

**Fig. 1. TC abdominal. Engrosamiento e infiltración del duodeno (flecha gruesa vacía) y del yeyuno (flecha gruesa negra), con vesícula biliar distendida (flechas largas) y dilatación de la vía biliar extrahepática (flechas cortas), así como metástasis en hígado.**

Las metástasis sobre el intestino delgado del cáncer de pulmón son poco comunes, siendo el carcinoma de células grandes y el de células pequeñas las estirpes más habitualmente halladas, afectándose el yeyuno con mayor frecuencia<sup>5,6</sup>. Como en este caso, la mayoría de los pacientes son mujeres<sup>6</sup>, presentando al menos una metástasis a la vez en otro lugar del organismo<sup>5</sup>. Las formas de presentación clínica habituales son la obstrucción parcial o completa del intestino, la perforación, la malabsorción<sup>4,6</sup>, además de la hemorragia digestiva. Ésta puede ser oculta, aguda o en forma de melenas como en la paciente<sup>6</sup>, que, debido al crecimiento de la masa sobre la salida del colédoco, presentaba signos de obstrucción parcial e ictericia. Lo cual no ha sido descrito, hasta donde hemos podido saber (MEDLINE 1991-1997). La supervivencia en estos pacientes suele ser bastante limitada no existiendo casos que hayan sobrevivido más de 16 semanas, incluso habiendo sido intervenidos quirúrgicamente de esta complicación<sup>5</sup>. Se sugiere que la supervivencia media sería de 6 semanas aun operados<sup>6</sup>, como en la paciente. El tratamiento siempre será paliativo (quirúrgico o no, completado con radio y quimioterapia) y sintomático<sup>6</sup>.

La sintomatología abdominal en un paciente con cáncer de pulmón deberá hacer pensar en la posibilidad de metástasis en el intestino delgado, lo que condiciona nuestra actuación posterior por el mal pronóstico que presenta.

**J.I. de Granda Orive, T. Peña Miguel y J.M. Bobillo de Lamo\***

Servicio de Neumología. \*Servicio de Radiología. Hospital Militar de Burgos.

1. Salvatierra A, Baamonde C, Llamas JM, Cruz F, López-Pujol J. Extrathoracic staging of bronchogenic carcinoma. *Chest* 1990; 97: 1.052-1.058.
2. Muers MF. Preoperative screening for metastases in lung cancer. *Thorax* 1994; 49: 1-2.
3. Hillers TK, Sauve MD, Guyatt GH. Analysis of published studies on the detection of extrathoracic metastases in patients presumed to have operable non-small cell lung cancer. *Thorax* 1994, 49: 14-19.

4. Issa K, Mullen KD. Large cell carcinoma of the lung with major bleeding and intussusception. *J Clin Gastroenterol* 1992, 15: 142-145.
5. McNeill PM, Wagman LD, Neifeld PN. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987; 59: 1.486-1.489.
6. Akahoshi K, Chijiwa Y, Hirota I, Ohogushi O, Motomatsu T, Nawata H et al. Metastatic large cell lung carcinoma presenting as gastrointestinal hemorrhage. *Acta Gastroenterol Belgica* 1996; 59: 217-219.

### Metástasis en pene y carcinoma pulmonar

**Sr. Director:** Las metástasis cutáneas por carcinoma pulmonar son una manifestación inhabitual. Cuando ocurren suelen ser en el contexto de una enfermedad diseminada, y por tanto con una supervivencia inferior a 6 meses. Aunque cualquier área cutánea puede estar afectada, las metástasis suelen localizarse cerca del tumor primario (tórax, espalda, cuello)<sup>1</sup>. Presentamos un caso de carcinoma pulmonar epidermoide con metástasis multiganglionares que presentó una lesión localizada en pene, no habiendo encontrado en la bibliografía revisada metástasis cutáneas en dicha localización.

Varón de 64 años, con antecedentes de epilepsia, fumador importante, que refería dolor lumboglúteo derecho de varias semanas de duración. En la exploración destacaban una disminución del murmullo vesicular en el campo medio izquierdo, dolor selectivo a la presión en el trocánter mayor derecho y la presencia de una lesión nodular, indolora y ulcerada en la base del pene. La analítica estaba dentro de la normalidad. La radiografía de tórax mostraba una masa pulmonar de localización en lóbulos. En la radiografía de pelvis se visualizaba una lesión lítica en el trocánter mayor asociada a masa de partes blandas. En la gammagrafía ósea con <sup>99m</sup>Tc se observaba una hipercaptación en el fémur proximal derecho así como en la columna lumbar. Se realizó una TAC toracoabdominal

que confirmó la presencia de una masa en la lóbulos, asociada a atelectasia, así como múltiples adenopatías paratraqueales, subcarinales y en la ventana aortopulmonar. A nivel suprarrenal se observa una masa de 3,5 cm de diámetro y en la corteza renal dos lesiones nodulares indicativas de metástasis, al igual que otra lesión lítica en el cuerpo vertebral de L5 de 2 cm de tamaño. El estudio fibrobroncoscópico visualizó una lesión vegetante que obstruía la lóbulos en su totalidad. El resultado de la biopsia bronquial, el cepillado y broncoaspirado demostró la existencia de un carcinoma epidermoide de pulmón. La biopsia de la lesión de pene correspondía a una metástasis de carcinoma epidermoide, la cual se extirpó en su totalidad. Con el diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón en estadio IV por múltiples metástasis a nivel óseo, renal, suprarrenal y en pene, se inició tratamiento quimioterápico y radioterapia local en la región trocantérea, con mejoría subjetiva, pero produciéndose el fallecimiento a los 9 meses.

Las metástasis cutáneas de carcinomas viscerales son infrecuentes, oscilando entre el 1-3%, aunque este dato podría estar subestimado por la falta de reconocimiento de las lesiones sobre todo si transcurre tiempo entre el diagnóstico del tumor y la aparición de las metástasis<sup>2</sup>. El carcinoma de mama en la mujer y el de pulmón en el varón son los que más frecuentemente metastatizan en la piel, oscilando en este último entre el 1,6 y el 7,5%, siendo en algunas series hasta el 12%<sup>1,3</sup>. La vía de diseminación suele ser hematogena, siendo rara la invasión directa. En el caso del carcinoma broncogénico la afectación cutánea puede ser la manifestación inicial o incluso preceder en el tiempo, aunque en general cuando el carcinoma de pulmón se acompaña de afectación de la piel suelen existir metástasis en múltiples órganos<sup>4</sup>.

La presentación clínica se caracteriza por nódulos firmes, indoloros, solitarios o múltiples, fijos o móviles, con un diámetro que oscila entre los 5 mm y los 6 cm, algunos de los cuales pueden ulcerarse. Se localizan habitualmente en la pared torácica, la cabeza, el cuello y el abdomen, no habiéndose descrito en el pene<sup>1</sup>. La localización pulmonar más frecuente del tumor primario es en los lóbulos superiores, porque parece favorecer la diseminación hematogena, aunque nuestro paciente se encontraba en la lóbulos. Cualquier tipo histológico puede dar lugar a metástasis cutáneas, predominando por frecuencia el adenocarcinoma, carcinoma epidermoide, de células grandes, de células pequeñas y tumor carcinoide<sup>3,5</sup>.

El diagnóstico se obtiene mediante la biopsia de la lesión, debiendo realizarse ante cualquier lesión cutánea sospechosa en los pacientes diagnosticados o con factores de riesgo para el carcinoma broncogénico. La localización excepcional de la lesión en el paciente podría hacer considerar que existiera metástasis en el pene, hecho este también muy infrecuente, existiendo menos de 20 casos descritos, pero el estudio histológico no demostró la afectación de cuerpos cavernosos o esponjosos. A diferencia de otros procesos cutáneos, el diagnóstico precoz no se traduce en un mejor pronóstico, sino que generalmente supone un estadio avanzado de la enferme-

dad con una escasa supervivencia<sup>3</sup>. En este caso se realizó la exéresis completa de la lesión estando los bordes quirúrgicos libres, y aunque se administraron quimioterapia y radioterapia local, la supervivencia fue similar a la de otras series. Por tanto ante cualquier paciente varón, fumador, con afectación cutánea sospechosa de neoplasia debe considerarse el pulmón como principal origen del tumor primitivo.

**J. Ortiz de Saracho, R. Castrodeza Sanz y G. Guzmán Dávila**  
Unidad de Neumología. Hospital del Bierzo. Ponferrada.

1. Tesashima T, Kanazawa M. Lung cancer with metastasis. *Chest* 1994; 105: 1.448-1.450.
2. Brownstein MH, Helwig EB. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch Dermatol* 1972; 105: 862-867.
3. Pascual Lledó F, Terán Santos J, Rodríguez Pascual L, Remón Garijo ML. Metástasis cutáneas por carcinoma epidermoide de pulmón. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 281-282.
4. Jurado Gámez B, Hidalgo Nuchera E, Merino Romero J. Metástasis cutáneas, presentación inusual del cáncer de pulmón. *An Med Inter* 1995; 12: 346-348.
5. Brownstein MH, Helwig EB. Metastatic tumor of the skin. *Cancer* 1972; 29: 1.298-1.307.

### Neurinoma del nervio vago

**Sr. Director:** Hemos leído con mucho interés la nota clínica publicada por Heras et al<sup>1</sup>, aportando un nuevo caso de una rara lesión mediastínica como es el tumor neurogénico originado en el nervio vago. Precisamente por esta excepcionalidad creemos que debemos recordar una publicación realizada por nosotros hace unos años en la que describíamos, dentro de una amplia revisión sobre tumores neurogénicos del mediastino, un caso de neurinoma del neumogástrico derecho<sup>2</sup>, precisamente el primer y único caso nacional publicado hasta entonces. Es posible que debido a que el referido trabajo se publicó en una revista actualmente desaparecida no haya sido encontrada en la búsqueda bibliográfica que, sin duda, es exhaustiva y en la que, desgraciadamente, no figura ningún autor nacional. En cuanto al contenido, quiero felicitar a los autores por la rigurosa y completa revisión realizada y hacer hincapié en la interesante coincidencia de ambas publicaciones nacionales en la frecuencia de los tumores neurogénicos del mediastino respecto al resto de tumores de esta localización y que se sitúa en el 4,9% en el trabajo de Heras et al<sup>1</sup> y en el 4,74% en el nuestro<sup>2</sup>, y que esta frecuencia es en general mucho más alta (del 15 al 30%) en la mayoría de los estudios publicados<sup>3</sup>. La explicación habría que buscarla, entre otras, en el elevado porcentaje de bocios endotorácicos incluidos en nuestra serie (22,1%), lo que haría bajar la frecuencia relativa de los tumores neurogénicos. Y, para terminar, resaltar las coincidencias clinicopatológicas de ambos casos salvo en lo que se refiere a la localización, ya que este caso se

situaba en el hemitórax derecho en el que aparece con la mitad de frecuencia.

**N. Llobregat Poyán, J.A. Garrido Alises y E. Folqué Gómez\***

Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital Universitario del Aire.

\*Hospital Universitario Gregorio Marañón.  
Madrid.

1. Heras F, Ramos G, Castanedo M, Cortejo A, Duque JL, Yuste MG. Schwannoma del nervio vago intratorácico. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 360-362.
2. Llobregat N, Zapatero J, González AF, Orusco E, Pérez M, Métrida JM et al. Tumores neurogénicos del mediastino: estudio de nueve casos y análisis de su frecuencia en una revisión de la literatura de 8.789 casos. *Rev Quir Esp* 1986; 13: 74-78.
3. Shields TW. Primary lesions of the mediastinum and their investigation and treatment. En: Shields TW, editor. *General thoracic surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994; 1.724-1.769.

### Nódulos pulmonares grandes como presentación de una sarcoidosis

**Sr. Director:** Los nódulos pulmonares grandes constituyen una forma infrecuente de presentación de la sarcoidosis intratorácica<sup>1</sup>. En nuestro país, en una serie de 425 pacientes no se cita ningún caso<sup>2</sup>. Su tamaño es variable y por lo general se describen menores a 1 cm. Estos nódulos corresponden a conglomerados de lesiones granulomatosas, por lo general menores de 0,4 mm y sus márgenes son de manera característica irregulares, debido a la presencia de granulomas periféricos que forman muescas en sus bordes<sup>3</sup>.

Recientemente hemos diagnosticado a un paciente con esta presentación cuya comunicación creemos de interés al familiarizarlos con las formas inusuales de la enfermedad.

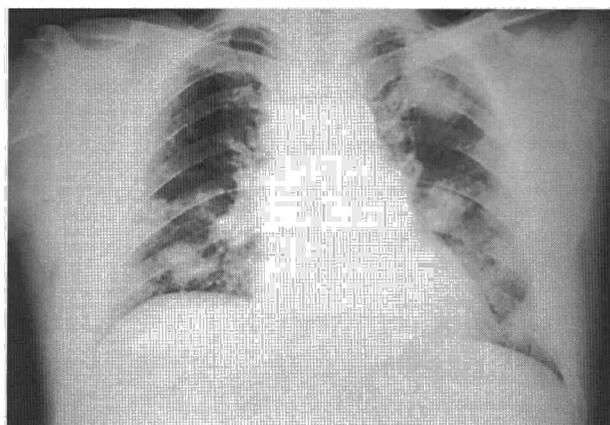
Se trata de un varón de 29 años de edad, fumador de 10 paquetes/año sin antecedentes de interés, que consultó por un cuadro progresivo de 4 meses de evolución con astenia, anorexia, sensación febril vespertina, diaforesis, molestias articulares transitorias y recurrentes y disnea de grandes esfuerzos, añá-

diéndose los últimos días tos con expectoración hemoptoica. La exploración física mostraba un buen estado general destacando sólo crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares. Su hemograma, coagulación, VSG, orina y bioquímica general fueron normales, salvo GOT 50 U/l, GPT 86 U/l, FA 342 U/l, GGT 70 U/l; los anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide y la determinación del VIH fueron negativos. Baciloscopias seriadas de esputos fueron negativas y no se detectaron células neoplásicas en la citología. La radiografía de tórax mostró múltiples nódulos bilaterales de 2-4,5 cm, junto a adenopatías hiliares bilaterales y paratraqueales derechas (fig. 1). La TAC torácica confirmó estos hallazgos apreciando las imágenes nodulares con bordes irregulares espiculados y sin broncograma aéreo (fig. 2). La gasometría arterial fue normal. La espirometría forzada mostró FVC 3.490 (77%), FEV<sub>1</sub> 2.740 (75%), FEV<sub>1</sub>% 79%, FEF 25-75% y 51%. El Mantoux 2 uT (PPD-RT-23) fue negativo (0 mm). Se practicó fibrobroncoscopia apreciando pequeñas zonas, de 0,5 cm, pálidas y elevadas, sobre una mucosa enrojecida; se tomaron BAS, biopsia bronquial y transbronquial con estudio bacteriológico negativo, ausencia de células neoplásicas, fibrosis y descamación alveolar, por lo que se practicó una mediastinoscopia, obteniéndose ganglios linfáticos con inflamación granulomatosa epitelioidea de tipo sarcoide. El paciente fue tratado con glucocorticoides (Deflazacort 60 mg/día) quedando asintomático en los dos primeros meses y normalizándose la radiografía al cuarto mes.

La presencia de nódulos pulmonares grandes sugiere el origen metastásico como el más probable, y aunque raro como primera manifestación de una neoplasia, en un varón joven, obliga a descartar un carcinoma testicular<sup>4</sup>. La asociación con adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas hace considerar la posibilidad de un linfoma y de la sarcoidosis nodular.

En este subgrupo de pacientes con sarcoidosis existen pocas descripciones en su presentación, evolución y respuesta al tratamiento, pero en general no existen diferencias importantes con los cuadros de presentación típicos<sup>5</sup>.

En la sarcoidosis es bien conocida la mala correlación entre la radiografía de tórax y el estudio funcional, contrastando de las pruebas



**Fig. 1.** Radiografía posteroanterior de tórax con nódulos pulmonares bilaterales de hasta 4,5 cm con bordes mal definidos y aumento de densidad hilar bilateral y paratraqueal derecho.