



Absceso de pulmón y síndrome de Caplan

Sr. Director: El diagnóstico de síndrome de Caplan se basa en la observación de neumoconiosis nodular, poliartritis inflamatoria erosiva y seropositividad del factor reumatoide (FR), una vez excluida la tuberculosis y las neoplasias¹⁻³. Es una entidad poco frecuente, no apareciendo ninguna aportación clínica en la bibliografía revisada de los tres últimos años.

Paciente varón de 59 años, trabajador durante 19 años en una cantera de cuarzo. Ingresar por un cuadro de fiebre de 39-40 °C, tos con expectoración marrón y dolor costal izquierdo. En los antecedentes personales destaca la jubilación cinco años antes por un reumatismo sin filiar, refiriendo como sintomatología previa, rigidez matutina superior a tres horas y episodios de inflamación en pequeñas articulaciones de las manos, que cedían parcialmente con antiinflamatorios no esteroideos. En la exploración general destacaba desviación cubital de los dedos de ambas manos, siendo el resto rigurosamente normal. En la exploración del aparato locomotor: pérdida de la flexo-extensión completa de codos, con discreta sinovitis; carpos con sinovitis, dolor y flexo extensión limitada; metacarpo falángicas (MCF), sinovitis; pies con dolor a la presión en articulaciones metatarso-falángicas (MTF). Analítica: discreta leucocitosis; VSG 100 mm/h; proteinograma: gamma del 32% (24 g/l) policlonal; serología de brucella, typhi y paratyphi, coprocultivo, baciloscopias, cultivo de Lowenstein y Mantoux negativos; cultivos para hongos y precipitinas negativos; FR 60 UI/ml; PCR 48 mg/l; ANA 1/800; anticuerpos anti SSA (Ro) y anti SSB (La), anti RNP, antiSm, y antiDNA negativos. Rx de tórax: engrosamiento pleural derecho. Patrón nodular de 0,5-1 cm de diámetro. Lesiones cavitadas en lóbulo superior izquierdo, confirmadas con TAC (fig. 1). Fibrobroncoscopia, aspirado y cultivo de broncoaspirado normales. Espirometría: alteración ventilatoria obstructiva

leve. Volúmenes pulmonares normales. DLCO normal. Rx de manos: osteoporosis yuxtaarticular en carpos, MCF e IFP. Pinzamiento articular en 2.º, 3.º y 4.º IFD derechas y en 3.º y 4.º IFD izquierdas, así como en 2.º, 3.º y 4.º MCF derechas y 2.º y 3.º MCF izquierdas. Rx de pies: osteoporosis yuxtaarticular. Erosiones marginales en algunas cabezas de metatarsianos.

La imagen radiológica del llamado pulmón de Caplan^{2,4,5} se caracteriza por opacidades homogéneas y bien definidas de un diámetro medio de 1 cm, generalmente localizadas en la mitad superior del pulmón y de predominio periférico. Estos depósitos pulmonares pueden calcificarse o cavitarse y en un principio presentar dificultades para distinguirlos de una tuberculosis^{2,5}. Desde el punto de vista funcional, las alteraciones radiológicas no indican el grado de deterioro pulmonar. El cuadro articular del síndrome de Caplan muestra predilección por las pequeñas articulaciones de las manos y pies, a la inversa que en el caso de la AR no complicada. Son frecuentes las deformidades, incluida la anquilosis, pero raramente provocan impotencia funcional e incapacidad física¹. Según las recomendaciones de la ARA de 1988, nuestro paciente cumple seis de los siete criterios propuestos para el diagnóstico⁶. En conclusión, nuestro paciente reúne la presencia de un cuadro de AR, con FR positivo y nódulos pulmonares, en el que se llegó al diagnóstico de síndrome de Caplan por una complicación poco frecuente, como es la abscesificación de un nódulo pulmonar.

M. Morales Ballesteros, M. Masip López y M.A Carbonell Rabanal

Servicio de Medicina Interna. Hospital General del Insalud. Universidad de Alcalá de Henares. Guadalajara

1. Caplan A. Certain unusual radiological appearances in the chest of coal-miners suffering from rheumatoid arthritis. *Torax* 1953; 8: 29-37.

2. Ondrasik M. Casplan's syndrome. *Baillière's Clin Rheumatol* 1989; 3: 205-210.

3. Klockars M, Koskela RS, Jarvinen E, Kolari PJ, Rossi A. Silica exposure and rheumatoid arthritis: a follow up study of granite workers 1940-81. *Br Med J* 1987; 294: 997-1.000.

4. Fraser R.G. Paré P.J.A. Enfermedades por la alteración de la actividad inmunológica. En: Fraser R, Peter Paré J.A. eds. *Diagnóstico de las enfermedades del tórax*. Barcelona: Ed. Salvat SA, 1981: 945-1.056.

5. Spencer H. The pneumoconioses and other occupational lung diseases. En: H. Spencer. *Pathology of the lung*. New York: Ed. Pergamon Press Ltd, 1985: 413-510.

6. Harris E.Jr. Mechanisms of disease: Rheumatoid arthritis. *Pathophysiology and implications for therapy*. *N Eng J Med* 1990; 3: 1.277-1.289.

Carcinoma epidermoide de pulmón y adenocarcinoma de vesícula: una rara asociación más allá del hecho casual

Sr. Director: Desde que en 1879, Billroth¹ publicó por primera vez la asociación de varios tumores malignos primarios en un mismo paciente, las neoplasias múltiples han dejado de considerarse como coincidencias aisladas para ser una realidad cada vez más frecuente, habiendo aumentado en los últimos años las publicaciones en torno a esta entidad clínica.

Presentamos un paciente afecto de dos tumores sólidos primarios sincrónicos, uno pulmonar y otro en vesícula biliar, asociación raramente descrita en la literatura.

Varón de 74 años, fumador de 40 paquetes/año, afecto de dispepsia biliar en los últimos tres años. Quince días antes de su ingreso comienza a presentar astenia, anorexia, pérdida de peso, coluria e ictericia franca sin acompañarse de prurito, dolor abdominal, ni fiebre. A la exploración destacaba el tinte icterico, siendo el resto normal. Hemograma y coagulación: normal; bioquímica; triligélicos 300 mg%; bilirrubina total: 12,3; siendo la directa 8,8; GOT 102; GPT: 147; LDH: 1196; fosfatasas alcalinas: 3233; GGT: 253; resto normal. La ecografía abdominal mostró una vía biliar intrahepática y hepático común dilatados e imágenes ecogénicas que podrían corresponder a litiasis coledoccal alta, coledoclitiasis en vesícula e infundíbulo, así como aerobilia. Colangiografía percutánea: dilatación del árbol biliar, con imagen en pata de cangrejo a nivel de la bifurcación; stop coledociano sugestivo de litiasis. Rx tórax simple y tomografías: aumento de densidad en zona parahiliar izquierda de bordes irregulares de 4 centímetros de diámetro mayor. Fibrobroncoscopia: tumoración en bronquio de la llingula. Biopsia bronquial: carcinoma epidermoide. Se realiza intervención quirúrgica de vía biliar, apreciándose cálculo único en vesícula y tumoración que infiltra de forma difusa pared de vesícula, cístico, colédoco, conducto hepático común, derecho e izquierdo. Se realiza colecistectomía y se procede a la colocación de un tubo de Kehr.

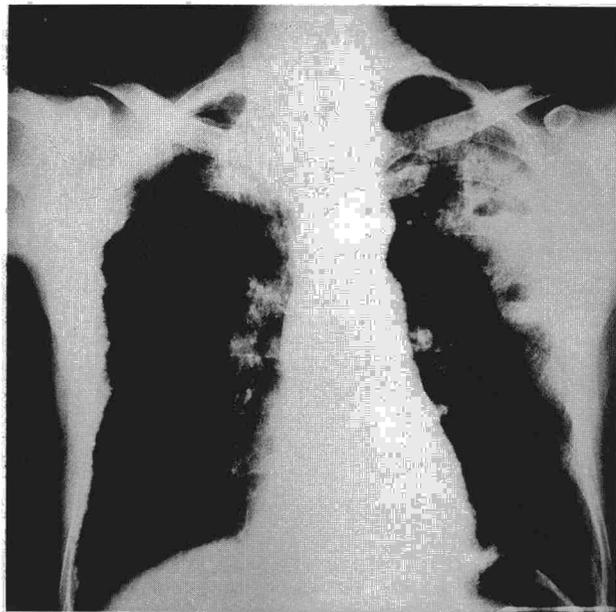


Fig. 1. Radiografía PA de tórax. Engrosamiento pleural derecho, nódulos pulmonares en ambos vértices, lesiones cavitadas en lóbulo superior izquierdo.



La anatomía patológica fue compatible con adenocarcinoma. El paciente fallecía dos meses después.

La incidencia de las neoplasias múltiples varía entre el 0,6-36% en series clínicas² y entre un 5,1-6,6% en series autópsicas³, aunque estas últimas ofrecen una visión parcial por presentar una población hospitalaria. Las neoplasias que con mayor frecuencia se asocian a otras son las hematológicas, prostáticas y pulmonares³⁻⁵. En general, el portador de una neoplasia tiene entre un 5-10% de probabilidades de padecer una segunda neoplasia⁴.

Los tumores pulmonares tienden a mostrar asociación con los de próstata, cabeza, nariz y fundamentalmente laringe⁵. Aunque suelen afectar a individuos ancianos, también se han descrito en menores de 14 años⁶. La asociación de tumor pulmonar y vesícula biliar es muy infrecuente; en los diez últimos años sólo hemos visto publicados dos casos, uno en serie autópsica⁴ y otro en serie clí-

ca⁷, pero en ninguno de ellos los tumores fueron de aparición sincrónica. En los tres casos, las estirpes celulares han coincidido (adenocarcinoma de vesícula y epidermoide en el pulmón).

Las hipótesis invocadas en la explicación de la génesis de las neoplasias múltiples son diversas y aunque se mencionan factores como los genéticos e inmunológicos, de carcinogenicidad ambiental, mutagenicidad por tratamientos agresivos, -quimioterapia y/o radioterapia-, mejor control, mayor supervivencia de los pacientes con cáncer y mayor longevidad de la población, su etiología sigue siendo desconocida.

J.L. Calpe Calpe y E. Chiner Vives
Servicio de Neumología. Hospital Comarcal de La Vila Joiosa-Benidorm. Alicante.

1. Billroth CAT, Chirurgische Klinik. Wien-Berlin 1879; 258.
2. Healey MJ, Murphy E, Taob J. Multi-

ple (five) primary malignant lesions. *Am J Surg* 1970; 119: 343-347.

3. Sole M, Bombi JA, Cortes M, Cardesa A. Neoplasias malignas múltiples. Serie autópsica. *Neoplasia* 1986; 3: 64-67.

4. García-Girón C, Redondo E, Ordoñez A, González Barón M, Vicente J, Contreras F. Neoplasias múltiples. Estudio de 36 casos de serie autópsica (1966-1985). *Rev Clin Esp* 1988; 182: 137-142.

5. Moertel CG, Dockerty MB, Baggestoss AH. Multiple primary malignant neoplasms. Introduction and presentation of data. *Cancer* 1961; 14: 221-230.

6. Extremera BG, Rodríguez V. Aspectos etiopatogénicos del cáncer. Estudio de 116 casos de neoplasias múltiples primarias. *Rev Esp Oncología* 1978; 25: 473-513.

7. Shieh CJ, Dabs ED, Standard JE. Primary carcinoma of the gallbladder: a review of a 16-year experience at the Waterbury Hospital Health Center. *Cancer* 1981; 47: 996-1004.

INFORMACIÓN

XI CONGRESO NACIONAL DEL AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

Murcia 24, 25 y 26 de octubre de 1991

Sede del Congreso:
Caja de Ahorros del Mediterráneo
Calle Salzillo

SECRETARIA: F. López-Hueso
Gran Vía Escultor Francisco Salzillo, 8, 3.º esc. 8.ª
30004 - Murcia (España)

"I CURSO DE AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS"

Organizado por el Servicio de Neumología del Hospital Clínic de Barcelona el 19 de octubre de 1991.

Información: Srta. Teresa Solé. Teléfono 323 14 14. Ext: 2355.

FE DE ERRATAS

Por un error involuntario, en el n.º del Vol. 27, páginas 134-138 del artículo de A. Xaubet y C. Agustí "lavado broncoalveolar", ref. n.º 1, se omitió citar a uno de los autores, la referencia exacta es:

Castella J, Llorente, J.L.; Puzo, M.C.; Sueiro, A.; Xaubet, A. Normativa sobre la práctica del lavado broncoalveolar. Recomendaciones SEPAR n.º 8, Ediciones Doyma. Barcelona 1989.

El artículo "Pulsioximetría durante la fibrobroncoscopia en pacientes con EPOC: Su relación con el grado de obstrucción funcional", publicado en *Arch de Bronconeumología* 1991; 27: 8-12, se ha detectado una errata en la fig. 1. En la cual se han intercambiado los rótulos del eje de abscisas, siendo la leyenda correcta en el siguiente orden (de izquierda a derecha): Grupo 1, Grupo 2 y Grupo Control. Por ello publicamos de nuevo la fig. 1 con su pie correspondiente.

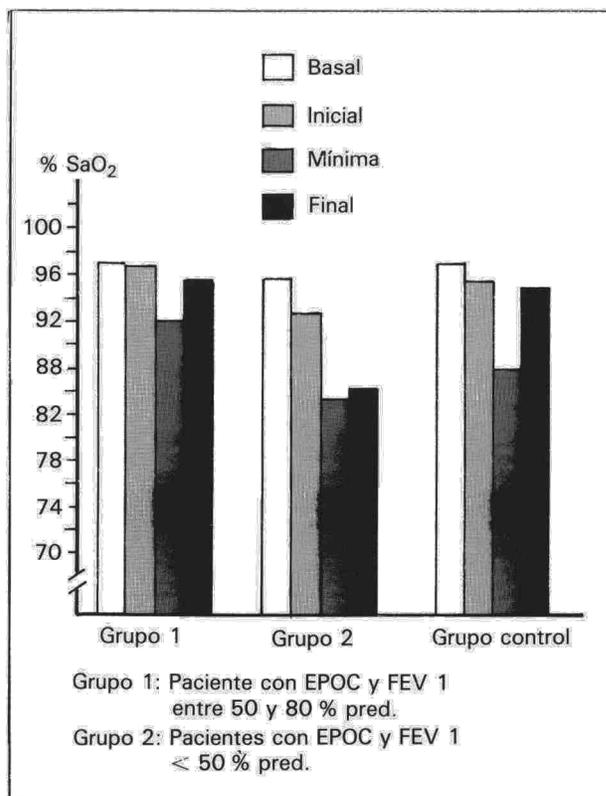


Fig. 1 % SaO₂ arterial media obtenida en distintos momentos de la FB en los pacientes con EPOC y en el grupo control. Los valores se expresan como media (desviación estándar).