

**Schwannoma maligno de mediastino anterior**

**Sr. Director:** Del conjunto global de tumores primarios neurogénicos del mediastino, el schwannoma es el más frecuente<sup>1</sup>. Al igual que el resto de los tumores neurogénicos, suele ser asintomático y casi siempre benigno<sup>2</sup>. Nosotros hemos recogido un schwannoma maligno (el único en la historia de este hospital) que por su rareza comunicamos.

**Caso clínico:** Varón de 17 años, sin hábitos tóxicos, que veinte días previos a su ingreso comenzó con dolor torácico izquierdo de características pleuríticas, tos irritativa, síndrome febril, disnea progresiva y síndrome constitucional. Al no remitir con el tratamiento antibiótico instaurado, es remitido a este centro para estudio. Al examen físico revelaba una ligera palidez, respiración superficial a 26 rpm, abolición del murmullo vesicular en el campo medio-inferior izquierdo y una hepatomegalia de 3 cm.

**Análítica:** Gasometría: PaO<sub>2</sub> 66, PCO<sub>2</sub> 22, pH 7,43; hemograma: Leuc. 17.500 (PMN 81, linf. 16, mon. 1, cay. 2), Hb 10,7, Hto 31, VCM normal; coagulación: fibrinógeno 900 mg (resto normal); autoanalizador SMAC: LDH 545, FA 341, GGT 184; marcadores tumorales LEA y BH coriogonadotropina indetectable; α-fetoproteína 2,28 ng/ml; baciloscopia de esputo, Lowenstein y hemocultivo: negativos, líquido pleural: aspecto hemorrágico, exudado estéril con citología de inflamación leve.

**RX tórax:** derrame pleural que una vez drenado dejó ver una masa de 9 cm de diámetro; fibrobroncoscopia: compresión extrínseca a nivel de llingula; citología del broncoaspirado y cepillado bronquial: carente de alteraciones; ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia homogénea; ecocardiografía: masa multiquistica paracardiaca izquierda.

Dado el gran deterioro clínico del paciente, al séptimo día de su ingreso se realizó

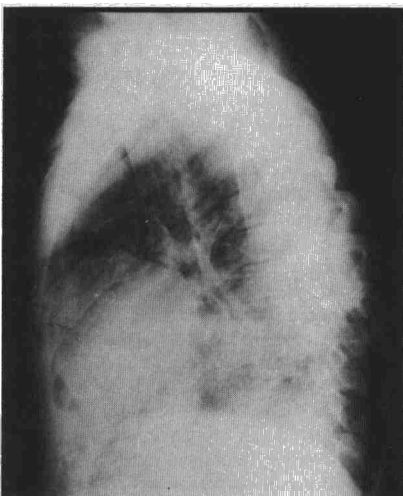


Fig. 1. Radiografía lateral de tórax: masa en mediastino anterior.

una toracotomía que no permitió la resección de la masa por invasión de las estructuras mediastínicas adyacentes. Se obtuvo una muestra que permitió, mediante microscopía óptica y estudio ultraestructural, el diagnóstico de schwannoma maligno. Se instauró tratamiento citostático.

**Comentarios:** Los schwannomas malignos constituyen entre el 0,5 y 7 % de los tumores malignos del mediastino, siendo mayor la incidencia en pacientes que han recibido radioterapia previa<sup>3</sup>. Es más común entre la tercera y la quinta década, afectando a ambos sexos por igual. Aunque predominan en el mediastino posterior, pueden aparecer en el mediastino anterior, siendo en estos casos su comportamiento más maligno<sup>3</sup>. El diagnóstico definitivo se basa en la anatomía patológica<sup>4</sup>, ya que la clínica (síntomas por compresión: dolor, disnea, ronquera...) y la Rx (masa redondeada u oval de gran tamaño), son inespecíficas. El tratamiento de elección es el quirúrgico que se complementa con la quimioterapia y radioterapia<sup>3,5</sup>.

Los schwannomas son neoplasias muy agresivas con gran tendencia a la recidiva local y diseminación hematogena; la corta edad y la existencia de neurofibromatosis agravan el pronóstico<sup>6</sup>.

1. Reed JC, Hallett KK, Feigin DS. Neural tumors of the thorax. Subject review from the AFIP<sup>1</sup>. *Radiology* 1978; 126:9-17.
2. Davidson KG, Walbaum PR, McCormack RJM. Intrathoracic neural tumors. *Thorax* 1978; 33:359-367.
3. Marchersky AM, Kaneko M, Cohen BA. Surgical pathology of the mediastinum. The Mount Sinai School of Medicine, New York, 1.<sup>a</sup> Edición 1984; 265-270.
4. Chitale AR, Dickersin GR. Electron microscopy in the diagnosis of malignant schwannomas. A report of six cases. *Cancer* 1983; 51:1448-1461.
5. Duanes R Jr, Newland Oldham H Jr, Sadiston D Jr. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management and results. *Ann Thorac Surg*. 1987; 44:229-337.
6. Benjamin SP, McCormack LJ, Effler DB, Groves LK. Primary tumors of the mediastinum. *Chest* 1972; 62:297-303.

**C. Casanova Macario, A. Candela Tohar y R. Vidal Loures**  
Servicio de Neumología.  
Hospital Ramón y Cajal.  
Madrid.

**Carcinoma de pulmón y penfigoide bulloso**

**Sr. Director:** El penfigoide bulloso es una enfermedad ampollosa autoinmune, caracterizada desde el punto de vista clínico por la aparición de ampollas tensas, histológica-

mente por la localización subepidérmica de dichas ampollas con diversos grados de inflamación dérmica e inmunológicamente por la presencia, en un número importante de casos, de anticuerpos circulantes contra un antígeno de la membrana basal. El curso de esta enfermedad, aunque autolimitado, puede ser acortado con la administración de corticoides<sup>1</sup>. Algunos autores<sup>2,3</sup> han encontrado una asociación significativa entre penfigoide bulloso y neoplasias de diferente localización, entre ellas las pulmonares.

Presentamos un caso de carcinoma broncogénico acompañado de penfigoide bulloso.

Varón de 69 años ingresado en este centro por un cuadro documentado como penfigoide bulloso seronegativo. Durante su ingreso presentó un episodio de malestar general, sudoración profusa, disnea y dolor pleurítico retroesternal. En la exploración destacaba una marcada disminución de la ventilación en hemitórax izquierdo y en la analítica una LDH de 880 U/l. En las radiotomografías no se observaron datos significativos. La fibrobroncoscopia objetivó un proceso neoplásico que obstruía parcialmente la luz del bronquio izquierdo, cuya histología correspondió a un carcinoma epidermoide. La gammagrafía ósea presentó imágenes sugestivas de metástasis.

La posibilidad de considerar al penfigoide bulloso como manifestación paraneoplásica de diversos tipos de neoformación se remonta a un número considerable de años, siendo aún en la actualidad motivo de polémica la posible asociación entre estas entidades o la simple coincidencia, habida cuenta de que ambas patologías tienen una edad de presentación solapada<sup>2-6</sup>.

Algunos autores, realizando una subdivisión en base a los hallazgos inmunológicos, han encontrado una mayor incidencia de neoplasias en el grupo de los seropositivos<sup>5,7</sup>. Aún siendo la tendencia actual el considerar las dos patologías como coincidentes en el tiempo, y dado que no existen estudios concluyentes al respecto, nosotros al igual que otros autores<sup>2</sup>, recomendamos el estudio exhaustivo de todos los pacientes con penfigoide bulloso en busca de neoplasias ocultas, especialmente si éstos son seronegativos.

**M. Jiménez Mena, J.J. Sánchez Ruano y E. Delgado Pérez.**  
Servicio de Neumología.  
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

1. Korman N. Bullous pemphigoid. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16:907-923.
2. Chorzelski TP, Jablonska S, Maciejowska E et al. Coexistence of malignancies with bullous pemphigoid. *Arch Dermatol* 1978; 114:964
3. Stone SP, Schroeter AL. Bullous pemphigoid and associated malignant neoplasm. *Arch Dermatol* 1975; 3:991-994.
4. Ahmed AR, Ming Chu T, Provost TT. Bullous pemphigoid. Clinical and serologic evaluation for associated malignant neoplasm. *Arch Dermatol* 1977; 113:969.