



Fig. 1. Tomografía computarizada de tórax, donde se observa una masa en el lóbulo inferior izquierdo con vasos que se incurvan y convergen hacia la lesión, apoyada sobre un área focal de engrosamiento pleural.

vasculares que convergen hacia la lesión (signo de cola de cometa)¹. En la mayor parte de los casos dicha morfología permite descartar malignidad, por lo se ha planteado que puede evitarse el estudio citohistológico de la lesión ante la excepcional presentación de una neoplasia como AR². Comunicamos un nuevo caso correspondiente a una masa pulmonar concordante con AR en que se diagnosticó un carcinoma pulmonar.

Varón de 62 años, agricultor, con antecedentes personales de ser fumador de 14 paquetes/año, tuberculosis pulmonar y derrame pleural izquierdo debido a traumatismo torácico. Consultó por presentar un cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en tos irritativa, dolor de características pleuríticas en el hemitórax izquierdo y síndrome constitucional. En la exploración física destacaba la presencia de ronus y de crepitanes en la base pulmonar izquierda. El hemograma, la coagulación y la bioquímica de sangre y orina no mostraron alteraciones. En la radiografía de tórax se observó una opacidad basal izquierda con disminución de volumen pulmonar, y mediante la tomografía computarizada de tórax y abdomen se demostró la presencia de una masa periférica en el segmento basal posterior del lóbulo inferior izquierdo asociada a engrosamiento pleural, con incurvamiento y convergencia de los vasos hiliares hacia la lesión (fig. 1). Se realizó espirometría simple, con capacidad vital forzada de 3.480 ml (100% del valor teórico), volumen espiratorio forzado en el primer segundo de 2.540 ml (96% del valor teórico), volumen espiratorio forzado en el primer segundo/capacidad vital forzada un 72,9% del valor teórico y flujo espiratorio forzado entre el 25/75% de la capacidad vital forzada de 1.100 ml (39% del valor teórico). La fibrobroncoscopia no objetivó alteraciones endobronquiales y la citología del lavado broncoalveolar y del broncoaspirado resultó negativa para malignidad. Tras comprobarse mediante estudio radiológico un crecimiento de la masa, se realizó una punción-aspiración transtorácica con aguja fina, y la citología fue compatible con adenocarcinoma.

La patogenia de la AR o síndrome de Blesovsky se relaciona con la presencia de un derrame pleural o con una fibrosis pleural que producen compresión y colapso de un área focal del parénquima pulmonar periférico³. La mayor parte de los casos se debe a exposición a asbesto, aunque también se la ha asociado con derrame pleural causado por infecciones pulmonares, infarto de pulmón, insuficiencia cardíaca, neumotórax, traumatismo torácico y cirugía cardíaca^{3,4}. Hillerdal⁵, tras una amplia

revisión de casos, sostiene que no es necesaria la biopsia de la lesión, ya que la presencia de hallazgos en la tomografía computarizada característicos de AR, combinados con una fibrobroncoscopia sin evidencia de tumoración, permite excluir malignidad. Sin embargo, se ha descrito en la bibliografía consultada el caso de una masa pulmonar con alteraciones radiológicas compatibles con AR en la que la biopsia confirmó la presencia de un carcinoma⁶; planteándose como hipótesis más probable que la neoplasia estuviera apoyada sobre la AR y, por lo tanto, que la benignidad de estas lesiones no siempre puede garantizarse por su morfología. En conclusión, aun asumiendo como muy rara esta asociación descrita también en el caso que presentamos, consideramos necesario un seguimiento radiológico periódico (inicialmente con radiografía simple de tórax mensual o bimensual en función de los factores de riesgo de cada paciente, y luego con intervalos más prolongados si se observa estabilidad), así como la realización de procedimientos de diagnóstico para confirmar su naturaleza si se constata un aumento de tamaño de la lesión.

**E. Temes^a, A. Noya^b
y A. Troncoso^c**

^aSección de Neumología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

^bServicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.



Carcinoma de pulmón sobre atelectasia redonda

Sr. Director: Los hallazgos característicos de la atelectasia redonda (AR) en la tomografía computarizada consisten en una masa pulmonar redondeada u oval de entre 2 y 10 cm de diámetro, en contacto con un área de engrosamiento pleural, asociada a pérdida de volumen e incurvación de los haces bronco-

- Schneider HJ, Nelson B, González LL. Rounded atelectasis. *AJR Am J Roentgenol* 1980;134:225-37.
- Geremia G, Mintzer RA. An unusual case of rounded atelectasis. *Chest* 1984;86:485-6.
- Jara B, De Miguel J, Abad N, López R, Juretschke MA, Gomes D. Atelectasias redondas. *Rev Clin Esp* 2001;201:303-7.
- Martínez González C, Rego Fernández G. Enfermedades respiratorias de origen ocupacional. *Arch Bronconeumol* 2000;36:631-44.
- Hillerdal G. Rounded atelectasis. Clinical experience with 74 patients. *Chest* 1984; 95:836-41.
- Greyson-Fleg RT. Lung biopsy in rounded atelectasis. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 144:1316.