



Figura 1. Tomografía computarizada torácica que muestra imagen de tejidos blancos con coeficiente de atenuación de grasa de contornos irregulares con una macrocalcificación en el interior de 4 x 3 cm.

endobronquialmente, y muy ocasionalmente en la periferia del pulmón¹. Para Watts, Clagget y MacDonald, los lipomas que se producen en el parénquima del pulmón o por debajo de la pleura podrían surgir de la grasa que a menudo está presente en los bronquios más pequeños².

Son pocos los casos de lipoma intrapulmonar periférico publicados, con escasa literatura lo cual hace más difícil su diagnóstico y adecuado manejo terapéutico. La mayoría de los casos registrados hablan de hallazgos incidentales y de diagnóstico después de la resección quirúrgica. Consideremos el primer caso reportado en la literatura en 1911 por Buchmam quien describe el hallazgo en una autopsia²; Hirata en 1989 resalta que «el tratamiento del lipoma periférico está limitado a la intervención quirúrgica»³; en el 2004 para Wood la revisión previa del archivo radiológico evitó la necesidad de intervención quirúrgica con fines

diagnósticos. Pero también pone de manifiesto que el diagnóstico diferencial de una masa pulmonar periférica que contiene grasa incluye, además de lipoma, el fibrolipoma-hamartoma y liposarcoma³.

En nuestro caso teníamos una paciente sin archivo radiológico previo, con una imagen radiopaca intrapulmonar, en la que en la búsqueda de un diagnóstico preciso que descartara o confirmara malignidad solo la anatomía patológica fue la herramienta de certeza (fig. 1).

Conflicto de intereses

Certificamos no tener conflictos de intereses, ni con ningún gobierno constitucional, ni con ninguna empresa de la industria farmacéutica ni médica que implique en este trabajo.

Bibliografía

1. Sánchez-Font A, Pijuan L, Rodríguez-Rivera C, Vollmer I, Curull V. Tumores endobronquiales benignos infrecuentes. RevEsp Patol. 2011;44:245-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2010.11.003>.
2. Touroff AS, Seley GP. Lipoma of the bronchus and the lung. A report of two unusual cases. Ann Surg. 1951;134:244-50.
3. Wood J, Henderson RG. Peripheral intrapulmonary lipoma: A rare lung neoplasm. Br J Radiol. 2004;77:60-2.

Norma Castro Ramírez^a, Fernando Cano Pazmiño^b y Tannia Rivera Rivera^{b,*}

^a Servicio de Medicina Interna, Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, Guayaquil, Ecuador

^b Servicio de Neumología, Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, Guayaquil, Ecuador

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dramimo@hotmail.com

(T. Rivera Rivera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.11.006>

Situs inversus asociado a atelectasia pulmonar



Situs Inversus With Pulmonary Atelectasis

Sr. Director:

El *situs inversus* total (SIT) es una enfermedad congénita poco frecuente con una transposición de los órganos torácicos y abdominales¹. El *situs inversus* (SI) es un defecto congénito, autosómico recesivo cuya incidencia en la población general tan solo es del 0,001 al 0,01%². En general, esta rara anomalía genética se descubre o diagnostica fortuitamente durante una prueba de imagen torácica y abdominal. En el presente artículo se describe un caso con atelectasia pulmonar derecha, observándose el corazón, el bazo y el hígado a la derecha de la línea media.

Un hombre de 46 años de edad, no fumador y que no refería molestia alguna, fue derivado a nuestro servicio con una radiografía de tórax anómala que mostraba dextrocardia y una opacidad homogénea en la zona media del pulmón derecho. La tomografía computarizada (TC) de tórax reveló una atelectasia segmentaria, que se extendía desde el lóbulo inferior derecho hasta el lóbulo medio derecho (fig. 1). El corazón y el bazo también se observaban a la derecha de la línea media y el hígado se localizaba a la izquierda. Con estos hallazgos, se definió un SIT. La broncoscopia de fibra óptica reveló la ausencia de lóbulo superior en el pulmón derecho, pero es interesante destacar que la estructura del lóbulo superior del pulmón izquierdo era similar a lo habitual, es decir, incluía los 3 segmentos: apical, anterior y posterior. Los resultados del lavado broncoalveolar y de la citología fueron normales. El lavado broncoalveolar y el broncoaspirado fueron negativos para bacilos ácido-alcohol resistentes y el cultivo de Lowenstein para tuberculosis fue negativo. Con 6 meses de seguimiento no se observaron cambios clínicos ni radiológicos.

El SI es una anomalía posicional congénita en la que las vísceras abdominales se desarrollan en una posición incorrecta. El SI es una anomalía poco frecuente, con una proporción varones:mujeres de 3:2³. En la lateralidad habitual o *situs solitus* el pulmón trilobulado, el hígado, la vesícula biliar y otros órganos internos se encuentran a la derecha, mientras que en el SI se localizan a la izquierda. Puede observarse tanto con levocardia como con dextrocardia⁴.

En el presente caso, el SIT se definió con atelectasia segmentaria del pulmón derecho y del lóbulo superior derecho desarrollado en el área del lóbulo superior izquierdo. Hasta lo que el autor conoce, esta combinación no se ha descrito nunca en los estudios



Figura 1. La tomografía computarizada de tórax del paciente revela una atelectasia segmentaria que se extiende desde el lóbulo inferior derecho hasta el lóbulo medio derecho.

publicados en todo el mundo. Solo en el estudio de Sarkar et al.⁵ se describía un caso de hipoplasia pulmonar unilateral asociada a *situs inversus* abdominal en un lactante de 2 meses de edad.

En conclusión, el SI se diagnostica fortuitamente durante una prueba de imagen torácica y abdominal. En estos casos puede

observarse atelectasia pulmonar, localizándose el lóbulo superior derecho en el pulmón izquierdo.

Conflicto de intereses

El autor no ha declarado conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Akbulut S, Caliskan A, Ekin A, Yagmur Y. Left-sided acute appendicitis with situs inversus totalis: Review of 63 published cases and report of two cases. *J Gastrointest Surg.* 2010;14:1422-8.
2. Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. *J Emerg Med.* 2001;20:241-5.
3. Huang SM, Yao CC, Tsai TP, Hsu GW. Acute appendicitis in situs inversus totalis. *J Am Coll Surg.* 2008;207:954.
4. Küçükay F, Ökten RS, Cumhuri T. Percutaneous biliary intervention for primary sclerosing cholangitis in a patient with situs inversus totalis. *Turk J Gastroenterol.* 2011;22:636-40.
5. Sarkar S, Mondal R, Nandi M, Das NK. Unilateral pulmonary hypoplasia with abdominal situs inversus. *Indian J Pediatr.* 2012;79:1360-2.

Abdullah Şimşek

Chest Diseases Public Hospital, Bursa, Turquía

Correo electrónico: abdullahsimsek@yahoo.com.tr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.11.012>

Tumor fibroso solitario pleural maligno: una rara entidad



Malignant Solitary Fibrous Tumour of the Pleura: An Uncommon Entity

Sr. Director:

El tumor fibroso solitario pleural (TFSP) es una entidad infrecuente, con unos 800 casos descritos en la literatura. Existen 2 variantes diferenciadas: la localizada que presenta comportamiento benigno y la forma difusa más infrecuente y que cursa con gran agresividad^{1,2}. Puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente entre la sexta y séptima década de la vida. Debuta como una masa intratorácica pleomórfica, planteándose diagnóstico diferencial con lesiones pleuropulmonares benignas y malignas, siendo fundamental un buen diagnóstico histopatológico.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años, no fumadora y sin antecedentes de interés, que consultó por dolor torácico tras traumatismo. En un primer momento se realizó una radiografía de tórax con hallazgo incidental de una tumoración pleuropulmonar derecha. La paciente no presentaba clínica respiratoria asociada con pruebas de función respiratoria normales. Se completó el estudio con una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, que mostró una tumoración del tercio inferior del hemitórax derecho en íntima relación con el diafragma y estructuras cardiomediastínicas (fig. 1), y con una punción con aguja fina que mostró tejido compatible con tumor mesenquimal de células fusiformes. Ante estos hallazgos, se optó por intervención quirúrgica, al considerarse el tratamiento estándar, realizando una extirpación completa de la tumoración. La anatomía patológica confirmó la presencia de un tumor fibroso solitario con áreas fusocelulares con elevado índice mitótico, importante pleomorfismo y elevada celularidad (cumpliendo los criterios de malignidad descritos por England et al.),

y con positividad inmunohistoquímica para vimentina y CD34³. Se desestimó tratamiento adyuvante debido a la baja quimiosensibilidad de esta estirpe tumoral y a los escasos datos al respecto. Se iniciaron revisiones normales hasta que un año después, en una TAC de control se observaron 2 lesiones nodulares muy próximas entre sí (18 y 13 mm) con aspecto radiológico de malignidad, por lo que se indicó resección de las mismas. La anatomía patológica confirmó su origen tumoral compatible con metástasis de TFSP. A los 6 meses, un nuevo TAC mostró múltiples nódulos pulmonares bilaterales y afectación ósea confirmada por gammagrafía. Tras ser valorada por el servicio de oncología médica, se solicitó la realización de la mutación de *c-kit*, al existir casos descritos con dicha mutación y períodos de larga respuesta a imatinib⁴. Finalmente, se trató de un tumor *c-kit* negativo, por lo que se decidió iniciar tratamiento con quimioterapia, mostrando rápida progresión a las distintas líneas de tratamiento, falleciendo al poco tiempo del diagnóstico de la recidiva.

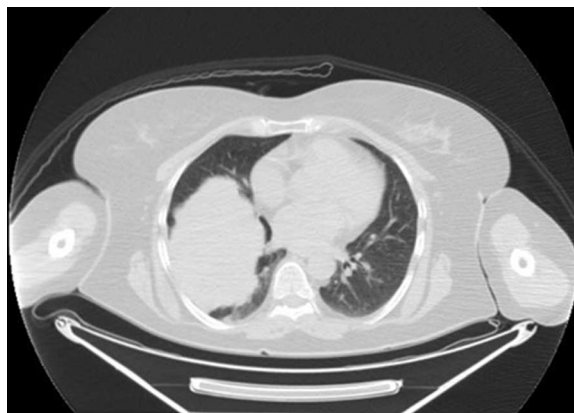


Figura 1. TAC.