

## Bibliografía

1. Feller-Kopman D, Bechara R, Gardland R, Ernst A, Ashiku S. Use of a removable endobronchial valve for the treatment of bronchopleural fistula. *Chest*. 2006;130:273-5.
2. Keckler SJ, Spilde TL, St Peter SD, Tsao K, Ostlie DJ. Treatment of bronchopleural fistula with small intestinal mucosa and fibrin glue sealant. *Ann Thorac Surg*. 2007;84:1383-6.
3. Kramer M, Peled N, Shitrit D, Atar E, Saute M, Shlomi D, et al. Use of Amplatzer Device for endobronchial closure of bronchopleural fistulas. *Chest*. 2008;133:1481-4.

Jose Marcelo Galbis<sup>a,\*</sup>, Fernando Sánchez<sup>b</sup> y Miriam Estors<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de La Ribera, Alcira, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Anestesiología, Hospital Universitario de La Ribera, Alcira, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgalbis@hospital-ribera.com (J.M. Galbis).

doi:10.1016/j.arbres.2011.12.002

## Quistes pulmonares como manifestación radiológica de enfermedades benignas y malignas: errores en el diagnóstico

### *Lung Cysts as Radiological Manifestations of Benign and Malignant Diseases: Pitfalls in the Diagnosis*

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo recientemente publicado por los Drs. Singh y Bal<sup>1</sup> sobre el cáncer de pulmón en individuos muy fumadores que se manifiesta en forma de quistes pulmonares solitarios sintomáticos. Dicho artículo aportó nueva luz sobre el quiste pulmonar como manifestación radiológica habitual del carcinoma escamoso de pulmón en la tomografía computarizada (TC).

En estudios anteriores se había sugerido que las lesiones quísticas pulmonares podían ser un signo radiológico inicial del carcinoma broncogénico en la TC torácica. Según Lan et al.<sup>2</sup>, su paciente era una mujer de 27 años, no fumadora, mientras que el paciente de Singh y Bal era un varón de 45 años, fumador intenso. Ambos casos describen un cáncer de pulmón que se manifiesta en forma de lesión quística solitaria en los lóbulos pulmonares inferiores. En cambio, el patrón histológico del cáncer de pulmón fue un adenocarcinoma en el caso de Lan et al., mientras que se trató de un carcinoma escamoso en el presente caso. Más recientemente hemos identificado lesiones quísticas diseminadas, de paredes finas, como un nuevo signo radiográfico del adenocarcinoma de pulmón<sup>3</sup>. En nuestro caso hemos descrito a un varón de 39 años, no fumador, con un crecimiento de una masa de localización central en el lóbulo superior izquierdo y lesiones quísticas difusas rápidamente progresivas en ambos pulmones. Observamos también adenopatías hiliares y mediastínicas, así como una elevación de los marcadores tumorales en sangre circulante (CEA y CA-125). Realizamos una biopsia

pulmonar transbroncoscópica junto con exámenes histológicos e inmunohistoquímicos. Estos datos han establecido finalmente el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón.

El interés de estos casos radica no solo en sus formas de presentación poco habituales, sino también en sus dificultades diagnósticas. Las lesiones quísticas pulmonares, sean solitarias o difusas, se observan principalmente en trastornos benignos. Sin embargo, tanto nosotros como otros autores hemos demostrado la presencia de lesiones quísticas pulmonares como signos de enfermedades malignas torácicas<sup>1-5</sup>. El reto diagnóstico deriva de la prevalencia de las lesiones quísticas pulmonares en diversos trastornos torácicos (tabla 1). Así pues, aunque no sea frecuente, la presencia de lesiones quísticas pulmonares puede asociarse también a enfermedades malignas. El acceso a la biopsia pulmonar puede ser clave para el diagnóstico preciso de estos pacientes.

## Financiación

El presente estudio fue financiado por subvenciones de la National Natural Science Foundation of China (Número 81073107).

## Bibliografía

1. Singh N, Bal A. Lung cyst caused by centrally located bronchogenic carcinoma. *Arch Bronconeumol*. 2011, doi:10.1016/j.arbres.2011.06.019.
2. Lan CC, Wu HC, Lee CH, Huang SF, Wu YK. Lung cancer with unusual presentation as a thin-walled cyst in a young nonsmoker. *J Thorac Oncol*. 2010;5:1481-2.
3. Zhang J, Zhao YL, Ye MX, Sun G, Wu H, We CG, et al. Rapidly progressive diffused cystic lesions as a radiological hallmark of lung adenocarcinoma. *J Thorac Oncol*. 2012;7:457-8.
4. Aderson HJ, Pierce JW. Carcinoma of the bronchus presenting as thin-walled cysts. *Thorax*. 1954;9:100-5.
5. Seaman DM, Meyer CA, Gilman MD, McCormack FX. Diffuse cystic lung disease at high-resolution CT. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;196:1305-11.

Ming-Xiang Ye<sup>a</sup>, Yi-Lin Zhao<sup>b</sup> y Jian Zhang<sup>a,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Department of Pulmonary Medicine, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an, RP de China

<sup>b</sup> Department of Pulmonary Medicine, Tangdu Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an, RP de China

<sup>c</sup> Massachusetts General Hospital Cancer Center, Harvard Medical School, Charlestown, Massachusetts, Estados Unidos

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zhangjian197011@gmail.com (J. Zhang).

doi:10.1016/j.arbres.2011.11.009

**Tabla 1**

Causas de lesiones quísticas pulmonares

Congénitas	Inmunológicas
Malformación adenomatoide quística	Granulomatosis de Wegener
Quiste pulmonar	Neumonía intersticial linfocitaria
Síndrome de Birt-Hogg-Dubé	Bronquiolitis folicular
Infeciosas	Enfermedad autoinmune
Neumonía por <i>Staphylococcus aureus</i>	Neoplasias
Melioidosis	Carcinoma escamoso
Histoplasmosis	Adenocarcinoma
Bronquiectasias quísticas	Cánceres metastásicos
Otras	Idiopáticas
Enfisema centrolobulillar	Histiocitosis X pulmonar
Linfangiomiomatosis	Amiloidosis
	Enfermedad de depósito de cadenas ligeras