

probación de que no existen diferencias histológicas entre casos diagnosticados de hamartomas pulmonares leiomiomatosos y casos diagnosticados de leiomiomatosis metastatizante benigna⁴. Sólo se puede hablar de hamartoma pulmonar leiomiomatoso en varones o niños sin evidencia de un tumor primitivo en otra localización³ o en mujeres en las que se ha descartado un leiomioma uterino por medio de una exploración ginecológica exhaustiva⁵. Se ha cuestionado la benignidad de este proceso, sugiriéndose que puedan tratarse de leiomiosarcomas metastásicos de baja malignidad; no obstante, la presencia de menos de 10 mitosis por campo en los casos descritos, así como la estabilidad del proceso a lo largo de décadas en casi todos los pacientes reseñados hace desestimar esta posibilidad. Las muertes en las pacientes de LPM no son frecuentes, y cuando se producen son por insuficiencia respiratoria secundaria a ocupación del parénquima pulmonar por los tumores⁶, o por oclusión del árbol vascular por los mismos⁷.

La comprobación de la presencia aumentada de receptores hormonales en los miomas respecto al miometrio normal⁸, así como el crecimiento de dichos tumores durante el período fértil de las pacientes, con estabilización en la menopausia o después de un embarazo⁹, ha orientado el tratamiento hacia la ooforectomía o la administración de progesterona, en los casos en que se demuestre evolutividad del cuadro³.

En nuestro país únicamente existen dos casos publicados de LPM¹⁰. La inexistencia de pacientes diagnosticadas por fibrobroncoscopia descritas en la literatura sin duda se justifica por la habitual localización distal de dichos tumores en el árbol bronquial². La utilidad de fibrobroncoscopio en el diagnóstico definitivo de nuestro caso debe hacer considerar dicha técnica diagnóstica en las pacientes en que se sospeche una LPM, evitando una toracotomía exploradora.

**E. Monsó, M. Sarró, R. Pujol,
B. Teixidó y M. Rubio Caballero**

Sección de Neumología. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

BIBLIOGRAFIA

1. White SH, Ibrahim NBN, Forrester-Wood CP, Jeyasingham K. Leiomyomas of the lower respiratory tract. *Thorax* 1985; 40:306-311.
2. Orłowski TM, Stasiak K, Kolodziej J. Leiomyoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 76:257-261.
3. Martin E. Leiomyomatous lung lesions: a proposed classification. *AJR* 1983; 141:269-272.
4. Piccaluga A, Capelli A. Fibroleiomyomatosi metastatizante dell'utero. *Arch Ital Anat Istol Pat* 1967; 41:99-164.
5. Jayet A, Schmidt CF, Givel JC, Saegesser F. Leiomyomes et leiomyosarcomes pulmonaires. *Schweiz Rundschau Med (Praxis)* 1978; 67:293-304.
6. Pocock E, Craig JR, Bullock WK. Metastatic uterine leiomyomata. A case report. *Cancer* 1976; 38:2096-2100.

7. Steiner PE. Metastasizing fibroleiomyoma of the uterus. Report of a case and review of the literature. *Am J Pathol* 1939; 15:89-109.

8. Wilson E. Estradiol and progesterone binding in uterine leiomyomata and in normal uterine tissues. *Obstet Gynecol* 1980; 55:20-24.

9. Horstmann JP, Pietra GG, Harman JA, Cole NG, Grinspan S. Spontaneous regression of pulmonary leiomyomas during pregnancy. *Cancer* 1977; 39:314-321.

10. Gómez Sebastián G, Maestre Alcaicer JA, Bernadó LL, León C. Leiomiomatosis pulmonar múltiple. *Arch Bronconeumol* 1984; 21:48-52.

Regresión espontánea de metástasis pulmonar de carcinoma de vejiga

Sr. Director: La regresión espontánea de los tumores, o de sus metástasis, es rara, pero se ha comunicado en diversas neoplasias^{1,2}. El caso que vamos a presentar corresponde al de un paciente con fibrosis pulmonar intersticial crónica idiopática (FPICI), que desarrolló una metástasis pulmonar única, secundaria a un carcinoma de vejiga, y que regresó espontáneamente. En la revisión de la literatura en lengua española y anglosajona no hemos encontrado ningún caso de regresión espontánea de este tipo de metástasis.

Varón de 67 años, fumador de 10-20 cigarrillos/día, que acude al Servicio de Neumología en diciembre de 1982 por disnea con los grandes esfuerzos, de inicio insidioso y de un año de evolución. No hay datos profesionales u otros de interés que reseñar. Exploración: crepitantes en la mitad inferior del plano dorsal del tórax y acropaquias en las cuatro extremidades (no conoce su inicio y no son familiares). Analítica: VSG 33 mm/1.ª h; la radiología del tórax evidencia un patrón reticulonodular difuso, de predominio basal, y bullas en LSD; difusión pulmonar (DLCO) normal; en la broncoscopia, con lavado bronquial, no hay evidencia de neoplasia maligna. Es diagnosticado de FPICI, probablemente UIP (sin biopsia pulmonar). No se instaura tratamiento medicamentoso y en los últimos años la disnea, la radiología y la DLCO han empeorado levemente.

Durante los últimos tres años, a la FPICI se ha sumado una patología tumoral metastásica. En noviembre de 1983, por presentar hematurias indoloras, se le realizó una urografía: defecto de replección vesical, sospechoso de epiteloma. Se le hizo una resección transuretral (RTU), cuyo resultado anatómopatológico fue de carcinoma de células transicionales, grado III de Mostofi; las muestras de la resección de próstata objetivaron una hiperplasia adenomatosa. El antígeno carcinoembrionario, las inmunoglobulinas séricas y el estudio de extensión metastásico fueron negativos. Desde la RTU se han realizado mensualmente instilaciones intravesicales

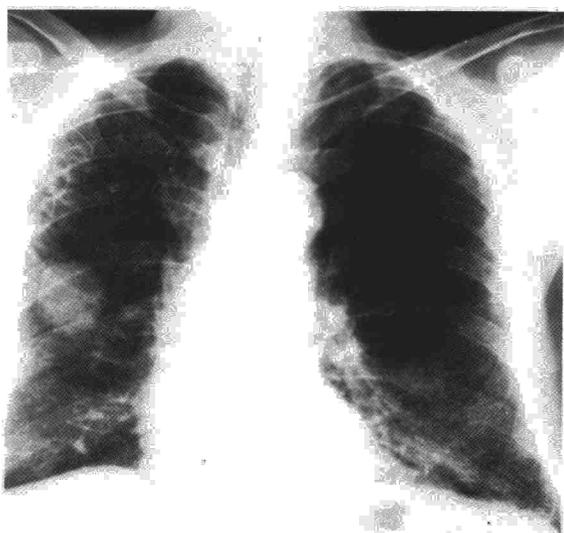


Fig. 1. Patrón intersticial difuso y nódulo en lóbulo superior derecho (3,5 × 4 cm).



Fig. 2. Nódulo entre flechas, claramente inferior al de la fig. 1 (1,5 × 1,5 cm).

con 50 mg de adriamicina, disueltos en suero fisiológico, manteniéndolo una hora como mínimo. En agosto de 1984 se detectó un nódulo en LSD del pulmón, sin calcio ni cavitación (fig. 1). La citología del esputo es maligna, similar a la de la orina, compatible con carcinoma de células transicionales. En diciembre de 1984: nueva RTU por reaparición de las hematurias (ya hay invasión muscular); la radiología de este momento halló una marcada reducción del nódulo del LSD (fig. 2). En junio de 1985: no hay recidiva local del tumor vesical, pero ha vuelto a crecer el nódulo pulmonar del LSD; citología del esputo similar a la de agosto de 1984; la broncoscopia es nega-

tiva; aparece un síndrome radicular por aplastamiento de D7 (hipercaptación en la gammagrafía con Tc99). El diagnóstico, en esta fase de la evolución, es de carcinoma primario de vejiga con metástasis en CV y pulmón, esta última con regresión temporal espontánea.

No se sabe a ciencia cierta por qué ocurre la regresión espontánea. Se considera que pueden ser varias las causas de esta regresión: eliminación de carcinógenos, hormonas, traumatismos, dieta, medicación². No obstante, se cree que el mecanismo debe ser similar para los casos de regresión del tumor primario y para los casos de regresión de las metástasis. Se sabe que la velocidad de crecimiento de las neoplasias malignas no es uniforme, ya que, aunque raro, hay casos de crecimiento lento, con un tiempo de duplicación superior a los dieciséis meses, y casos que no crecen durante años³. De cualquier modo, esta regresión parece depender de la agresividad del tumor y de la respuesta del sistema de inmunovigilancia del huésped⁴. En nuestro paciente, la probable presencia de una enfermedad inmunológica pulmonar, no sabemos hasta qué punto ha podido influir en la relación huésped-tumor, relación que suponemos responsable de la regresión de la metástasis pulmonar, dado que las instilaciones intravesicales con adriamicina no deben haber influido, por sus exiguos niveles plasmáticos^{5,6}.

J.L. Aller Alvarez, A.D. Reboto Rodríguez,
Y. Ovelar Arribas**, E. Hernández García
y R. Ceña Callejo
Servicio de Neumología*. Servicio de Urología.*
Departamento de Anatomía Patológica**.
Hospital Universitario. Valladolid.

BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez Fuentes JA et al. Regresión espontánea de las metástasis de un carcinoma renal. *Rev Clin Esp* 1980; 158:163-166.
2. Grillet B et al. Spontaneous regression of lung metastases of adenoid cystic carcinoma. *Chest* 1984; 85:289-291.
3. Nathan MH et al. Differentiation of benign and malignant pulmonary nodules by growth rate. *Radiology* 1962; 79:221-226.
4. Moller JA, Moller A. Immunological surveillance against neoplasia. En *Immunological aspects of cancer*. Ed Castro JE. MTP Press Ltd 1978; 205.
5. Edsmyr F et al. Intravesical therapy with adriamycin in patients with superficial bladder tumors. En *The first conference on treatment of urinary tract tumors with adriamycin*, Kyowa Hakkō Kogyo Co, Tokyo 1979; 50-57.
6. Eksborg S. Measurements of plasma levels at adriamycin after intravesical instillation of adriamycin, diagnostic and treatment of superficial urinary tumors. WHO, Stockholm 1979; 55.

Ausencia proximal de arteria pulmonar derecha en el adulto

Sr. Director: La ausencia congénita unilateral de arteria pulmonar como anomalía aislada es poco frecuente. El término más apropiado es el de «ausencia