



Figura 1. Distribución estacional de los patógenos causales de la neumonía adquirida en la comunidad.

Invierno: diciembre a febrero; Primavera: marzo a mayo; Verano: junio a agosto; Otoño: septiembre a noviembre.

pneumophila, que supone el 6, el 8 y el 8% de los casos, según los destinos comentados⁴. Estas cifras coinciden con las publicadas por Herrera-Lara et al.¹, que confirman que el 8,6% están originadas por *L. pneumophila*. En nuestro entorno, Toledo, con inviernos más fríos y lluviosos (comparando la media de temperatura en Toledo de 2009-2011 de 7,20°, frente a 9,72°C de media del estudio de Herrera-Lara et al.¹, y precipitaciones de 54,31 acumulados vs 35,21) y veranos más calurosos y lluviosos (26,23 vs 24,6°C de media y 15,9 vs 8,271), hemos estudiado tanto la incidencia de la NAC según la distribución estacional como las diferencias de frecuencias entre *S. pneumoniae* y *L. pneumophila*, aprovechando las bases de datos de distintos estudios sobre el manejo de la NAC realizados en los años 2009-2011^{3,5}. La investigación para *S. pneumoniae* y *L. pneumophila* se realizó sistemáticamente a todos los enfermos con sepsis e ingresados con antigenuria en orina para neumococo y para *L. pneumophila serogrupo 1* (inmunocromatografía de membrana-Binax NOW®). Y en los pacientes ingresados

se solicitaron hemocultivos y cultivo de esputo con siembra directa cuando fueron adecuados (*Legionella*: inmunofluorescencia directa Ag. *Legionella pneumophila*). Se incluyeron 1.698 casos de NAC del SU (el 51% ingresaron y se obtuvo diagnóstico etiológico en el 39,5%). La distribución estacional comparada con el trabajo de Herrera-Lara et al.¹ fue: invierno (38 vs 36,6%), primavera (25 vs 20,2%), verano (8 vs 18,5%) y otoño (31 vs 24,7%). En la figura 1 se muestra la distribución de ambos con patrón similar en todas las estaciones (p=NS). Otros diagnósticos, como bacterias atípicas (2,5% para *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*) y virales (0,5-1%) no tuvieron diferencias estacionales, aunque sus proporciones seguro que están infraestimadas, ya que su estudio no fue sistemático. En conclusión, el clima y la estación influyen en la etiología de la NAC, pero también el lugar geográfico y otros factores.

Bibliografía

- Herrera-Lara S, Fernández-Fabrellas E, Cervera-Juan A, Blanquer-Olías R. ¿Influyen la estación y el clima en la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad? Arch Bronconeumol. 2013;49:140-5.
- Martínez Ortiz de Zárate M, González del Castillo J, Julián Jiménez A, Piñera Salmerrón P, Llopis Roca F, Guardiola Tey JM, et al. Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. Emergencias. 2013;25:368-78.
- Julián-Jiménez A, Palomo de los Reyes MJ, Parejo Míguez R, Laín-Terés N, Cuenca-Boy R, Lozano-Ancín A. Mejora del manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de urgencias. Arch Bronconeumol. 2013;49:230-40.
- Torres A, Barberán J, Falguera M, Menéndez R, Molina J, Olaechea P, et al. Guía multidisciplinaria para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Med Clin (Barc). 2013;140, e1-223.19.
- Julián-Jiménez A, Parejo Míguez R, Cuenca Boy R, Palomo de los Reyes MJ, Laín Terés N, Lozano Ancín A. Intervenciones para mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad desde el servicio de urgencias. Emergencias. 2013;25:379-92.

Agustín Julián-Jiménez*, Manuel Flores Chacartegui y Ana Nieves Piqueras-Martínez

Servicio de Urgencias-Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: agustinj@sescam.jccm.es, agustin.jj@wanadoo.es (A. Julián-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.08.001>

Carcinoma broncoalveolar: un término a actualizar

Bronchioloalveolar Carcinoma: Time for a New Term

Sr. Director:

En el número de julio de *Archivos de Bronconeumología*, la Dra. Paraschiv y colaboradoras han publicado un caso clínico dentro de la sección de Cartas al Director¹. Estas autoras describen un caso de un hombre de 35 años fumador de 35 paquetes/año que consultó por un cuadro de astenia, tos y dolor torácico de 2 semanas de duración. La radiografía simple de tórax mostró una afectación del espacio aéreo en forma de consolidación parcheada con broncograma aéreo que se confirmó en una tomografía computarizada (TC) de tórax. Inicialmente la orientación diagnóstica fue de un proceso infeccioso, aunque la falta de respuesta al tratamiento antibiótico llevó a la sospecha clínica de una neoplasia. El paciente falleció y

el diagnóstico definitivo de carcinoma broncoalveolar fue establecido en la necropsia. Si bien el caso clínico es interesante por su singularidad, consideramos que el diagnóstico final de carcinoma broncoalveolar es impreciso.

Tradicionalmente se había usado el término «carcinoma broncoalveolar» para definir los adenocarcinomas pulmonares que presentan crecimiento lepidico en la muestra patológica. El crecimiento lepidico consiste en la proliferación de células neoplásicas que revisten las superficies de las paredes alveolares preservando la arquitectura pulmonar. La correlación radiológica de este tipo de tumores suele ser en forma de opacidades en vidrio deslustrado o bien en zonas de afectación del espacio aéreo de tipo alveolar que pueden acompañarse de zonas de consolidación y/o de broncograma aéreo. Desde el punto de vista clínico este tipo de tumores incluye una amalgama de entidades con tratamiento y pronóstico completamente diferentes: desde adenocarcinomas que se presentan como opacidades en vidrio

deslustrado en la TC torácica², con muy buen pronóstico tras la resección quirúrgica (con cifras de supervivencia del 100% a los 5 años de la cirugía)³, a tumores como el descrito en el caso clínico que comienzan con enfermedad extensa multilobar. En consecuencia, la terminología «carcinoma broncoalveolar» se ha considerado imprecisa al englobar tumores con comportamientos clínicos muy diferentes. Por este motivo, en la reciente clasificación del adenocarcinoma pulmonar publicada en febrero de 2011 conjuntamente por la *European Respiratory Society* (ERS), la *American Thoracic Society* (ATS) y la *International Association for the Study of Lung Cancer* (IASLC)⁴ se desaconseja seguir utilizando el término «carcinoma broncoalveolar». En esta nueva clasificación del adenocarcinoma pulmonar se contemplan 5 categorías que con anterioridad se englobaban bajo el concepto de carcinoma broncoalveolar:

- 1) Adenocarcinoma in situ.
- 2) Adenocarcinoma mínimamente invasivo.
- 3) Adenocarcinoma predominantemente lepidico (no mucinoso).
- 4) Adenocarcinoma predominantemente invasivo con componente lepidico no mucinoso.
- 5) Adenocarcinoma mucinoso invasivo.

En conclusión, el diagnóstico de carcinoma broncoalveolar se debería evitar, según las recomendaciones de la nueva clasificación del adenocarcinoma, y en su lugar nos deberíamos referir a alguna de las 5 categorías que se incluyen en ella.

Financiación

Ninguna.

Agradecimientos

Ninguno.

Bibliografía

1. Paraschiv B, Toma CL, Diaconu C. Carcinoma broncoalveolar en un paciente joven: caso clínico. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:315-6.
2. Noguchi M, Morikawa A, Kawasaki M, Matsuno Y, Yamada T, Hirohashi S, et al. Small adenocarcinoma of the lung. Histologic characteristics and prognosis. *Cancer*. 1995;75:2844-52.
3. Aoki T, Tomoda Y, Watanabe H, Nakata H, Kasai T, Hashimoto H, et al. Peripheral lung adenocarcinoma: correlation of thin-section CT findings with histologic prognostic factors and survival. *Radiology*. 2001;3:803-9.
4. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR, Yatabe Y, et al. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Classification of Lung Adenocarcinoma. *J Thorac Oncol*. 2011;6:244-85.

José Sanz-Santos*, Felipe Andreo y Juan Ruiz-Manzano

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 34057jss@comb.es (J. Sanz-Santos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.07.004>