

Polimialgia reumática como forma de presentación de un carcinoma epidermoide pulmonar

Sr. Director: Es bien conocida la asociación del cáncer de pulmón con diferentes síndromes paraneoplásicos. Sin embargo, la polimialgia reumática (PMR) se ha descrito excepcionalmente como síndrome paraneoplásico asociado al cáncer de pulmón^{1,2}. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de carcinoma epidermoide pulmonar que comenzó con un cuadro de PMR. La exéresis del tumor fue seguida de la desaparición inmediata de la sintomatología clínica.

Varón de 72 años, fumador de 40 cigarrillos/día. Desde hacía 2 meses presentaba dolor en cinturas escapular y pelviana, codos y muñecas, debilidad en cintura pelviana, cefalea bitemporal pulsátil y pérdida de peso. En las últimas semanas presentó febrícula, tos seca y un esputo hemoptoico. Exploración clínica: delgado, palidez mucosa, arterias temporales engrosadas y sinusos, no dolorosas a la palpación y con buen latido simétrico. Mínimos crepitantes a nivel posterobasal izquierdo. Exploración osteoarticular: normal. Analítica: hemograma 11.960 leucocitos/mm³, Hg 13 g/dl, VCM 88, HCM 29; VSG primera hora 100 mm/h; ASLO 310 U/ml (N < 200), factor reumatoide 24,4 U/ml (N < 20), PCR 15,9 (N < 5), ANA positivos con patrón nucleolar 1/160. Radiografía de tórax: infiltrado tenue en lóbulo inferior izquierdo (LII). Ante la sospecha de PMR se inició tratamiento con deflazacor (60 mg/día), con clara mejoría sintomática en la primera semana de tratamiento, pero sin remisión completa. La TAC torácica (fig. 1) mostró una masa cavitada en el segmento 10 del LII. La TAC craneal y la gammagrafía ósea eran normales. El paciente se negó a realizarse fibrobroncoscopia, procediéndose a punción-aspiración pulmonar que demostró células compatibles con carcinoma epidermoide con alto grado de necrosis, que se confirmó tras la toracotomía (lobectomía). El paciente quedó asintomático y se retiró el tratamiento con deflazacor. En la última revisión (10 meses después de la intervención) sigue asintomático con VSG de 10 mm/h, y en la radiografía de tórax no existen signos de recidiva.

La PMR como fenómeno paraneoplásico se ha descrito en asociación con diferentes tumores^{3,4}, donde la etiología paraneoplásica quedó demostrada por el hecho de que la curación o resección del tumor fue seguida de una remisión de la sintomatología osteoarticular. Sin embargo, la descripción de la PMR, con o sin arteritis de la temporal, asociada al cáncer de pulmón es anecdótica^{1,2}. En la mayoría de los casos descritos fue la resistencia al tratamiento con corticoides lo que llevó a la búsqueda de la neoplasia. En el caso de Dottrens et al¹ la resección del tumor se acompañó de la remisión inmediata de los dolores articulares, al igual que en el caso de Masin et al² (carcinoma bronquioloalveolar), y la recidiva 10 meses después de la interven-

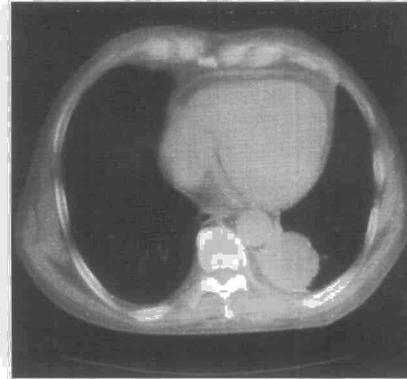


Fig. 1. TAC torácica que muestra imagen redondeada, bien delimitada, de 5 x 5 cm de diámetro en segmento 10 de lóbulo inferior izquierdo.

ción coincidió con la reaparición de los síntomas de la PMR. En nuestro caso, el paciente presentó un cuadro clínico compatible con el diagnóstico de PMR y cumplía 3 de los 5 criterios propuestos por el Colegio Americano de Reumatología para el diagnóstico de la arteritis de células gigantes⁵. La exploración neurológica y las enzimas musculares normales descartaron la existencia de una neuromiopatía asociada a la neoplasia pulmonar. La respuesta al tratamiento corticoide fue buena, probablemente favorecida por las altas dosis utilizadas. La resección del tumor llevó a la remisión completa del cuadro clínico.

La patogenia de la PMR como cuadro paraneoplásico en estos casos es desconocida. Algunos autores⁶ encuentran que los pacientes con arteritis temporal demostrada por biopsia tienen mayor riesgo para desarrollar tumores que los individuos de la población general. Pensamos que es necesario descartar la existencia de carcinoma pulmonar en los pacientes con PMR, sobre todo si son fumadores de edad avanzada.

J. Fernández Guerra, E. Barrot Cortés y J.G. Soto Campos
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

1. Dottrens A, Karagevrekis C, Berthoud S. Pseudopolyarthrite rhizomélisque et cancer du poulmon. *Schweiz Med Wschr* 1972; 102: 138-140.
2. Masin N, Buchard PA, Gerster JC. Polymyalgia rheumatica et cancer pulmonaire: syndrome paranéoplasique. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1992; 59: 153-154.
3. Tabata M, Kobayashi T. Polymyalgia rheumatica and thyroid papillary carcinoma. *Intern Med* 1994; 33: 41-44.
4. Manganelli P, Borghi L, Coruzzi P, Novarini A, Ambanelli U. La polimialgia reumática paraneoplásica. *Min Med* 1986; 77: 1.739-1.741.
5. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of vasculitis. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 1.065-1.136.
6. Haga HJ, Eide GE, Brun J, Johansen A, Langmark F. Cancer in association with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 1.335-1.339.

Enfermedad de Castleman: presentación como masa mediastínica calcificada

Sr. Director: La enfermedad de Castleman (EC) es una infrecuente hiperplasia linfóide circunscrita, que en el 70% de los casos se localiza en el mediastino¹.

La lesión suele descubrirse durante una exploración de rutina, o por síntomas inespecíficos como febrícula, sudación, tos o infecciones respiratorias leves^{2,3}.

El diagnóstico preoperatorio suele ser escasamente sospechado por la inconsistencia del cuadro y de las imágenes radiográficas. Presentamos una EC variedad hialino vascular (HV) cuyas calcificaciones pueden, por su morfología, permitir el diagnóstico de sospecha previo a la cirugía.

El caso que presentamos es el de una mujer de 54 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió por cuadro catarral de 15 días de evolución. La exploración y análisis de rutina no evidenciaron ninguna anomalía. En el estudio radiológico convencional de tórax se apreció ensanchamiento mediastínico paratraqueal calcificado. La tomografía computarizada (TC) evidenció una masa mediastínica de aspecto vascular, que captaba homogéneamente tras la inyección de contraste. En el centro de la lesión se apreciaban unas calcificaciones centrales irregulares de distribución arboriforme (fig. 1). La gammagrafía con hematíes marcados fue normal. Se procedió a toracotomía, siendo el resultado anatomopatológico de EC variedad HV.

La EC fue descrita por Castleman en 1954⁴. Histológicamente, Flendrig y Keller describieron dos variedades⁵: La HV y la plasmocelular (PC). Ambos tipos tienen muchos hallazgos en común, describiéndose formas mixtas.

La HV suele ser localizada, de curso benigno y asintomática. La PC multicéntrica, de curso más tórpido, se asocia con manifestaciones sistémicas como fiebre, anemia, sudación e hiperglobulinemia⁶.

La radiografía de tórax muestra ensanchamiento mediastínico localizado, generalmente indistinguible de otras lesiones vasculares o neoplásicas.



Fig. 1. TC torácica que demuestra la existencia de calcificaciones centrales de aspecto arboriforme.