anomalías corneales y olfativas. La disminución de la capacidad de depuración mucociliar que presentan estos pacientes hace que requieran ejercicios continuos de fisioterapia respiratoria (2). Los síntomas más frecuentes de broncolitiasis suelen ser la tos crónica, hemoptisis y litoptisis (en un 15% de los casos), también pueden aparecer: expectoración purulenta, neumonías recurrentes y fístulas entre el bronquio y las estructuras mediastínicas adyacentes. Todos estos síntomas se deben a la erosión, irritación y distorsión bronquial causada por los broncolitos. Por lo inespecífico de estos síntomas, es frecuente que los pacientes hayan sido previamente diagnosticados de otras enfermedades respiratorias como asma bronquial o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La radiografía de tórax suele presentar signos de obstrucción bronquial como atelectasias, impactación mucosa, bronquiectasias, calcificaciones y atrapamiento aéreo (5). Sin embargo el TAC, especialmente con cortes finos, es una técnica muy sensible para el diagnóstico de broncolitiasis siendo los hallazgos: calcificaciones nodulares endopronquiales o peribronquiales asociadas a obstrucción bronquial (6,7).

En nuestro paciente no existían antecedentes de enfermedades respiratorias crónicas, presentaba tos persistente y dificultad respiratoria progresiva con gran dificultad para la expectoración que no mejoró hasta la utilización de los mucolíticos en aerosol. El TAC realizado con secciones de 2,5 mm a lo largo de todo el tórax demostró la presencia de bronquiolitos y atelectasia parcial secundaria del lóbulo inferior izquierdo. La buena evolución clínica se confirmó con la resolución radiológica de la atelectasia y con una broncoscopia en que ya no se observaron broncolitos.

En otros casos descritos, en el tratamiento de la broncolitiasis la broncoscopia fue efectiva en la extracción de los broncolitos libres y en muchos de los que están parcialmente adheridos a la pared bronquial (4), aunque excepcionalmente puede ser necesario el tratamiento con láser y, excepcionalmente, la cirugía (8,9).

A nuestra paciente se le administró tratamiento con broncodilatadores y mucolíticos en aerosol junto a antibioterapia con cefalosporina 3ª generación secuencial. La paciente comenzó con tos ya francamente productiva no purulenta, sin objetivarse "arenilla" u otros elementos en el esputo. Se realizó una broncoscopia a los 15 días del tratamiento que resultó normal, sin alteraciones de la mucosa ni lesiones endobronquiales. Así mismo presentó una resolución radiológica, con desaparición de la atelectasia del lóbulo inferior izquierdo y sin otras alteraciones significativas.

M. J. Moro, M. Sarro¹, L. F. Albéniz¹, G. Pérez, E. Herrero

Servicio de Medicina Interna. ¹Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Central Cruz Roja. Madrid

1. Roig Vázquez F., Ansotegui Barrera E., Martínez Albiach JM. Litoptisis en paciente con discinesia ciliar primaria. Arch Bronconeumol 2006; 42: 417.
2. García Pachón E, Grases F, Padilla Navas I, Gallego JA, Valero B, Romero V. Litoptisis crónica idiopática. Arch Bronconeumol 2005; 41: 468-70
3. Carvajal Balaguera J, Mallagray Casas S, Martínez Cruz R, Dancausa Monge A. Fístula broncoesofágica y broncolitiasis. Arch Bronconeumol 1995; 32: 184-7.
4. Ruiz Martínez C, Pérez Trullén A, Aguirre Daban MC, Orcastegui Candial JL, Suárez Pinilla FJ. Broncolitiasis secundaria a infección activa por *Mycobacterium avium*. Arch Bronconeumol 1996; 32: 486-8.
5. De Frutos Arribas JF, Del Río Fernández MC, Blanco Cabero M. Aspergiloma pulmonar y broncolitiasis. Arch Bronconeumol 1998; 34: 169.

6. Seo JB, Song KS, Lee JS, Goo JM, Kim HY, Song JW, et al. Broncholithiasis: review of the causes with radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2002; 22: S199-S213.
7. Shin MS, Ho KJ. Broncholithiasis: Its detection by computed tomography in patients with recurrent hemoptysis of unknown origin. J Comput Tomogr 1983; 7: 189-93.
8. Conces DJ, Tarver RD, Vix VA. Broncholithiasis: CT features in 15 patients. AJR Am J Roentgenol 1991; 157: 249-53.
9. Snyder RW, Unger M, Sawicki RW. Bilateral partial bronchial obstruction due to broncholithiasis treated with laser therapy. Chest 1998; 113: 240-2.

Sobrecarga de hierro en síndromes mielodisplásicos y terapia quelante de hierro

Sr. Director:

La progresiva acumulación de hierro (Fe) en el organismo contribuye a uno de los más importantes problemas de morbilidad y mortalidad en pacientes con síndrome mielodisplásico (SMD) que precisan repetidas transfusiones de sangre (1,2). El tratamiento con desferrioxamina, quelante parenteral de hierro, es efectivo para prevenir la sobrecarga de hierro pero la elevada tasa de abandono del tratamiento pone de manifiesto la dificultad que representa la utilización de los esquemas terapéuticos por complicaciones infecciosas locales y abandono voluntario (3).

Para valorar la importancia clínica y epidemiológica de la sobrecarga de hierro en SMD estudiamos, al momento del diagnóstico, las características de los pacientes que durante un año ingresaron en un hospital de tercer nivel por comorbilidad asociada. Revisamos las historias clínicas de los pacientes que precisaron ingreso durante el año 2006 y que en el informe de alta aparece codificado el diagnóstico de SMD. Un total de 22 pacientes diagnosticados de SMD precisaron ingreso hospitalario, generalmente en servicios de medicina interna y geriatría. Revisamos en estos pacientes las características clínicas cuando se realizó el diagnóstico mediante el estudio citológico y anatomopatológico. La edad media fue de 74,77 $\pm$ 8,07 años (rango 59-87), 9 eran varones (40,9%) y 13 mujeres (50,1%). El 50% (11 casos) tenían anemia refractaria, 27% (6 casos) anemia refractaria con sideroblastos, 13,6% (3 casos) anemia refractaria con exceso de blastos y 9,1% (2 casos) leucemia mielomonocítica crónica.

El estudio de una posible enfermedad por sobrecarga de hierro al diagnóstico se realizó en el 75% de los pacientes (18 pacientes). En ellos, la ferritina era superior a 500 ng/ml en 8 pacientes (44,44%) de los cuales 3 tenían cifras superiores a 1000 ng/ml (16,67%). El resto tenían valores inferiores a 500 ng/ml. A pesar de estos resultados, en ninguno de los pacientes con hiperferritinemia se valoró afectación orgánica por sobrecarga de hierro ni se planteó tratamiento específico de la misma.

En la práctica clínica, los pacientes con SMD y gran sobrecarga férrica no mantienen tratamiento quelante, ya que suele tratarse de personas mayores con una elevada comorbilidad, problemas de desplazamiento al hospital y mala tolerancia a un tratamiento subcutáneo con bomba de infusión continua, siendo en esta situación cuando la aparición de quelantes orales pueden mejorar la tolerancia al tratamiento (3). Sin embargo, tan importante es el tratamiento de la sobrecarga como su prevención ya que cada unidad de sangre contiene alrededor de 200 mg de hierro y los pacientes que requieren más de 20-30 unidades de sangre tienen riesgo de desa-

rollar una sobrecarga secundaria de hierro al ser incapaz el organismo de eliminar el Fe acumulado principalmente en macrófagos, hígado, corazón y órganos endocrinos (1). Esta lesión orgánica puede ser tan grave que con frecuencia es la causa final de la muerte en estos pacientes (4).

La reciente aparición de un nuevo quelante oral, deferasirox, que puede utilizarse en dosis única diaria, induce un balance negativo de Fe en pacientes anémicos en régimen transfusional y parece mejorar la calidad de vida de los pacientes con bajos efectos secundarios y escasos abandonos del tratamiento (1,5).

A. del Castillo Rueda, J. C. Ravell Aumaitre¹, P. Khosravi Shahi², L. A. Álvarez-Sala Walter

Servicios de Medicina Interna II, ¹Inmunología y ²Oncología. Unidad de Ferropatología y Radicalosis. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

1. Villegas A. Nuevas perspectivas terapéuticas en la sobrecarga de hierro. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 511-2.
2. González FA, Arrizabalaga B, Villegas A, Alonso D, Castro M, Remacha A, et al. Estudio del tratamiento con desferroxamina en perfusión subcutánea para la sobrecarga de hierro en pacientes con síndrome mielodisplásico. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 645-7.
3. Altés Hernández A. La sobrecarga férrica en los síndromes mielodisplásicos. Papel de los quelantes del hierro. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 654-5.
4. Scafer A, Cheron RG, Dluhy R, Cooper B, Gleason RE, Soeldner JS, et al. Clinical consequences of acquired transfusional iron overload in adults. *N Engl J Med* 1981; 304: 319-24.
5. Capellini MD. Deferasirox: A novel, once-daily oral iron chelator. *Therapy* 2006; 3: 453-60.

Laparotomía urgente en un caso de paniculitis mesentérica

Sr. Director:

La panniculitis mesentérica es una rara enfermedad de causa desconocida caracterizada por una inflamación no específica de grasa del mesenterio (1). Se puede presentar en tres estadios anatomo-clínicos comenzando con una lipodistrofia mesentérica, pasando a la paniculitis mesentérica y finalizando con mesenteritis retráctil, que es en esta tercera fase donde se producen los cuadros suboclusivos. Es en el estadio de paniculitis mesentérica donde se pueden apreciar las diferentes formas de presentación clínica como dolor abdominal difuso, febrícula (2), fiebre de origen desconocido, masa abdominal, ictericia y obstrucción, aunque el 40 % se presentan como asintomáticos 3. Sin embargo no es frecuente encontrarla como un abdomen agudo de características quirúrgicas. Analíticamente no hay nada que sea específico pero si se observan elevados los reactantes de fase aguda. Histología: engrosamiento difuso del mesenterio, fibrosis leve o moderada, masas mesentéricas, macrófagos espumosos cargados de lípidos (3). En la TC se presenta como una masa en mesenterio que nace

del mesenterio que desplaza los vasos sin invadirlos, desplazando asas intestinales (2), denominándose "mesenterio nebuloso". Es la técnica de imagen de elección (4). Hay gran controversia en cuanto al establecimiento del diagnóstico y la necesidad de biopsia quirúrgica con los hallazgos de la TC. La actitud quirúrgica si se hace debería ser limitada a la toma de biopsias y by-pass en el caso de obstrucción intestinal, aunque si la clínica del paciente es leve y los hallazgos radiológicos sugieren paniculitis mesentérica la cirugía debería ser evitada (1).

Caso. Paciente de 76 años de edad, mujer, HTA, cardiopatía, broncopatía, apendicetomizada y colecistectomizada. Ingresó de forma urgente por cuadro de dolor abdominal intenso, con peritonismo y defensa abdominal, fiebre, analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia y resto de analítica sin interés. TC urgente es realizado: informado como engrosamiento de grasa mesentérica de forma generalizada y abundante líquido libre compatible con peritonitis (Fig. 1) Dada la clínica y hallazgos radiológicos se decide realizar intervención quirúrgica urgente. En la intervención se objetiva abundante líquido claro, engrosamiento y retracción de mesenterio, sin hallazgos patológicos en el resto de la cavidad, por lo que se realiza múltiples tomas de biopsias. El resultado anatomopatológico fue de paniculitis mesentérica. La evolución es favorable, durante la cual se realizan diferentes pruebas como colonoscopia sin hallazgos patológicos, marcadores tumorales dentro de la normalidad, PCR y VSG aumentadas. Se instaura tratamiento con colchicina 1 mg/24 h y metilprednisolona 80 mg/24 h con buena respuesta al tratamiento.

Fig. 1. Engrosamiento de la grasa mesentérica de forma generalizada con líquido libre.

La paniculitis mesentérica presenta una extensa gama de presentaciones clínicas como el dolor abdominal difuso, febrícula, masa palpable, náuseas, pero no son específicos y además muy variables (1), sin embargo no es frecuente encontrar dicha entidad como un abdomen de características quirúrgicas como en el caso que se nos presenta, con defensa abdominal y peritonismo importante que condujo más a una sospecha de peritonitis que de una mera enfermedad inflamatoria. En relación a la indicación quirúrgica existe controversia. Para establecer un diagnóstico estaría indicada la biopsia quirúrgica incluso si la enfermedad es sugerida por TC según Monahan y cols. (5). Aunque para Badilla-Varela y cols. (6) la cirugía debería ser evitada si los hallazgos de la CT sugieren paniculitis mesentérica (1), sin embargo en el