



Fig. 1. Tomografía axial computarizada: masa pleural derecha que invade partes blandas y lisis costal.

ral derecho con afectación de partes blandas y lisis costal a ese nivel (fig. 1). Se decide entonces su traslado a nuestro centro para completar los estudios. A su llegada, la paciente se encontraba pálida y taquipneica. En la analítica destacaban una HB 7,8 g/l y gasometría con 1,5 l/m de O₂ por gafas nasales de PO₂ 44 mmHg, PCO₂ 40 mmHg y pH 7,44. Se realiza entonces una punción aspirativa transtorácica de la masa pleural, siendo el resultado anatomopatológico de LNH de bajo grado. Tras los diversos estudios de estadificación no se encontró otra localización, siendo el estadio de LNH IEA. La paciente recibió tres ciclos de quimioterapia (COP), remitiendo la imagen radiológica. La presencia de una marcada aplasia de células rojas hizo sospechar la existencia de una neoplasia subyacente, aunque inicialmente se pensó en mesotelioma maligno o mieloma, por la lisis costal. En ningún momento se apreciaron adenopatías mediastínicas ni afectación parenquimatosa.

Rouvière y Miller demostraron por primera vez la gran cantidad de linfáticos y acumulaciones linfoides en la región subpleural. Stolberg et al demostraron posteriormente la existencia de linfomas a dicho nivel. Existe poca bibliografía sobre la afectación pleural en los linfomas. En una serie de 71 casos de Shuman y Libshitz³, en 22 se demostró afectación sólida pleural: 14 eran LH y ocho LNH, pero ninguno presentaba afectación pleural como única manifestación. Un estudio realizado en Japón recientemente postula la posible asociación entre infección por virus de Epstein-Barr y posterior desarrollo de linfoma pleural de células B⁵. En cualquier caso, los linfomas pueden ser curables hasta en un 70%, de ahí la gran importancia de asegurar el diagnóstico.

S. García García y C. Álvarez Álvarez
Servicio de Neumología. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

1. Berkman N, Breuer R. Pulmonary involvement in lymphoma. *Respir Med* 1993; 87: 85-92.
2. Kennedy JL, Nathwari BN, Burke JS, Hill LR, Rappaport H. Pulmonary lymphomas and other pulmonary lymphoid lesions. A clinicopathologic and immunologic study of 64 patients. *Cancer* 1985; 56: 539-552.
3. Xaubet A, Diumenjo MC, Marin A et al. Characteristics and prognostic value of pleural effusions in non Hodgkin's lymphomas. *Eur J Respir Dis* 1985; 66: 135-140.
4. Shuman LS, Libshitz HI. Solid pleural manifestations of lymphoma. *Am J Rheum* 1984; 142: 269-273.
5. Fukayama M, Ibuka T, Hayashi Y et al. Epstein-Barr virus in pyothorax-associated pleural lymphoma. *Amm J Pathol* 1993; 143: 1.044-1.049.

Metástasis cutánea tardía del carcinoma de pulmón en región inguinal

Sr. Director: El carcinoma de pulmón es una enfermedad frecuente, que excepcionalmente cursa con metástasis cutáneas. Suelen localizarse en zonas próximas al tumor primario y acompañarse de metástasis en otras

localizaciones. Se caracterizan por ser asintomáticas, de aspecto nodular y de pequeño tamaño. Presentamos un caso cuya particularidad reside en presentar una única metástasis de localización cutánea, en una zona poco común como es la región inguinal, muy dolorosa y de gran tamaño que incluso hizo plantear el diagnóstico diferencial con una hernia inguinal encarcerada.

Se trata de un paciente varón de 71 años de edad, ex fumador de 40 cigarrillos día, diagnosticado 5 meses antes de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado en lóbulo superior derecho, estadio III-A (T3-N2-M0). Recibió tratamiento con radioterapia de alta energía (cobalto 60) sobre mediastino, hilio y masa parahiliar derechos durante 6 semanas, con remisión parcial. Ingresó por segunda vez por bultoma muy doloroso en región inguinal izquierda de varias semanas de evolución. En la exploración física destacaba un estado de desnutrición importante y la presencia de una tumoración de gran tamaño (5 x 11 cm), polilobulada, de consistencia pétre, no adherida a planos profundos y muy dolorosa a la palpación (fig. 1). El resto de la exploración física no tenía signos de interés. En el hemograma destacaba: hemoglobina 5,7 g/dl, hematocrito 20%, leucocitos 23.350 mm³ (el 91% neutrófilos) y VSG 140 s. En la bioquímica FA 995 U/l, GOT 42 U/l, GGT 240 U/l. En la radiografía de tórax presentaba una masa pulmonar en lóbulo superior derecho e infiltrados alveolares en lóbulo medio e inferior derecho, probablemente en relación con neumonitis por radiación. La ecografía abdominal descartó la existencia de metástasis hepáticas y la gammagrafía ósea fue normal. Se realizó punción con aguja fina del bultoma que fue diagnóstica de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. Para controlar el dolor se realizó exéresis quirúrgica de la lesión y el estudio anatomopatológico de la pieza confirmó el mismo tipo histológico.

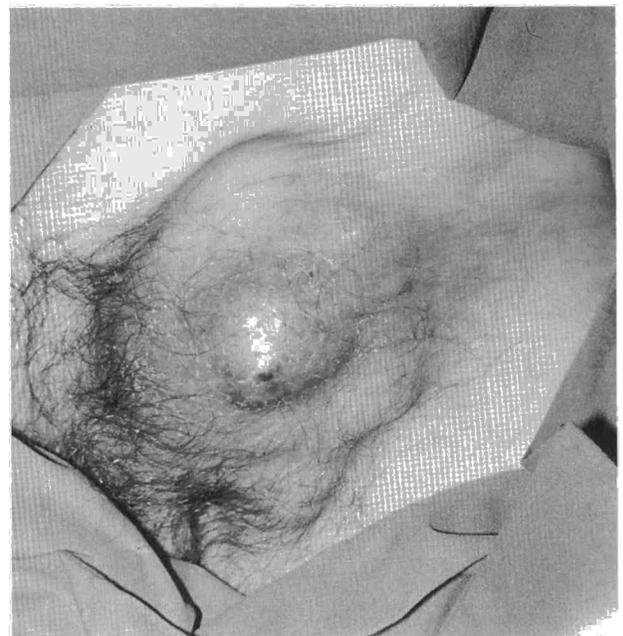


Fig. 1. Masa inguinal, metástasis cutánea de carcinoma de pulmón.

Las metástasis cutáneas no son frecuentes. La primera causa de este tipo de lesiones en las mujeres es el carcinoma de mama y en varones el tumor primario más frecuente es el carcinoma broncogénico seguido del cáncer de intestino delgado, melanoma y carcinoma escamoso de la cavidad oral. Su frecuencia varía según las series: de un 1 a un 12% de los pacientes con cáncer de pulmón tendrán metástasis cutáneas en algún momento de su evolución¹. Es importante que los clínicos reconozcan su significado, ya que generalmente implican un grado muy avanzado de la enfermedad y una corta supervivencia (de 3-5 meses). Pueden ser el signo inicial de presentación precediendo incluso meses al descubrimiento del tumor primario, aunque lo más frecuente es que se diagnostiquen simultáneamente². En nuestro caso la lesión apareció 5 meses después del diagnóstico del carcinoma pulmonar.

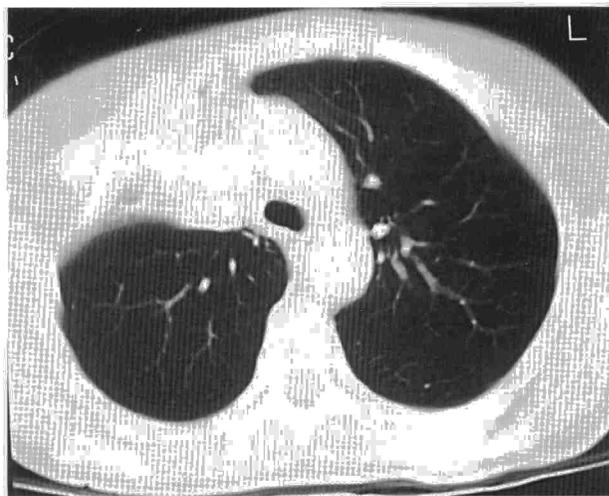
Las metástasis pueden localizarse en cualquier parte de la superficie cutánea, generalmente próximas al tumor primario, siendo el lugar más frecuente el tórax seguido de abdomen, cuero cabelludo y cara. Su apariencia es muy variable, generalmente se presentan como nódulos, únicos o múltiples, de 5 mm 6 cm de diámetro, de consistencia dura, adheridos a planos profundos, del mismo color que la piel circundante o ligeramente eritematosos. Con menor frecuencia se presentan como lesiones inflamatorias que pueden ulcerarse y tener una evolución tórpida. En la mayoría de los casos son lesiones no dolorosas y se acompañan también de metástasis en otros órganos, como cerebro, glándulas suprarrenales, hígado, etc³. En el paciente la lesión se localizó en una zona poco frecuente, como es la región inguinal, de tamaño mayor al habitual, acompañada de importante dolor y sin evidencia de metástasis a ningún otro nivel, por lo que en un principio indujo a sospechar una hernia inguinal incarcerada.

En general existe una buena correlación entre las características histológicas de la lesión primitiva y la metastásica, a pesar de que a menudo estas últimas presentan un menor grado de diferenciación. En el paciente el grado de diferenciación era el mismo en el tumor primario y en la metástasis, carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. El tipo histológico que con mayor frecuencia origina metástasis cutáneas varía de unas series a otras. Según Takeshi Terashima⁴ et al el tipo celular más frecuente es el carcinoma de células grandes, seguido del adenocarcinoma y en último lugar estarían el carcinoma escamoso y el de células pequeñas.

Debido a la gran variabilidad que pueden adoptar en su presentación clínica estas lesiones a menudo plantean el diagnóstico diferencial con otras entidades, sobre todo cuando son la primera manifestación clínica y el tumor primario todavía es desconocido. Son además un indicador del grado de extensión de la enfermedad, con importante valor pronóstico, por lo que se debe hacer el estudio anatomopatológico en todos los casos.

El caso que presentamos tiene interés por lo tardío de la presentación de la lesión, ya que generalmente se presentan simultáneamente a la patología pulmonar, por no acompañarse de metástasis de otros órganos, que es lo más habitual, por su gran tamaño y el

Fig. 1. TC torácica de alta resolución. Atelectasia parcial del lóbulo superior derecho.



importante dolor que causaba, haciendo incluso necesario la exéresis quirúrgica de la lesión como tratamiento paliativo.

M.E. Toubes Navarro, J. Tábara Rodríguez y L.M. Domínguez Juncal
Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

1. Rosen T. Cutaneous metastasis. Med Clin North Am 1980; 64: 885-900.
2. Vila Justribó M, Casanova Seuma JM, Portero L, Egido R. Metástasis cutáneas como primera manifestación de carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 1994; 30: 314-316.
3. Coslett LM, Katlic MR. Lung cancer with skin metastasis. Chest 1990; 97: 757-759.
4. Terashima T, Kanazawa M. Lung cancer with skin metastasis. Chest 1994; 106: 1.448-1.450.

Aspergilosis broncopulmonar alérgica e itraconazol

Sr. Director: El término aspergilosis implica una serie de situaciones clínicas diferentes como el aspergiloma, la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), la aspergilosis necrosante crónica o la pulmonar invasiva. El ABPA se define como un síndrome asmático, que complica a procesos como el asma, la fibrosis quística y otras enfermedades pulmonares crónicas. El diagnóstico se basa en una serie de criterios característicos¹ no específicos, identificándose cinco estadios de la enfermedad². El tratamiento se realiza con corticoides, siendo descrita recientemente la utilización de itraconazol oral³. Describimos la observación clínica de una paciente con ABPA con evolución favorable tras tratamiento con itraconazol oral.

Mujer de 52 años, auxiliar de laboratorio, no fumadora y que como único dato relevante en su historia clínica destaca el padecer desde hace 10 años rinitis de repetición. No tiene antecedentes de asma, pero sí poliposis nasal

e intolerancia a antiinflamatorios no esteroideos. La paciente consultó porque desde hace 15 o 20 días presentaba febrícula, tos, expectoración espesa amarilloverdosa y sibilancias audibles. A la exploración destacaba astenia, palidez de piel y mucosas, y en la auscultación pulmonar roncus y sibilancias diseminadas. Pruebas complementarias: hemograma con una eosinofilia de 738/mm³, tanto la bioquímica como la gasometría basal fueron normales. Mantoux, BAAR en esputo y cultivo de Löwenstein negativos. Parásitos en heces negativo. Cultivo de esputo donde en dos muestras creció *Aspergillus fumigatus* (AF). Radiografía de tórax: aumento de densidad con pérdida de volumen en lóbulo superior derecho (LSD) compatible con atelectasia. Tomografía computarizada de alta resolución: que confirma la atelectasia parcial del LSD no observándose bronquiectasias centrales (fig. 1). Estudio inmunológico: IgE sérica total de 780 KU/l. Precipitinas para AF positivas. IgE específica para AF elevada. Prick test (pruebas cutáneas inmediatas) para AF positivos. IgG, IgM, IgA, C₃, C₄ dentro de la normalidad. Fibrobroncoscopia: tapón de moco espeso a la entrada del bronquio lobar superior derecho que se extrae. Cultivo del broncoaspirado positivo para AF. Se envió también a anatomía patológica, confirmando la presencia de AF, sin otro hallazgo histológico. La paciente fue diagnosticada de ABPA-S por lo que se inició tratamiento con corticoides a dosis de 0,5 mg/kg, durante 2 semanas para después completar a días alternos hasta 3 meses. A los 2 meses la paciente volvió a ingresar con el mismo cuadro, cultivándose de nuevo AF, precisando de nueva fibrobroncoscopia para solucionar la atelectasia, añadiéndose al tratamiento corticoide itraconazol (dosis de 400 mg/día; vía oral) durante 6 meses, normalizándose los parámetros inmunológicos y negativizándose el cultivo de esputo. La paciente actualmente sigue revisiones estando asintomática y en estadio II.

Para el tratamiento de la ABPA se ha indicado la utilización de corticoides⁴ no siendo efectiva la utilización de amfotericina B y nistatina inhaladas⁵. El itraconazol es un triazol con amplia actividad antifúngica, seguro