

(RM) son útiles en la evaluación de los lipomas de subclavia. Los defensores de la RM creen que esta exploración confirma de manera fiable el carácter adiposo de la masa y define con mayor precisión la magnitud de la lesión y su relación con las estructuras circundantes. Los defensores de la TC consideran, como nosotros, que para la mayoría de las lesiones toda la información clínicamente relevante es accesible en la TC con igual claridad que en la RM, pero que la primera es preferible por razones de coste, disponibilidad y facilidad de obtención de las imágenes.

El diagnóstico diferencial incluye el angiomiolipoma, que está mal encapsulado, contiene adipocitos maduros y vasos pequeños con calcificaciones heterotópicas, el hemangioma cavernoso, una masa vascular con vasos serpiginosos pequeños y flebolitos, el hemangioma quístico, los tumores mixofibrosos y el hemangiopericitoma lipomatoso⁵.

El lipoma sintomático o la sospecha de malignidad constituyen indicaciones para una intervención quirúrgica.

Los lipomas situados en localizaciones atípicas no son operaciones «fáciles». Debe realizarse una planificación adecuada, debe remitirse al paciente a un cirujano cardiotorácico y deben evitarse las consecuencias iatrogénicas, como lesiones vasculares con el paciente despierto o las causadas por un cirujano poco experimentado.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Bibliografía

1. Ryu SR, Park JY, Ryu YS, Yu YH, Yang DJ, Lee BH, et al. Intravascular lipoma of the right subclavian vein. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2009;67:154-7.
2. Lomeo A, D'arrigo G, Scolaro A, Mudanò M, Monea MC, Mauceri G, et al. A case of intra and extra-vascular lipoma of the subclavian vein. *EJVES Extra*. 2007;13:37-9.
3. McClure MJ, Sarrazin J, Kapusta L, Murphy J, Arenson AM, Geerts W. Intravascular femoral vein lipoma: An unusual cause of lower limb venous obstruction. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;176:463-4.
4. Vinnicombe S, Wilson AG, Morgan R, Saunders K. Intravascular lipoma of the superior vena cava: CT features. *J Comput Assist Tomogr*. 1994;18:824-7.
5. Fuchs A, Henrot P, Walter F, Iochum S, Vignaud J, Stines J, et al. Lipomatous tumors of soft tissues in the extremities and the waist in adults. *J Radiol*. 2002;83:1035-57.

Massine El Hammoumi^{a,b,*}, Mustafa Taberkanet^{a,b} y El Hassane Kabirj^{a,b}

^a *Department of Thoracic Surgery, Mohamed V Military University Hospital, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Marruecos*

^b *Department of Vascular Surgery, Mohamed V Military University Hospital, Rabat, Marruecos*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hamoumimassine@hotmail.fr (M. El Hammoumi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.015>

Hacer correctamente lo que es correcto



Do Right What Is Right

Sr. Director:

Las técnicas diagnósticas y terapéuticas que hoy nos ofrece la medicina son muy amplias, y su utilización coste-efectiva es uno de los retos más importantes de la medicina clínica. No es infrecuente que en determinadas áreas, quizás por su complejidad y por su reciente desarrollo, como la ventilación mecánica no invasiva (VNI), se expresen opiniones que pueden ser debatibles, producir confusión e incluso inducir tratamientos discutibles o incorrectos. Ejemplo de ello son:

- Discutir procesos y protocolos locales sin aportar resultados en el conjunto de la población.
- Recomendar de un modo definitivo indicaciones no contrastadas de la VNI, como en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable o en el síndrome de hipoventilación obesidad.
- Asumir la suma de prácticas individuales como criterio general de indicación.
- Proponer los beneficios positivos en un subgrupo de pacientes como criterio de indicación cuando en el global del estudio los resultados son negativos.
- Suponer que los resultados de estudios observacionales constituyen la mejor de las evidencias.
- No tener en cuenta que los actos tienen consecuencias, tanto organizativas como económicas.

La variabilidad de la práctica clínica es un problema reconocido desde hace años¹. También es cierto que la práctica clínica

se construye, además de con la evidencia científica, teniendo en cuenta las circunstancias locales, las habilidades profesionales y los valores de los pacientes². La toma de decisiones es un tema complejo, y es evidente que la respuesta a problemas específicos puede requerir indicaciones que no se ajustan a protocolos: este es el sentido de los tratamientos compasivos. Un cierto grado de variabilidad es imprescindible para estimular la innovación. Pero son sorprendentes algunos datos del Observatorio de Terapias Respiratorias de Cataluña que constatan que la prescripción de la VNI en personas de más de 65 años muestra diferencias de más de 40 veces entre las zonas de mínima y máxima prescripción.

Es importante considerar que la credibilidad profesional pasa por la consistencia de los valores compartidos. Compartir resultados del mundo real (no solo de los ensayos clínicos), considerar los tratamientos compasivos como lo que son, sin concederles la condición de canon para la práctica cotidiana, y revisar críticamente las prácticas clínicas colectivas son elementos clave para consolidar esta credibilidad. Asimismo, la credibilidad es imprescindible para construir una actitud ejemplificadora para las nuevas generaciones y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público. En este punto las sociedades científicas deben ser pioneras en realizar autocritica y adaptarse a la exigencia de nuestros días, donde la práctica de la medicina siempre debería basarse en la evidencia contrastada. El prescriptor ha de ser consciente y responsable de sus indicaciones cuando no se dispone de esta evidencia. La credibilidad profesional, la transparencia, la autolimitación de la discrecionalidad son nuestras mejores armas para afrontar la época actual y servir mejor a nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*. 1973;182:1102-8.

2. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ*. 2002;324:1350.

Ferran Barbé^{a,b,*} y Joan Escarrabill^{c,d,e}

^a Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España

^b CIBERES, Madrid, España

^c Programa de Atención a la Cronicidad, Hospital Clínic, Barcelona, España

^d Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio (PDMAR), Departament de Salut, Barcelona, España

^e REDISSEC. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: febarbe.lleida.ics@gencat.cat (F. Barbé).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.11.020>

Toxicidad pulmonar inducida por bortezomib



Bortezomib-Induced Lung Toxicity

Sr. Director:

Bortezomib es un antineoplásico sintético cuya tasa de toxicidad pulmonar en los ensayos clínicos fue baja y de escasa gravedad, aunque tras su comercialización se han publicado casos graves¹⁻².

Presentamos a continuación el caso de una paciente de 65 años diagnosticada de mieloma múltiple (MM) que presentó un cuadro agudo de disnea, fiebre e infiltrados pulmonares tras recibir poliquimioterapia con esquema PAD (bortezomib, adriamicina y dexametasona).

Caso clínico

Mujer de 65 años con antecedentes de HTA y sin hábitos tóxicos, diagnosticada de MM IgG lambda estadio IIIA. Tras recibir el tercer ciclo de PQT presentó clínica de disnea, tos seca y fiebre. La radiografía y la tomografía computarizada (TC) torácica mostraron la presencia de infiltrados pulmonares bilaterales (fig. 1A,B), comenzándose tratamiento con piperacilina/tazobactam, amikacina y linezolid. La gasometría arterial mostró una insuficiencia respiratoria tipo 1 con una PaO₂ de 49,2 mmHg y la bioquímica y el hemograma fueron normales. Las pruebas microbiológicas, incluyendo cultivos de esputo, hemocultivos, antigenuria y serología de neumonías atípicas, fueron negativas. La broncofibroscopia objetivó un árbol bronquial normal con escasas secreciones blanquecinas. Los cultivos de broncoaspirado y lavado broncoalveolar fueron negativos, y la biopsia transbronquial mostró fragmentos de parénquima pulmonar con focos de descamación alveolar, leve infiltrado inflamatorio mixto y hemorragia, sin infiltración neoplásica, granulomas ni fibrosis. No se identificaron microorganismos.

Con sospecha de toxicidad pulmonar por fármacos, se inició tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día en pauta descendente, hasta suspenderse al cabo de un mes.

Siete meses después la TCAR torácica mostró mejoría de los infiltrados pulmonares, persistiendo imágenes parcheadas en vidrio deslustrado con patrón en empedrado y engrosamiento difuso e irregular del intersticio peribroncovascular, centrilobulillar y septal periférico (fig. 2).

Se ha comenzado una nueva línea quimioterápica con lenalidomida + dexametasona, con buena tolerancia y respuesta hematológica tras 5 ciclos.

La espirometría realizada 4 meses tras el alta mostró un patrón restrictivo (FVC: 58%).

Discusión

Bortezomib es un agente antineoplásico comercializado inicialmente como monoterapia de segunda línea en el MM en progresión. Actualmente se utiliza en PQT en combinación con melfalán, ciclofosfamida y doxorubicina.

En los estudios clínicos la incidencia de efectos adversos graves fue menor del 5%, no habiéndose descrito complicaciones pulmonares severas hasta la publicación de una serie de 4 casos¹.

El mecanismo fisiopatológico de producción de daño pulmonar no ha sido bien establecido. Se han postulado varias teorías, como la retirada del fármaco como factor reactivador del NF-κB¹, una consecuencia directa del síndrome de lisis tumoral o una forma de capilaritis pauciinmune³.

Se han descrito varios patrones radiológicos, ninguno de ellos específico, incluyendo atenuación en vidrio deslustrado, consolidaciones con broncograma aéreo, nódulos y derrame pleural.

Tampoco se ha encontrado un patrón histopatológico patognomónico en la biopsia pulmonar transbronquial ni en el análisis citológico del BAL.

El diagnóstico se realiza en base a una clínica compatible con un patrón temporal concordante, habiéndose excluido otros posibles desencadenantes, como patología infecciosa o afectación pulmonar de la neoplasia subyacente.

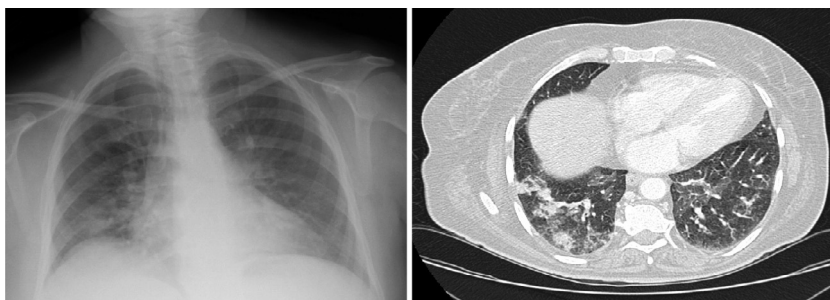


Figura 1. A) La radiografía de tórax en proyección posteroanterior muestra infiltrados alveolares bilaterales de predominio en la base pulmonar derecha. B) La TCAR torácica muestra infiltrados pulmonares bilaterales de predominio en los lóbulos inferiores, inespecíficos desde el punto de vista radiológico.