

Dada la situación inmunológica de nuestro paciente (CD4 15), se realizó un tratamiento de prueba con tuberculostáticos al haberse documentado la existencia de pseudotumores en relación con infecciones por *Mycobacterium avium intracellulare*, que se desarrollan a partir de histiocitos en distintos órganos (piel, ganglio linfático, médula ósea, etc.) y, que desde el punto de vista anatomopatológico, son difíciles de distinguir de tumores del tipo de los leiomiomas y leiomyosarcomas, debiendo tener en cuenta esta manifestación infrecuente de la infección por *Mycobacterium avium intracellulare* en pacientes con SIDA, que puede pasar desapercibida al diagnosticarse como una neoplasia mesenquimal primaria o metastásica (4,8).

El hallazgo de estos tumores en la cavidad oral como en nuestro caso, es extremadamente raro dada la escasa existencia de músculo liso en esta región (9). Su tratamiento al igual que en el resto de localizaciones es quirúrgico, presentando una gran tendencia a la recidiva (1,9). El páncreas es otra localización inusual de estos tumores habiéndose comunicado un escaso número de casos en la literatura. La tumoración observada en el páncreas no pudo ser filiada histológicamente ante la negativa del paciente para la realización de pruebas invasivas, no pudiéndose realizar la necropsia.

**C. Grande Sáez, S. González Quijada, C. Dueñas Gutiérrez, M. Marrero Calvo\*, A. Martín Ezquerro, I. Ceballos Barón**

*Sección de Medicina Interna y \*Servicio de Pediatría. Hospital General Yagüe. Burgos*

1. Buch Villa E, Arnau A, García Aguado R, et al. Leiomyosarcoma pulmonar. Arch Bronconeumol 1994; 30: 465-7.
2. Fraser RG, Paré JA, Paré PD, Fraser RS, Geneux GP. Diagnosis of diseases of the chest. 3ª Ed 1989; vol II: 1577-82.
3. Bluhm JM, Yi ES, Díaz G, Colby TV, Colt HG. Multicentric endobronchial smooth muscle tumors associated with the Epstein Barr virus in an adult patient with the acquired immunodeficiency syndrome. Cancer 1997; 80: 1910-3.
4. Balsam D, Segal S. Two smooth muscle tumors in the airway of an HIV- infected child. Pediatr Radiol 1992; 22: 552-3.
5. Sabatino D, Martínez S, Young R, Balbi H, Ciminera P, Frieri M. Simultaneous pulmonary leiomyosarcoma and leiomyoma in pediatric HIV infection. Pediatric Hematology and Oncology 1991; 8: 355-9.
6. Lee ES, Locker J, Nalesnik M, et al. The association of Epstein Barr virus with smooth muscle tumors occurring after organ transplantation. N Engl J Med 1995; 332: 19-25.
7. Mc Clain KL, Leach CT, Jenson HB, et al. Association of Epstein-Barr virus with leiomyosarcomas in young people with AIDS. N Engl J Med 1995; 332: 12-8.
8. Umlas J, Federman M, Crawford C, O'Hara CJ, Fitzgibbon JS, Modeste A. Spindle cell pseudotumor due to *Mycobacterium avium intracellulare* in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Am J Surg Pathol 1991; 15: 1181-7.
9. Schenberg ME, Slootweg PJ, Koole R. Leiomyosarcomas of the oral cavity. Report of four cases and review of the literature. J Craniomaxillofac Surg 1993; 21: 342-7.

## Neumomediastino espontáneo asociado a crisis de angustia

Sr. Director:

El neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman) se define generalmente como la aparición de aire en el mediastino, sin un antecedente traumático, en pacientes sin una enfermedad pulmonar subyacente. Se trata de una entidad relativamente poco frecuente, que ocurre predominantemente en adultos jóvenes. Presentamos un caso de neumomediastino espontáneo en un paciente diagnosticado de neurosis de angustia.

Paciente de 20 años con antecedentes de episodios de presenta-

ción súbita consistentes en sensación de malestar profundo, con sensación de "muerte inminente", opresión precordial y disnea, diagnosticados de crisis de angustia, habiéndose iniciado tratamiento psicofarmacológico, con mal cumplimiento por parte del paciente. Acude a urgencias por presentar bruscamente dolor en la región cervical y esternal, que el paciente diferencia de otros episodios similares por su mayor intensidad. No refería antecedente inmediato de tos, ejercicio físico o maniobra tipo Valsalva. También negaba el empleo de drogas de abuso. La exploración física fue normal. Se realizó una Rx de tórax que mostró la presencia de un discreto neumomediastino. El resto de las pruebas complementarias (hemograma, bioquímica sanguínea, electrocardiograma y gasometría arterial) fueron normales. Se realizó una exploración ORL y un esofagograma, que fueron normales. Se mantuvo al paciente en observación con reposo y tratamiento analgésico durante 24 horas, remitiéndose después a domicilio con la indicación de reposo en cama durante los primeros días. Un control radiológico unas 2 semanas tras el alta fue normal. Tras mejorar el cumplimiento del tratamiento psiquiátrico, se controlaron los episodios de crisis de angustia del paciente. En ningún momento tras el episodio ha presentado clínica o exploración sugestivas de asma bronquial, y las pruebas funcionales respiratorias basales fueron normales.

El neumomediastino puede ser iatrogénico, traumático, secundario a la perforación no traumática del esófago o de una víscera abdominal hueca, o espontáneo. El neumomediastino espontáneo aparece ocasionalmente como complicación de una crisis asmática (1,2), o de otra enfermedad respiratoria "intrínseca", como neumonías, tuberculosis, silicosis o enfermedades intersticiales difusas (3). Algunos autores excluyen de la clasificación de neumomediastino espontáneo aquellos casos con una enfermedad respiratoria subyacente.

El neumomediastino espontáneo no asociado a enfermedad respiratoria subyacente suele aparecer en el contexto de una maniobra de Valsalva (en general en relación con ejercicios intensos), tras esfuerzos tusígenos importantes o tras otras alteraciones involuntarias en el patrón respiratorio (vómitos, etc.) (3-5). En estos casos el aire extrapulmonar se origina como resultado de una rotura de las paredes alveolares, con entrada de aire en el manguito broncovascular, lo que da lugar en primera instancia a un enfisema pulmonar intersticial. Dado que la presión media en el mediastino es siempre algo negativa respecto a la presión en el alvéolo y en el parénquima adyacente, el aire se mueve centripetamente, favorecido por la acción de "bombeo" de los movimientos respiratorios (3).

Cuando la causa del neumomediastino no es obvia, como en este caso, es imprescindible descartar la perforación espontánea esofágica (síndrome de Boerhaave) mediante un esofagograma con bario, dado que en estos casos el neumomediastino suele acompañarse del grave cuadro de mediastinitis aguda (6). La ausencia de antecedente de vómitos no descarta totalmente este síndrome (7). El aire también puede originarse con cierta frecuencia en el tracto respiratorio superior y disecar hacia abajo, como en el caso de abscesos retrofaringeos o dentales, o en infecciones de las glándulas salivares, por lo que es recomendable una valoración por el otorrino, en casos de etiología poco clara (3).

El neumomediastino espontáneo se ha descrito en pacientes con trastornos psiquiátricos, como la anorexia nerviosa (secundario a la inducción de vómito) (8), o en estados de ansiedad (asimismo en relación con vómitos psicógenos como manifestación de la misma) (9). Nuestro paciente, interrogado específicamente, negaba antecedente inmediato de ninguna maniobra de las cuales, a través de una alteración involuntaria del patrón respiratorio, se asocian habitualmente a la producción de un neumomediastino (vómitos, tos, estornudos, etc.). El neumomediastino también se ha descrito, más raramente, en el contexto de una alteración deliberada del patrón respiratorio (gritando, tocando instrumentos de viento, cantando, incluso realizando una espirometría) (3). Se cree que esta es la causa del neumomediastino.

mediastino asociado a fumar marihuana o inhalar cocaína (3,10). Se piensa que el neumomediastino que aparece en los montañoseros se produce por la maniobra comúnmente empleada por estos de inhalar profundamente y exhalar de forma forzada a través de los labios fruncidos (3). Un familiar de nuestro paciente recordaba haberle visto realizar maniobras respiratorias similares durante sus episodios de crisis de angustia, lo que podría explicar el caso.

Aunque el neumomediastino prácticamente nunca tiene consecuencias fisiológicas, y el tratamiento es meramente de soporte (analgesia y reposo, pudiendo pautarse oxigenoterapia para favorecer su reabsorción) (3,4), se han descrito raros casos de colapso cardiovascular secundario y muerte (3).

Es de destacar que la sintomatología asociada al neumomediastino en nuestro caso no era muy diferente cualitativamente (aunque sí cuantitativamente) de sus episodios previos de crisis de angustia, por lo que es conveniente descartar ésta u otras complicaciones clínicamente más relevantes (v.g: neumotórax, que ocasionalmente complica al neumomediastino) en pacientes con este tipo de antecedentes.

**R. Golpe Gómez, A. Mateos Colino, L. Docasar Bertolo, C. Miguélez Vara**

*Unidad de Neumología y Servicio de Psiquiatría. Hospital de Monforte de Lemos, Lugo. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Juan Canalejo. La Coruña*

1. Blanquer J, Chiner E, Núñez C, Blanquer R, Muñoz J. Neumomediastino espontáneo del adulto. Rev Clin Esp 1990;187:22-4.
2. Toral Marín J, del Castillo Otero D, Hurtado Ayuso JE, Calderon Osuna E. Neumomediastino espontáneo como complicación de una crisis asmática. Rev Clin Esp 1999;199:78-80.
3. Park DR, Pierson DJ. Pneumomediastinum and mediastinitis. En Textbook of respiratory medicine, 3ª Ed. Murray JF, Nadel JA, Mason RJ, Boushey HA (Eds.). WB Saunders Company, Philadelphia, 2000. Tomo 2, pp 2095-2121.
4. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford WF. Spontaneous pneumomediastinum: clinical and natural history. Ann Emerg Med 1992;21:1222-7.
5. Laguna del Estal P, López L, Moya M, Calabrese S. Neumomediastino espontáneo como complicación de una competición deportiva. Rev Clin Esp 1991;189:197-8.
6. Smith BA, Ferguson DB. Disposition of spontaneous pneumomediastinum. Am J Emerg Med 1991;9:256-9.
7. Kamiyoshihara M, Kakinuma S, Kusaba T, Kawashima O, Kasahara M, Koyama T, Yoshida T, Morishita Y. Occult Boerhaave's syndrome without vomiting prior to presentation. Report of a case. J Cardiovasc Surg (Torino) 1998;39:863-5.
8. Conget F, Bello S, Vila M, Duce F. Neumomediastino espontáneo y anorexia nerviosa. Med Clin (Barc) 1986;86:610.
9. de Moore GM, Baker J, Bui T. Psychogenic vomiting complicated by marijuana abuse and spontaneous pneumomediastinum. Aust N Z J Psychiatry 1996;30:290-4.
10. de la Cruz Morón I, Reyes Núñez N, Rojas Box JL. Neumomediastino espontáneo en un consumidor de cocaína. Arch Bronconeumol 2000;36:231.

## Púrpura trombocitopénica asociada a infección por *Mycoplasma pneumoniae* en un paciente adulto

Sr. Director:

El *Mycoplasma pneumoniae* es el patógeno responsable de entre el 5 al 37% de las neumonías adquiridas en la comunidad (1). Suele afectar a niños o adultos jóvenes sanos y puede asociarse con diversas complicaciones extrapulmonares (miringitis,

eritema multiforme, púrpura anafilactoide, artritis), algunas de las cuales son extremadamente graves (coagulación intravascular diseminada, mielitis transversa, púrpura fulminante, etc.) (2). La anemia hemolítica inducida por anticuerpos fríos es la manifestación hematológica encontrada con mayor frecuencia en estos sujetos, sin embargo la trombocitopenia es rara y ha sido descrita principalmente en niños (3-5). Aportamos el caso de un paciente adulto con púrpura trombocitopénica grave y síntomas respiratorios banales en el que se demostró serología positiva frente *Mycoplasma pneumoniae*.

Paciente de 24 años de edad que consulta por tos seca persistente. No refiere antecedentes patológicos de interés y niega hábitos tóxicos. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar tos seca de intensidad y frecuencia creciente de una semana de evolución que no ha mejorado tras tratamiento con mucolítico. A la exploración física destaca temperatura axilar de 37,5 °C. buen estado general, eupneico, ausencia de adenopatías y eritema. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos a 100 latidos por minuto. Auscultación pulmonar: roncus en base derecha. No se palpan visceromegalías abdominales y se observan petequias en región tibial anterior de ambas extremidades inferiores. En la analítica practicada en urgencias destaca: leucocitos  $9,7 \times 10^9/l$  (neutrófilos:  $2,7 \times 10^9/l$ ; linfocitos:  $5,93 \times 10^9/l$ ; monocitos:  $0,8 \times 10^9/l$ ), plaquetas  $3 \times 10^9/l$ . LDH: 358 U/l GPT/ALT: 114 U/l GOT/AST: 72 U/l. Actividad de protrombina, fibrinógeno y PDF normales. En la Radiografía de tórax se apreciaba un engrosamiento bronquial leve en base derecha sin definir claramente un infiltrado.

Ante el diagnóstico de presunción de neumonía atípica con trombopenia grave asociada se decide ingreso en nuestro servicio. Se inicia tratamiento con claritromicina 500 mg cada 12 horas y prednisona a dosis de 1 mg por Kg de peso y día. El paciente permanece estable, afebril y con buen estado general durante su estancia en planta, manteniendo tos persistente aunque de menor intensidad. Se realiza ecografía abdominal donde no se aprecian alteraciones de interés. La serología frente Brucella, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Lues, virus de la hepatitis C y B (VHC,VHB), así como autoanticuerpos antinucleares y anfifosfolípidos (ANA, ACA) son negativos. Tras 4 días de tratamiento la cifra de plaquetas aumentó a  $53 \times 10^9/l$  y los niveles de transaminasas hepáticas habían descendido (GPT/ALT: 88 U/l GOT/AST: 44 U/l), por lo que es dado de alta. Al quinto día se reciben los resultados de la serología que detecta anticuerpos IgM frente *Mycoplasma pneumoniae* mediante técnica de ELISA. El paciente completa tratamiento antibiótico y esteroideo durante 15 días, y es revisado tras dos meses del alta, permanece asintomático, no se observan petequias, las cifras de plaquetas y transaminasas hepáticas son normales.

La púrpura trombocitopénica es una complicación poco frecuente en la infección por *Mycoplasma pneumoniae*. El caso aportado representa la plaquetopenia más grave causada por dicho microorganismo en un paciente adulto, ya que la mayoría de los casos descritos en la bibliografía consultada (MEDLINE: 1975-2000) son niños (3-5). La fisiopatología de este proceso no es conocida con exactitud, aunque para algunos autores el fenómeno podría estar desencadenado por la producción de inmunocomplejos frente a las plaquetas y sus precursores (5,6) La mayoría de las neumonías atípicas presentan manifestaciones anodinas, la tos es la referida con mayor frecuencia (7), como ocurrió en nuestro paciente. La escasez de síntomas respiratorios, unida en ocasiones a la inexistencia de signos específicos en la radiografía de tórax, como en el caso que nos ocupa, hace difícil su diagnóstico, siendo preciso un alto índice de sospecha para llegar al mismo. Ante estas aseveraciones, es plausible pensar que algunas de las púrpuras trombocitopénicas designadas como idiopáticas puedan deberse a esta causa (8,9).

El diagnóstico del presente caso se basa en la serología. Lo que podría parecer insuficiente en una enfermedad mediada por inmunocomplejos, no obstante, en todas las reseñas bibliográfi-