

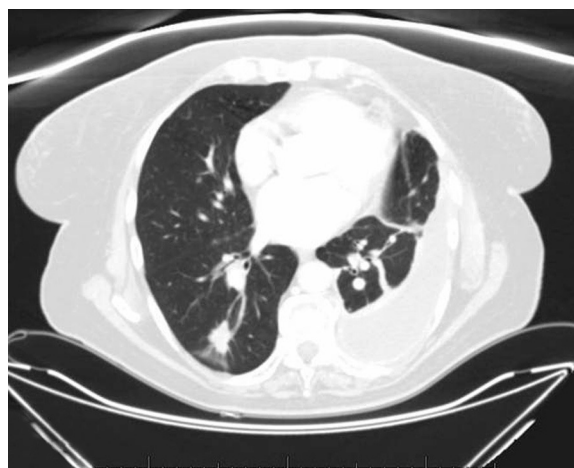
## Hemotórax espontáneo como una forma de presentación del carcinoma broncogénico

### Spontaneous Hemothorax as a Presenting Form of Bronchogenic Carcinoma

Sr. Director:

El hemotórax espontáneo es una forma de presentación extremadamente rara del carcinoma broncogénico. Presentamos el caso de una mujer de 73 años de edad, no fumadora, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, psoriasis y síndrome depresivo. La paciente acudió a urgencias con dolor torácico de tipo pleurítico de una semana de evolución, pérdida de peso y astenia desde hacía 2 meses. En la exploración física destacaba la ausencia de ruidos respiratorios en la base del hemitórax izquierdo. En la radiografía torácica se objetivó una imagen radiopaca en la base izquierda compatible con derrame pleural y desplazamiento contralateral del mediastino. Se realizó una tomografía computarizada (TC) en la que se observó un derrame pleural loculado, atelectasia del lóbulo inferior y de la lingula, y un nódulo pulmonar solitario de 2 cm de diámetro máximo en el segmento apical del lóbulo inferior derecho (fig. 1). Se realizó posteriormente una toracocentesis en la que se diagnosticó hemotórax y que fue tratado con drenaje torácico. La radiografía posterior demostró expansión, de manera que el drenaje fue retirado al sexto día. Se realizó entonces una nueva TC en la que se objetivó la resolución completa del hemotórax con persistencia del nódulo anteriormente descrito. En 2 citologías del líquido pleural se observó la presencia de células malignas sugestivas de adenocarcinoma. Los análisis inmunohistoquímicos demostraron positividad para MOC-31, y un estudio con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) evidenció una mutación en el exón 19 del gen EGFR. La paciente fue dada de alta con el diagnóstico de carcinoma de células grandes EGFR positivo y tratada con gefitinib.

El hemotórax espontáneo es una entidad poco frecuente y sus causas incluyen neoplasias, tratamiento anticoagulante o coagulopatías, endometriosis, infarto pulmonar y neumotórax con adhesiones. Las causas infecciosas también han sido descritas<sup>1</sup>. Desde el punto de vista neoplásico, las metástasis de tumores ginecológicos, coriocarcinoma y sarcoma, son las más frecuentes<sup>2</sup>. El carcinoma primario que más se asocia con el desarrollo de un hemotórax espontáneo suele ser el schwannoma de la enfermedad de Von Recklinghausen y el angiosarcoma<sup>1</sup>. El hemotórax espontáneo como forma de presentación de un carcinoma broncogénico es excepcional en la literatura<sup>3</sup>, aun en el contexto de metástasis pleurales<sup>1</sup>. Se ha sugerido como posible mecanismo la compresión y necrosis isquémica del tejido pulmonar periférico debido al crecimiento subpleural del tumor, o la invasión de vasos pulmonares con rotura y drenaje hacia la cavidad pleural<sup>3</sup>. Hemos realizado una búsqueda bibliográfica al respecto. En bases de datos como PubMed



**Figura 1.** La TC de tórax muestra derrame pleural loculado, atelectasia del lóbulo inferior y de la lingula, y nódulo pulmonar solitario de 2 cm en el segmento apical del lóbulo inferior izquierdo.

([www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed)) hemos encontrado 576 trabajos con las palabras clave «hemotórax espontáneo», y de ellos solo 2 se han relacionado con un carcinoma broncogénico, uno de ellos descrito por Chou et al.<sup>3</sup> debido a un adenocarcinoma con metástasis linfáticas ipsilaterales, y otro por Ausín et al.<sup>2</sup> en 2005 debido a un carcinoma de células grandes con metástasis hepáticas y óseas. En este caso se pudieron realizar estudios anatomopatológicos, inmunohistoquímicos y biológicos, de manera que el paciente fue dado de alta con tratamiento específico y respuesta exitosa.

### Bibliografía

1. Ali HA, Lippman M, Mundathaje U, Khaleeq G. Spontaneous hemothorax a comprehensive review. *Chest*. 2008;134:1056-65.
2. Ausín P, Gómez-Caro A, Pérez Rojo R, Moradiellos FJ, Díaz Hellín V, Martín de Nicolás JL. Spontaneous hemothorax caused by lung cancer. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:400-1.
3. Chou SH, Cheng YJ, Kao EL, Chai CY. Spontaneous haemothorax: An unusual presentation of primary lung cancer. *Thorax*. 1993;48:1185-6.

Régulo José Ávila Martínez<sup>a,\*</sup>, Ana Hernández Voth<sup>b</sup> y Victoria Villena Garrido<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [reguloavila@hotmail.com](mailto:reguloavila@hotmail.com) (R.J. Ávila Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.02.008>

## Enfermedad de Castleman mediastínica: presentación de un caso

### Mediastinal Castleman's Disease: Case Report

Sr. Director:

Aunque la enfermedad de Castleman es una entidad patológica bien descrita en la literatura científica, son pocos los casos comunicados en nuestro país y pueden plantear problemas de diagnóstico

diferencial. Presentamos el caso de una mujer de 33 años remitida a nuestro servicio por Medicina Interna con el diagnóstico de masa mediastínica hallada en una radiografía de tórax efectuada tras un accidente.

La paciente refería un episodio de hemoptisis autolimitada un mes antes, pérdida de peso que *relacionaba* con ansiedad, opresión retroesternal ocasional acompañada de parestesias en brazo izquierdo y episodios de broncoespasmo. Los estudios de laboratorio fueron normales. La tomografía computarizada torácica (fig. 1) informó como sigue: masa de partes blandas en mediastino

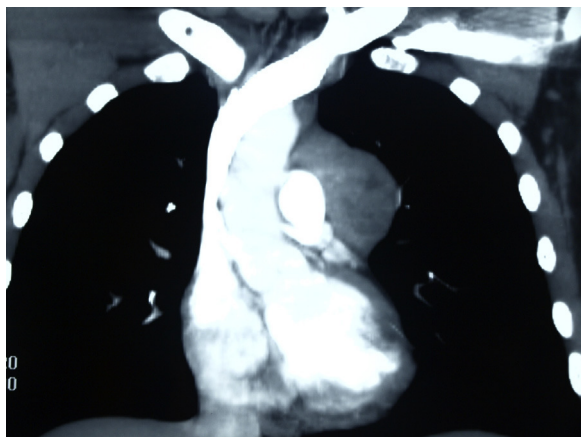


Figura 1. Tomografía computarizada torácica.

anterior, de 5 cm de diámetro, que ocupaba el espacio prevascular y ventana aortopulmonar. Dicha lesión sugería en primer lugar timoma o linfoma.

Para intervenir a la enferma elegimos una mini-toracotomía anterolateral izquierda por varias razones: proporciona buen acceso a la lesión para biopsiar, al mismo tiempo se podía ampliar fácilmente en caso de lesión resecable y, además, una incisión submamaria es más cosmética que una mediastinotomía anterior. Se halló una masa redondeada, bien delimitada, situada en el mediastino que contactaba con la vena y la arteria pulmonares superiores, el pericardio y el lóbulo superior izquierdo que no infiltraba ninguna de esas estructuras, procediéndose a su completa extirpación.

Se envió la pieza como biopsia intraoperatoria, siendo diagnosticada como timoma.

Anatomía patológica definitiva: tumoración redondeada bien delimitada de 6,16 × 4,67 cm. Hiperplasia gigantodular linfoide benigna compatible con enfermedad de Castleman, subtipo histológico hialino-vascular.

La enfermedad de Castleman (también llamada hiperplasia ganglionar angiofolicular benigna o hiperplasia gigantodular linfoide benigna), descrita por primera vez por Benjamin Castleman en 1956<sup>1</sup>, es una entidad rara caracterizada por la proliferación no tumoral del tejido linfático. Se desconoce la causa, aunque un subgrupo de casos se asocia con virus herpes humano-8 (HHV-8)<sup>2</sup>.

Afecta por igual a ambos sexos y puede aparecer a cualquier edad y en cualquier parte del organismo, aunque mayoritariamente en el tórax (70%), seguido del cuello (15%) y el abdomen-pelvis (15%).

La enfermedad de Castleman se clasifica en 3 subtipos histopatogénicos: vascular-hialino, de células plasmáticas y mixto<sup>3</sup>. Más recientemente se propone una nueva clasificación en 4 variedades<sup>4</sup>: vascular-hialino, de células plasmáticas, asociada a HHV-8 y multicéntrica no específica. El más frecuente es el tipo vascular-hialino (90%). Suele afectar a jóvenes y asociarse a la forma localizada. El tipo de células plasmáticas representa el 9% de los casos, aparece en la edad adulta y suele ser característico de la forma generalizada o multicéntrica.

Clínicamente puede presentarse de forma localizada o multicéntrica. La forma localizada aparece más frecuentemente en el

tórax. La media de edad es en torno a los 35 años y afecta por igual a ambos sexos. Suele cursar como una masa asintomática y aislada, siendo frecuente su diagnóstico como hallazgo casual. Ocasionalmente provoca síntomas de compresión, como dolor torácico o abdominal. Las linfadenopatías periféricas son raras y los estudios de laboratorio solo muestran alteraciones en el 25% de los casos. La forma multicéntrica suele aparecer en edades más tardías, afecta a más de un área del organismo y cursa con manifestaciones sistémicas: astenia, adelgazamiento, fiebre, adenopatías generalizadas, lesiones cutáneas, neuropatía y hepatoesplenomegalia. Los análisis de laboratorio suelen mostrar incremento de la VSG, anemia e hipergammaglobulinemia. A diferencia de la variedad localizada, se asocia fuertemente a inmunodepresión e infección por HHV-8<sup>2</sup>. Su curso es con frecuencia agresivo y fatal debido al desarrollo de infecciones y neoplasias, como sarcoma de Kaposi y linfomas.

La enfermedad se sospecha mediante técnicas de imagen, pero el diagnóstico definitivo requiere obtener una biopsia. El diagnóstico diferencial incluye otra patología ganglionar, particularmente linfomas y tuberculosis; Bonekamp et al. la denominan «la gran imitadora»<sup>5</sup>.

El tratamiento en la forma localizada es la extirpación quirúrgica<sup>6</sup>, sin que se hayan comunicado recurrencias en la mayoría de las series, incluso con resección incompleta. La forma multicéntrica precisa terapias multimodales con radioterapia, quimioterapia, corticoides y anticuerpos monoclonales<sup>5</sup>.

#### Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses.

#### Bibliografía

1. Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*. 1956;9:822-30.
2. Katano H, Sata T. An attractive relation of human herpesvirus-8 with multicentric Castleman's disease. *Intern Med*. 1999;38:221.
3. Keller AR, Hocholzer L, Castleman B. Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cancer*. 1972;29:670-83.
4. Cronin DM, Warnke RA. Castleman disease: An update on classification and the spectrum of associated lesions. *Adv Anat Pathol*. 2009;16:236-46.
5. Bonekamp D, Horton K, Hruban R, Fishman E. Castleman disease: The great mimic. *Radiographics*. 2011;31:1793-807.
6. Bowne WB, Lewis JJ, Filippa DA, Niesvizky R, Brooks AD, Burt ME, et al. The management of unicentric and multicentric Castleman's disease. *Cancer*. 1999;85:706-17.

Carlos Miguélez Vara<sup>a,\*</sup>, Manuel Mariñán Gorospe<sup>a</sup>  
e Irune Albistur Lesmes<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital San Pedro, Logroño, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital San Pedro, Logroño, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [cmiguel@riojasalud.es](mailto:cmiguel@riojasalud.es),  
[cmvara61@gmail.com](mailto:cmvara61@gmail.com) (C. Miguélez Vara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.02.009>