorganismos del género *Gemella*: una complicación infrecuente. Arch Bronconeumol. 2008;44:574-7.
- Andreu C, Yat-Wah P, Fraga J, Olivera MJ, Caballero P. Lipoma infartado del mediastino posterior. Arch Bronconeumol. 2008;44:641-4.
- García Hernández FJ, Castillo Palma MJ, González León R, Garrido Rasco R, Ocaña Medina C, Sánchez Román J. Experiencia en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar con imatinib. Arch Bronconeumol. 2008;44:689-91.
- Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009. Datos provisionales. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np551.pdf>.
- Altin S, Cikrikcioglu S, Morgul M, Kosar F, Ozyurt H. 50 endobronchial tuberculosis cases based on bronchoscopic diagnosis. Respiration. 1997;64:162-4.
- Oka M, Fukuda M, Nakano R, Nakamura Y, Nagashima S, Iida T, et al. A prospective study of bronchoscopy for endotracheobronchial tuberculosis. Intern Med. 1996;35:698-703.
- Van den Brande PM, Van de Mierop F, Verbeke EK, Demedts M. Clinical spectrum of endobronchial tuberculosis in elderly patients. Arch Intern Med. 1990;150:2105-8.
- Masotti A, Rodella L, Inaspertato G, Foccoli P, Morandini GC. Clinical and bronchoscopic features of endobronchial tuberculosis. Monaldi Arch Chest Dis. 1995;50:89-92.
- Berger U. A proposed new genus of gram-negative cocci: *Gemella*. Int Bull Bacteriol Nomencl Taxon. 1961;11:17-19.
- Hoiby N, Pressier T. Emerging pathogens in cystic fibrosis. Eur Respir Monogr. 2006;35:66-78.
- Jones G, Jurkiewicz MJ, Bostwick J, Wood R, Bried JT, Culbertson J, et al. Management of the infected median sternotomy wound with muscle flaps. The Emory 20-year experience. Ann Surg. 1997;225:766-78.
- Schroeyers P, Wellens F, Degrieck I, De Geest R, Van Praet F, Vermuelen Y, et al. Aggressive primary treatment for poststernotomy acute mediastinitis: our experience with omental- and muscle flaps surgery. Eur J Cardiothorac Surg. 2001;20:743-6.
- Wychulis AR, Payne WS, Clagett OT, Woolner LB. Surgical treatment of mediastinal tumors. J Thorac Cardiovasc Surg. 1971;62:379-92.
- Bolton JW, Shahian DM. Asymptomatic bronchogenic cysts: what is the best management?. Ann Thorac Surg. 1992;53:1134-7.
- Weber T, Roth TC, Beshay M, Herrmann P, Stein R, Schmid RA. Video-assisted thoracoscopic surgery of mediastinal bronchogenic cysts in adults: a single-center experience. Ann Thorac Surg. 2004;78:987-91.
- Maurer ER, Schaal JA, Méndez FL. Chronic recurring spontaneous pneumothorax due to endometriosis of the diaphragm. JAMA. 1958;168:2013-14.
- Ziesche R, Hofbauer E, Wittmann K, Petkov V, Block LH. A preliminary study of long-term treatment with interferon gamma-1b and low dose prednisolone in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med. 1999;341:1264-9.
- Xaubert A, Ancochea J, Blanquer R, Montero C, Morell F, Rodríguez-Becerra, et al. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Arch Bronconeumol. 2003;39:580-600.
- Barberà JA, Escribano P, Morales P, Gómez MA, Oribe M, Martínez A, et al. Estándares asistenciales en hipertensión pulmonar. Documento de consenso elaborado por la Sociedad Española de Neurología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Arch Bronconeumol. 2008;44:87-99.
- Lan CHK, Rose MW. Perioperative management of obstructive sleep apnea. Sleep Med Clin. 2006;1:541-8.
- Durán-Cantolla J, González-Mangado N. Documento de consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño. Arch Bronconeumol. 2005;41:102-6.
- Pound MW, Drew RH, Perfect JR. Recent advances in the epidemiology prevention, diagnosis, and treatment of fungal pneumonia. Curr Opin Infect Dis. 2002;15:183-94.
- Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ. Fat-containing lesions of the chest. Radiographics. 2002;22:S61-78.
- Tateishi U, Gladish GW, Kusumoto M, Hasegawa T, Yokoyama R, Tsuchiya R, et al. Chest wall tumors: radiologic findings and pathologic correlation: part 1. Benign tumors. Radiographics. 2003;23:1477-90.