

Concluimos que *N. meningitidis* puede producir infección respiratoria ocasional en pacientes VIH positivos de difícil diagnóstico por su presentación clínica variable y asociación frecuente a otros microorganismos. Coincidimos con Stephens et al<sup>6</sup> en la importancia de evaluar la incidencia de la infección meningocócica en el paciente VIH positivo, con el fin de determinar el posible riesgo incrementado en este grupo de población frente al enfermo VIH negativo.

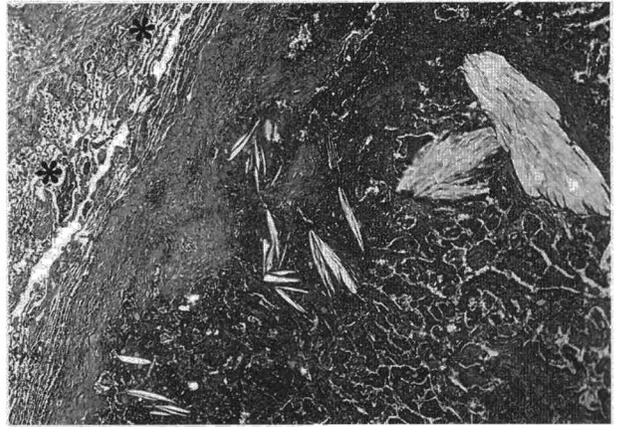
**A. Ramírez, M. Leyes\* y Pilar Villalón**  
 Servicios de Microbiología  
 y \*Medicina Interna. Hospital Son Dureta.  
 Palma de Mallorca.

1. Nitta AT, Douglas JM, Arakere G, Ebens JB. Disseminated meningococcal infections in HIV-seropositive patients. *AIDS* 1993; 7: 87-90.
2. Winter RA, Helfgott D, Storey-Johnson C, Murray HW. Human immunodeficiency virus infection and bacteriemic meningococcal pneumonia. *J Infect Dis* 1991; 163: 1.390.
3. Polsky B, Glod JWM, Whimbe E, Dryjanski J, Brown AE, Schiffman G et al. Bacterial pneumonia in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1986; 104: 38-41.
4. Tejada A, Chacón E, Bello S, Gil D, Laglera S, Fortuño B. Neumonía por meningococo diagnosticada por lavado broncoalveolar. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1992; 10: 504-505.
5. Davies BI, Sanjaard L, Dankert J. Meningococcal chest infections in a general hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1991; 10: 399-404.
6. Stephens DS, Rana A, Hajjeh MD, Wendy S, Bauhman R, Christopher Harvey, Jay D, Wenger et al. Sporadic meningococcal disease in adults: results of a 5-years population based study. *Ann Intern Med* 1995; 123: 937-940.

**Hemangioma esclerosante de pulmón: discordancia citohistológica e implicaciones clínicas**

**Sr. Director:** El hemangioma esclerosante es un tumor poco habitual del que recientemente se ha publicado un caso en su Revista<sup>1</sup>. Su histogénesis es incierta, aunque diversos estudios indican que es de origen epitelial o mesotelial. Aportamos un nuevo caso que, por sus características, nos permite debatir sobre la utilidad de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF).

Mujer de 29 años sin antecedentes de interés, excepto ser fumadora de 10 paquetes-año, que acudió a nuestra consulta por hallazgo casual de un nódulo pulmonar solitario (NPS) en la radiografía del tórax. Clínicamente, la paciente se encontraba asintomática y la exploración física no demostraba trastornos llamativos. Los estudios analíticos: hemograma, bioquímica y coagulación, eran normales. Las citologías y las baciloscopias del esputo practicadas fueron negativas. En la radiografía



**Fig. 1.** Parénquima pulmonar rechazado y comprimido (\*) por tumoración bien delimitada, con patrón de crecimiento papilífero y sólido, con cristales de colesterina (hematoxilina-eosina, x 40).

posteroanterior y lateral del tórax, así como en la tomografía computarizada (TC) torácica se visualizaba un nódulo pulmonar de 1,5 cm de diámetro no calcificado en el campo medio del hemitórax izquierdo, sin adenopatías mediastínicas ni hiliares u otros hallazgos en el parénquima pulmonar. Se practicó PAAF bajo control TC, cuyo estudio citológico reveló células papilares con atipias y cuerpos de psamoma, que orientaba hacia posible metástasis de un tumor primario tiroideo u ovárico. Se realizaron ecografía y gammagrafía tiroidea, ecografía y TC pélvicas y mamografía sin detectarse anomalías en ninguna de dichas exploraciones. Al no evidenciarse origen tumoral extratorácico, se decidió la extirpación del nódulo. Macroscópicamente era bien delimitado, de color pardo-blanquecino y consistencia blanda. El examen microscópico puso en evidencia una tumoración con patrón de crecimiento papilífero y sólido, aunque con zonas de esclerosis y hemorragia en relación con depósitos de cristales de colesterina y acumulación de material hemosiderínico (fig. 1). Las células tumorales proliferantes ofrecían un aspecto epitelial sin ostensibles atipias y con ocasionales figuras de mitosis. El diagnóstico anatomopatológico fue de hemangioma esclerosante pulmonar.

El hemangioma esclerosante es un tumor poco frecuente, descrito por primera vez por Liebow et al, que tiene una incidencia de aproximadamente el 80% en el sexo femenino. La edad de presentación varía entre los 16 y los 78 años, y la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, descubriéndose la alteración en una radiografía del tórax de rutina. Radiológicamente, se manifiesta como un NPS bien definido y homogéneo, habitualmente menor de 5 cm de diámetro y sin clara predilección por ningún lóbulo, mientras que en la TC torácica suelen presentarse como nódulos subpleurales con áreas de alta densidad en zonas correspondientes con patrón angiomatoso o escleroso, y con calcificación ocasional. Su comportamiento es generalmente benigno, pese a ello en alguna ocasión se han descrito metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

Histopatológicamente, la neoformación puede tener varios aspectos o patrones de crecimiento: angiomatoso, sólido, papilar y esclerótico. Aunque todos éstos pueden coexistir en un mismo tumor, suele predominar uno de ellos<sup>2</sup>.

Con respecto al diagnóstico, diversos estudios han demostrado la utilidad del examen citológico del material obtenido por medio de (PAAF)<sup>2,3</sup>. En el análisis de dicha muestra deben considerarse primordialmente como diagnóstico diferencial los tumores malignos primarios: carcinoma bronquioloalveolar, carcinoma, adenocarcinoma papilar y los metastásicos. El interés de nuestro caso radica en la discrepancia entre la citología y la histología, lo que nos orientó hacia la sospecha preliminar de metástasis de probable origen tiroideo, con las implicaciones clínico-terapéuticas tan diferentes que ello condicionaba. En otras ocasiones también se apreció esta discordancia, siendo el estudio citológico inicial de la muestra obtenida por medio de PAAF interpretado como indicativo de malignidad<sup>4,6</sup>. Todo ello nos lleva a plantearnos el papel real de esta técnica en el manejo inicial del NPS, debido a su ya conocida menor rentabilidad en la enfermedad tumoral benigna.

**J.A. Gullón, R. Fernández y H. Álvarez-Argüelles\***

Sección de Neumología.  
 \*Servicio de Anatomía Patológica.  
 Hospital Universitario de Canarias.  
 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

1. Tumbeiro M, Penela P, González A. Hemangioma esclerosante de pulmón: a propósito de un caso de rápido crecimiento. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 552.
2. Kaw YT, Nayak RN. Fine needle aspiration biopsy cytology of sclerosing hemangioma of the lung. *Acta Cytol* 1993; 37: 933-937.
3. Chow LT, Chan SK, Chow WH, Tsui MS. Pulmonary sclerosing hemangioma. Report of case with diagnosis by fine needle aspiration. *Acta Cytol* 1992; 36: 287-292.
4. Wang SE, Nieberg RK. Fine needle aspiration cytology of sclerosing hemangioma of the lung: a mimicker of bronchoalveolar carcinoma. *Acta Cytol* 1986; 30: 51-54.
5. Krishnamurthy SC, Naresh KN, Soni M, Brashin SD. Sclerosing hemangioma of the lung: a potential source of error in fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 1994; 38: 111-112.
6. Santambrogio L, Nosotti M, Bellaviti N, Pavoni G, Radice F, Caputo V. CT-guided fine-needle aspiration cytology of solitary pulmonary nodules. *Chest* 1997; 122: 423-425.