

papilar. La historia natural no está clara, pero es poco probable que degenera a la malignización y la evolución clínica es buena, aunque se ha descrito algún episodio de muerte por insuficiencia respiratoria^{3,5,6}.

Bibliografía

1. Umeoka S, Koyama T, Miki Y, Akai M, Tsutsui K, Togashi K. Pictorial review of tuberous sclerosis in various organs. *Radiographics*. 2008;28:e32.
2. Costello LC, Hartman TE, Ryu JH. High frequency of pulmonary lymphangiomyomatosis in women with tuberous sclerosis complex. *Mayo Clin Proc*. 2000;75:591-4.
3. Franz DN, Brody A, Meyer C, Leonard J, Chuck G, Dabora S, et al. Mutational and radiographic analysis of pulmonary disease consistent with lymphangiomyomatosis and micronodular pneumocyte hyperplasia in women with tuberous sclerosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164:661-8.
4. Popper HH, Juettner-Smolle FM, Pongratz MG. Micronodular hyperplasia of type II pneumocytes: a new lung lesion associated with tuberous sclerosis. *Histopathology*. 1991;18:347-54.

5. Kobashi Y, Sugiu T, Mouri K, Irei T, Nakata M, Oka M. Clinicopathological analysis of multifocal micronodular pneumocyte hyperplasia associated with tuberous sclerosis in Japan. *Respirology*. 2008;13:1076-81.
6. Ristagno R, Biddinger P, Pina E, Mever C. Multifocal micronodular pneumocyte hyperplasia in tuberous sclerosis. *AJR*. 2005;184:S37-9.

Luis Miravet Sorribes^{a,*}, Nuria Mancheño Franch^b
y Laura Batalla Bautista^a

^a Sección de Neumología, Hospital de la Plana, Vila-real, Castellón, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miravet.lui@gva.es (L. Miravet Sorribes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.06.006>

Diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar por metástasis ósea en cadera

Diagnosis of Pulmonary Adenocarcinoma Due to Hip Bone Metastasis

Sr. Director:

El hecho de que el primer síntoma de un tumor primario sea una metástasis ósea no es infrecuente y debe formar parte del diagnóstico diferencial en un paciente que tenga algún antecedente de riesgo. El cáncer de pulmón tiene una predilección por el hueso, y las metástasis generalmente asientan en el fémur proximal.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 56 años, sin antecedentes de interés —salvo ser fumadora de un paquete diario— que consultó por dolor en la región trocantérea de 2 meses de evolución. Fue tratada como una bursitis trocantérea, con mala respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos. Ante la falta de mejoría y las radiografías de mala calidad, se decidió realizar una resonancia magnética (RM), en la cual se apreció una imagen central y expansiva de características agresivas localizada a nivel del trocánter mayor de la cadera derecha (fig. 1). Con la sospecha de una tumoración maligna metastásica o primaria se realizó un estudio de extensión con tomografía computarizada toracoabdominal en la que se apreció una masa pulmonar suprahiliar izquierda de 20 × 23 mm que infiltra la ventana aortopulmonar con adenopatías mediastínicas homolaterales, imagen osteolítica en el cuello

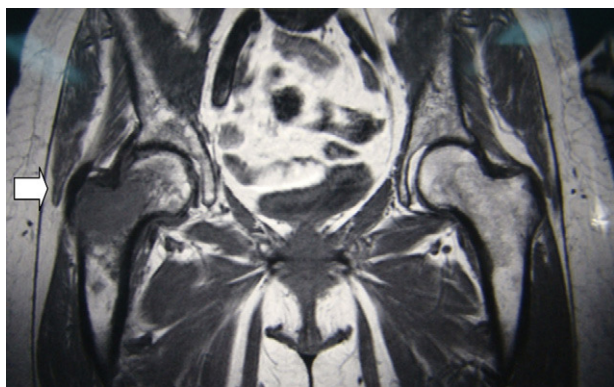


Figura 1. La resonancia magnética potenciada en T1 muestra imagen central y expansiva de características agresivas localizada a nivel del trocánter mayor y cuello de la cadera derecha (flecha).

femoral derecho intertrocantérea de 45 mm con masa de partes blandas. Fibrobroncoscopia con mucosa inflamatoria en el lóbulo superior izquierdo. Aspirado bronquial sin células neoplásicas. PET/TC: masa parahiliar izquierda de 20 × 25 mm (SUV 16), lesión lítica con masa de partes blandas en la zona trocantérea del fémur derecho (SUV 8,7). Analítica: hemograma, 3.750 leucocitos; hemoglobina, 8,5 g/dl; plaquetas, 164.000. Bioquímica: albúmina, 3 g/dl; fosfatasa alcalina, 113 U; lactato deshidrogenasa, 130 U; resto, normal. Iones y coagulación, normales. Antígeno carcinoembrionario, 127 ng/ml; Ca 15,3, 37 U/ml; Ca 125 y Ca 19,9, normales. Se realizó biopsia percutánea de la región trocantérea guiada con radioscopia, que fue informada como compatible con metástasis de adenocarcinoma de pulmón.

Con dicho diagnóstico, y dada la inmovilidad de la paciente, se optó por realizar una resección completa de la metástasis a nivel del trocánter y sustitución del defecto mediante la implantación de una megaprótesis. El postoperatorio fue adecuado, con deambulación con andador a los 5 días y con el uso de un tutor externo al mes.

Evolución

Se inició quimioterapia sistémica con cisplatino y vinorelbina hasta completar 6 ciclos, sin presentar incidencias y con una calidad de vida aceptable para la paciente. A los 7 meses la paciente fue ingresada por un proceso de deterioro y desorientación, y tras realizar una RM cerebral fue diagnosticada de metástasis cerebrales. Se realizó radioterapia holocraneal, pero al mes la paciente empezó con dolores óseos generalizados, disfagia y disnea progresiva secundaria a la progresión de la enfermedad a nivel pulmonar y mediastínico. La paciente falleció a los 13 meses del diagnóstico.

Discusión

Es importante, dentro de los diagnósticos diferenciales del dolor musculoesquelético, tener presente la patología tumoral, especialmente en pacientes que tienen factores de riesgo como el tabaquismo¹. Es difícil diagnosticar clínicamente un tumor primario óseo o una metástasis, pero se debe sospechar cuando el dolor es continuo, se mantiene en reposo y no mejora con el tratamiento analgésico. Ante un dolor de estas características se debe realizar una radiografía simple de la región afectada, ya que es una prueba que aporta gran información. En las edades medias de la vida, y principalmente cuando es mayor de 60 años, el diagnóstico diferencial comprende en primer lugar un origen metastásico y en segundo lugar un tumor primario, como el tumor de célu-

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)

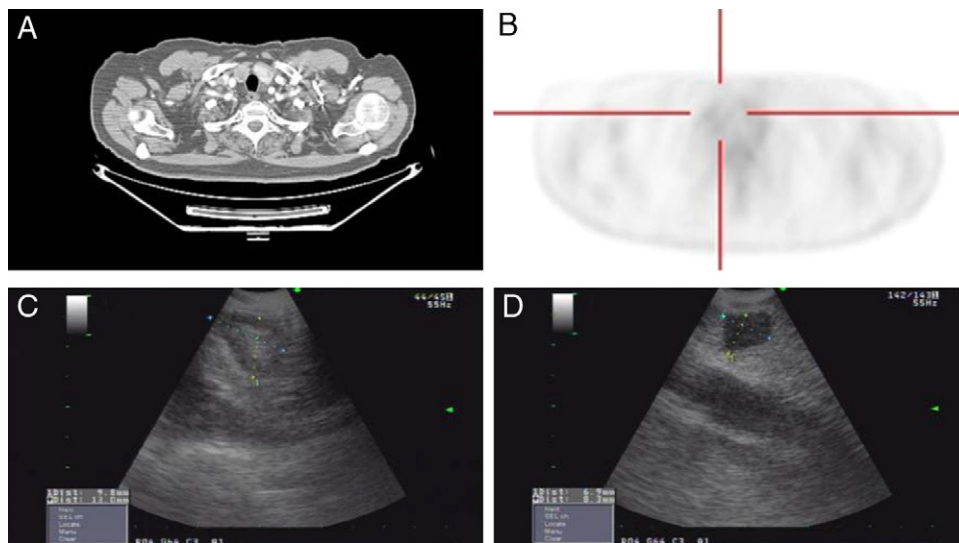


Figura 1. A) El corte axial de TC torácica en ventana de mediastino muestra un nódulo paratraqueal derecho alto. B) El corte transversal de PET-TC evidencia una lesión paratraqueal superior derecha discretamente hipermetabólica. C) Imagen ultrasonográfica de la adenopatía paratraqueal derecha baja de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