

las gigantes o el osteosarcoma. Dentro de las estirpes tumorales de pulmón, la que presenta una mayor frecuencia de metástasis óseas es el cáncer no microcítico, la mayoría de ellas (66%) detectadas en el momento del diagnóstico inicial². El manejo cuando estas lesiones son metastásicas varía en función de la posible supervivencia. Aunque el pronóstico sea ínfimo, realizar una cirugía de la zona, especialmente cuando es la cadera, facilita mucho la movilización del paciente y le proporciona una calidad de vida alta. La mejor opción quirúrgica es la resección completa de la metástasis, especialmente cuando esta es única, y sustitución del defecto óseo implantando una megaprótesis. Los componentes generalmente son cementados para una incorporación ósea rápida para poder movilizar rápidamente al paciente^{3,4}.

Financiación

Los autores declaran que no han obtenido ninguna fuente de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses respecto a este trabajo.

Bibliografía

- Clarke HD, Damron TA, Sim FH. Head and neck replacement endoprotheses for pathologic proximal femoral lesion. *Clin Orthop*. 1998;353:210-7.
- Al Husaini H, Wheatley P, Clemons M, Frances A. Prevention and management of bone metastases in lung cancer: a review. *J Thorac Oncol*. 2009;4:251-9.
- Mankin HJ, Francis J. Total femur replacement procedures in tumor treatment. *Clin Orthop*. 2005;438:60-4.
- Shinichiro N, Katsuyuki K. More than 10 years of follow-up of two patients after total femur replacement for malignant bone tumor. *International Orthopaedics*. 2000;24:176-8.

Jose Pablo Puertas García-Sandoval, Antonio Valcárcel Díaz*
y Jose Andrés Calatayud Mora

Unidad de Tumores, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología,
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: AVD1981@HOTMAIL.COM (A. Valcárcel Díaz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.06.003>

Diagnóstico de quiste tiroideo mediante ultrasonografía endobronquial sectorial con punción-aspiración en un paciente con cáncer de pulmón

Thyroid Cyst Diagnosed by Endobronchial Ultrasound-guided Transbronchial Needle Aspiration in a Patient With Lung Cancer

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente de 69 años, exfumador, diabético y dislipémico, remitido desde otro centro con el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar obtenido mediante fibrobroncoscopia que mostró una tumoración en el orificio del bronquio segmentario anterior del lóbulo superior derecho. La tomografía por emisión de positrones (PET-TC) informaba de una

masa hipercaptante (SUVmáx. de 15 g/ml) paramediastínica en el LSD compatible con tumoración maligna, una adenopatía paratraqueal inferior derecha con centro graso sin captación de FDG y una lesión paratraqueal superior derecha de 8 mm discretamente hipermetabólica (fig. 1A-B) que se interpretó como adenopatía. Ante estos hallazgos se estadificó como T3NxM0. Al tratarse de un paciente candidato a tratamiento quirúrgico con intencionalidad radical, se consideró imprescindible la obtención de muestras para descartar la afectación N2.

Se llevó a cabo la ultrasonografía endobronquial sectorial (ecobroncoscopio Olympus BF-UC 180F, Olympus, Tokio, Japón), que objetivó una adenopatía paratraqueal derecha baja de 13 × 10 mm con centro graso (fig. 1C) que se puncionó y resultó ser negativa para células malignas, y un nódulo hipocogénico en la región paratraqueal derecha alta, prácticamente subglótica, de 8 × 7 mm (fig. 1D)

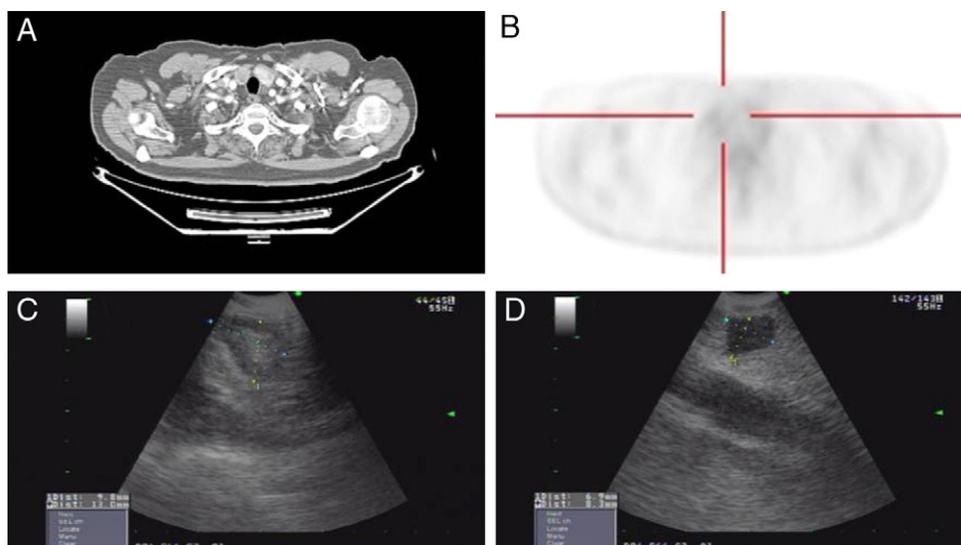


Figura 1. A) El corte axial de TC torácica en ventana de mediastino muestra un nódulo paratraqueal derecho alto. B) El corte transversal de PET-TC evidencia una lesión paratraqueal superior derecha discretamente hipermetabólica. C) Imagen ultrasonográfica de la adenopatía paratraqueal derecha baja de 13 × 10 mm con centro graso. D) Imagen nodular hipocogénica subglótica de 8 × 7 mm que corresponde a quiste tiroideo.

y que el modo Doppler descartó que se tratara de un vaso sanguíneo. Las características ecográficas de dicha lesión eran sugestivas de quiste, y en la punción se obtuvo un líquido que el análisis patológico demostró células foliculares en placas y grupos, abundantes macrófagos y hemosiderófagos sobre un fondo de material coloide, todo ello compatible con quiste tiroideo.

La existencia de falsos positivos de la PET-TC en la estadificación mediastínica del cáncer de pulmón hace imprescindible la confirmación cito-histológica a partir de técnicas mínimamente invasivas como puede ser la ecobroncoscopia. En este sentido, trabajos publicados recientemente reportan un valor predictivo negativo de la PET-TC del 95%¹.

La mayor parte de nódulos tiroideos detectados en pacientes con neoplasia pulmonar suelen corresponder a lesiones benignas. No obstante, las metástasis en tiroides en el cáncer de pulmón han sido descritas por algunos autores². Es por este motivo que la confirmación citológica es esencial ante un paciente con enfermedad maligna pulmonar.

El quiste tiroideo consiste en un nódulo de contenido líquido localizado en el tiroides y diferenciado del resto del parénquima. Se han publicado algunos trabajos sobre las implicaciones clínicas y el manejo aconsejado en pacientes neoplásicos a los que se detecta una captación por PET en el tiroides. La prevalencia de este hallazgo oscila entre el 1,2 y el 4,3% de los casos. El riesgo de malignidad de estas lesiones puede alcanzar el 33%, corresponden a carcinomas de tiroides (medular o papilar) y en ningún caso se trataba de metástasis de la neoplasia primaria. Además, el valor del SUV-max no es útil para diferenciar entre benignidad y malignidad de estas lesiones, por lo que la confirmación cito-histológica es muy recomendable^{3,4}.

Tras revisar la literatura, hasta la fecha solo hemos identificado un único caso publicado en un paciente con cáncer de pulmón de célula pequeña⁵.

Queremos destacar, por un lado, la importancia de confirmar los hallazgos en mediastino positivos por PET-TC en pacientes

con cáncer de pulmón, y por otro la utilidad de la ultrasonografía endobronquial sectorial para la identificación y punción sin complicaciones de quistes tiroideos.

Bibliografía

1. Darling GE, Maziak DE, Incelet RI, Gulenchyn KY, Driedger AA, Ung YC, et al. Positron emission tomography-computed tomography compared with invasive mediastinal staging in non-small cell lung cancer: results of mediastinal staging in the early lung positron emission tomography trial. *J Thorac Oncol*. 2011;6:1367-72.
2. Aron M, Kapila K, Verma K. Role of fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of secondary tumors of the thyroid – twenty years' experience. *Diagn Cytopathol*. 2006;34:240-5.
3. Wong C, Lin M, Chicco A, Benson R. The clinical significance and management of incidental focal FDG uptake in the thyroid gland on positron emission tomography/computed tomography (PET/CT) in patients with non-thyroidal malignancy. *Acta Radiol*. 2011;52:899-904.
4. Ho TY, Liou MJ, Lin KY, Yen TC. Prevalence and significance of thyroid uptake by F-FDG PET. *Endocrine*. 2011;40:303.
5. Steinfurt DP, Irving LB. Endobronchial ultrasound staging of thyroid lesion in small cell lung carcinoma. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;58:128-9.

Albert Sánchez-Font^{a,*}, Sergio Peralta^b
y Víctor Curull^a

^a Servei de Pneumologia, Hospital del Mar-IMIM (Parc de Salut Mar), CIBERES (ISC III), Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^b Servei d'Oncologia Mèdica, Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrònic: ASanchezF@parcdesalutmar.cat
(A. Sánchez-Font).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.05.003>