

qu coast principal contiene cartilago siendo más rí gida que la de la arteria pulmonar. Además, la arteria pulmonar es un sistema de baja presión, con lo cual cualquier compresión o distorsión aiterial puede ocasionar una redistribución marcada en el flujo sanguíneo arteial; b) La hipoxia secundaria a la obstrucción del bronquio principal origina una vasoconstricción refleja arterial resultando en una hipoperfusión o ausencia de la captación del radiotrazador homolateral a la lesión. Es decir, el patrón gammagráfico de P/V en el carcinoma broncogénico de localización hilar, se caracteriza por defectos de actividad en el estudio de P/V en la mayoría de ocasiones no congntes en su totalidad y con una mayor preservación de la ventilación pulmonar, pudiendo ocasionar un diagnóstico falso positivo de tromboembolismo pulmonar (3).

Es interesante, que tras efectuar un tratamiento quirurgico o radioterápico del carcinoma broncogénico intraluminal la alteración congruente de Pi/, puede transformarse en una anomalía no congruente de P/V, ésto es, se puede corregir la hipoventilación secundaria a la lesión, pero resulta más difícil normalizar los defectos de perfusión. Este fenómeno representa la persistencia de una vasoconstricción hipertensión vascular pulmonar mediada por el incremento de poliaminas en el pulmón secundario a la hipoxia (1).

De lo mencionado hasta ahora cabe resaltar dos hechos, que este patrón gammagráfico puede originar una estimación irreal del VEMS postoperatorio y que también puede ocasionar un diagnóstico inicial falso positivo de tromboembolismo pulmonar.

En definitiva, un diagnóstico diferencial exhaustivo en los pacientes que muestran una disminución global de la perfusión pulmonar, resulta necesario para facilitar el manejo y evitar la yatrogenia derivada de un tratamiento inadecuado.

**G. Ruíz Fernández, F. Carrión Valero\*, C. Ferrer Albiach\*\*, J.V. Balaguer Martínez, A. Mateo Navarro\*\*\*, J. Marín Pardo\*\***

*Servicios de Urgencias, \*Neumología, \*\*Radioterapia. Hospital Clínico Universitario. \*\*\*Departamento de Medicina. Universidad de Valencia.*

1. White I Jr, Jaulles AE Jr, Wagner HN Jr. The significance of unilateral absence of pulmonary artery perfusion by lung scalmimg. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1971; 501-9.
2. Sutter CW, Stadlnik RC. Unilateral absence or near absence of pulmonary- perfusion on lung scaulimg. *Semin Nucl Med* 1995; 25: 72-4.
3. Shill WJ, Jolulston EH, Jollston HW. Reversed abnormal -entilation-perfusion scintigrap in endobronchial squamous cell carcinoma. *Eur J Nucl Med* 1982; 7: 523-5.
4. Shiao RT, Kostenbauder HB, Olson JW, Gillespie IN. Mechanisms of lung polyamine accumulation in chronic hipoxic pulmonary hypertension. *Am J Physiol* 1990; 259: 351-8.

## Fiebre prolongada y schwannoma maligno

Sr. Director:

En un interesante artículo, Creagh et al (1) describen un caso de schwannoma maligno, neoplasia que puede manifestarse clínicamente de modos muy variados (2). Recientemente hemos tenido ocasión de atender a otra paciente con este raro tipo de tumor (3), que se presentó con fiebre prolongada y anemia.

Mujer de 14 años sin antecedentes de interés. Ingresa por tener desde hace dos meses fiebre alta persistente y astenia. A la exploración se observa un estado general conservado, temperatura axilar 39 °C y palidez de piel y mucosas, mientras que todo lo demás es normal. Los análisis muestran: hemoglobina 8,5 g/dL, volumen corpuscular medio 70 fl, plaquetas 681.000/mm<sup>3</sup>, velocidad de sedimentación globular 120 mm en la primera hora, colesterol 134 mg/dL, hierro 11 mg/dl, fibrinógeno 587 mg/dL, albúmina 2,8 g/dL e IgE 394 U/mL, mientras que son normales el resto de parámetros del hemograma, bioquímica, coagulación, proteinograma, anticuerpos antitumorales, hormonas tiroides, enzima convertora de la angiotensina, marcadores tumorales y análisis básico de orina. La ASLO es positiva, mientras que son negativos el resto de estudios microbiológicos, incluyendo cultivos de sangre, esputos, orina, heces y médula ósea, y serología de salmonelosis, brucelosis, enfermedad de Lyme, leishmaniasis, neumonías atípicas, mononucleosis infecciosa y hepatitis A, B y C. En la ecografía y el TAC abdominales se observa una tumoración de 5 cm de diámetro que parece depender del anexo izquierdo. Se propone la exéresis de dicha tumoración, pero se desestima reiteradamente, por considerarse que no es la causante de la fiebre. Por ello, se realizan las siguientes exploraciones complementarias: electrocardiograma, radiografías de tórax, TAC de la cabeza, oído izquierdo y tórax, tránsito intestinal completo, colonoscopia y ecocardiografía, todas las cuales son normales. Finalmente se realiza una laparotomía y se extirpa la tumoración y los ganglios linfáticos adyacentes, cuyo aspecto macroscópico es dudoso. El estudio anatomopatológico demuestra que el tumor es un schwannoma maligno y que los ganglios linfáticos se hallan invadidos por el tumor. Seguidamente la paciente queda afebril y asintomática.

Al schwannoma maligno también se le conoce con los nombres de neurofibrosarcoma, sarcoma neurogénico, y tumor maligno de la vaina de los nervios periféricos. Se trata de un tipo de cáncer generalmente agresivo. Tiene cierta asociación con la neurofibromatosis de von Recklinghausen, pero es muy poco frecuente en la población general (1). Nuestro caso posee grandes similitudes con el descrito por Creagh et al: ambos tumores aparecen en pacientes sin neurofibromatosis, y clínicamente se manifiestan con anemia y fiebre prologada. Especialmente llamativa resulta la presentación de los dos casos con síndrome febril de larga evolución, fenómeno bien conocido en diversas neoplasias (4), pero que según la literatura parece excepcional en el schwannoma maligno (5).

## B. Roca

*Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Castellón*

1. Creagh R, Casado M, Elizande JM, Morales JA, Pujol E. Schwannoma maligno mediastínico en paciente sin enfermedad de Von Recklinghausen. *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 531-3.
2. Cox JM, Alter M. Schwannoma: Challenging diagnosis. *J Manipulative Physiol Ther* 2001; 24: 526-8.
3. Ducatman BS, Scheithauer BW, Piegras DG, Reiman HM, Ilstrup DM. Malignant peripheral nerve sheath tumor. A clinicopathologic study of 120 cases. *Cancer* 1986; 57: 2006-21.
4. Meis JM, Enzinger FM, Martz KL, Neal JA. Malignant peripheral nerve sheath tumors (malignant swannomas) in children. *Am J Surg Pathol* 1992; 16: 694-707.
5. Kleef R, Jonas WB, Knogler W, Stenzinger W. Fever, cancer incidence and spontaneous remissions. *Neuroimmunomodulation* 2001; 9: 55-64.