



**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.<sup>5</sup> 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](mailto:abdullahsimsek@yahoo.com.tr)

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

### Tumor fibroso solitario pleural maligno: una rara entidad



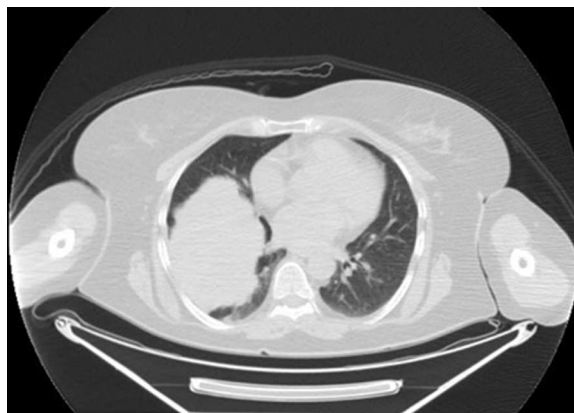
#### *Malignant Solitary Fibrous Tumour of the Pleura: An Uncommon Entity*

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<sup>1,2</sup>. 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 CD34<sup>3</sup>. 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 imatinib<sup>4</sup>. 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.

Este caso, en nuestra opinión ilustra 2 aspectos importantes. Por un lado, la presencia de un tumor infrecuente como es el TFSP que debuta de forma oligosintomática y que se debe plantear dentro del diagnóstico diferencial de masas pleurales. Por otro lado, el hecho de que la enfermedad se inicia aparentemente bajo una forma poca agresiva, pero con criterios histopatológicos de alto riesgo, evolucionando posteriormente de forma tórpida y con gran agresividad. Este hecho debe hacernos reflexionar que nos encontramos ante un tumor poco conocido, del cual desconocemos su historia natural y con pobres opciones terapéuticas.

## Bibliografía

1. de Perrot M, Fischer S, Bründler MA, Sekine Y, Keshavjee S. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Ann Thorac Surg.* 2002;74:285-93.
2. Marak CP, Dorokhova O, Guddati AK. Solitary fibrous tumor of the pleura. *Med Oncol.* 2013;30:573.
3. England DM, Hochholzer L, McCarthy MJ. Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura. A clinicopathologic review of 223 cases. *Am J Surg Pathol.* 1989;13:640-58.
4. De Pass T, Toffaloro F, Colomo P, Trifirò G, Pelosi G, Vigna PD, et al. Brief report: Activity of imatinib in a patient with platelet-derived-growth-factor receptor positive malignant solitary fibrous tumor of the pleura. *J Thorac Oncol.* 2008;3:938-41.

Patricia Cruz Castellanos\* y Javier de Castro Carpeño

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cruz.patricia@hotmail.com](mailto:cruz.patricia@hotmail.com)  
(P. Cruz Castellanos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.01.001>

## Fibrosis pulmonar tardía (neumonía intersticial usual) en un paciente con antecedentes de neumonía asociada a H1N1 no complicada



### Delayed Pulmonary Fibrosis (Usual Interstitial Pneumonia) in a Patient With Previous Uncomplicated H1N1-Associated Pneumonia

Sr. Director:

En febrero de 2011, un varón de 53 años de edad fue ingresado en nuestro centro por fiebre, tos no productiva y disnea de esfuerzo; el paciente no refirió antecedentes de exposiciones laborales durante el examen médico.

La tomografía computarizada (TC) de tórax mostró consolidaciones pulmonares bilaterales que afectaban predominantemente a los lóbulos inferiores.

Los análisis de sangre no mostraron presencia de leucocitosis, y la fórmula leucocitaria fue de un 72,7% de neutrófilos y un 18,5% de linfocitos. Los análisis del suero fueron negativos. Los análisis de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos anti-DNA y anticuerpos para antígenos nucleares extraíbles (ENA) fueron negativos.

La gasometría arterial (ABG) mostró una hipoxemia moderada, con una presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>) de 52 mmHg, una PCO<sub>2</sub> de 34 mmHg y un pH de 7,48; la saturación de oxígeno arterial (SaO<sub>2</sub>) fue del 88%.

En la muestra de frotis faríngeo, el análisis de H1N1 fue positivo.

El paciente fue derivado a la unidad de enfermedades infecciosas, y fue tratado con una terapia combinada consistente en prednisona 25 mg, 2 veces al día por vía oral durante 10 días, cefotaxima 1 g, 2 veces al día por vía i.v. durante 10 días, zanamivir en inhalaciones (2 × 5 mg) 2 veces al día durante 5 días y oseltamir 75 mg en cápsula 2 veces al día durante 5 días; presentó una rápida mejoría del estado clínico que se evidenció tanto radiológicamente como en gasometría. A los 20 días, el paciente fue dado de alta en buen estado.

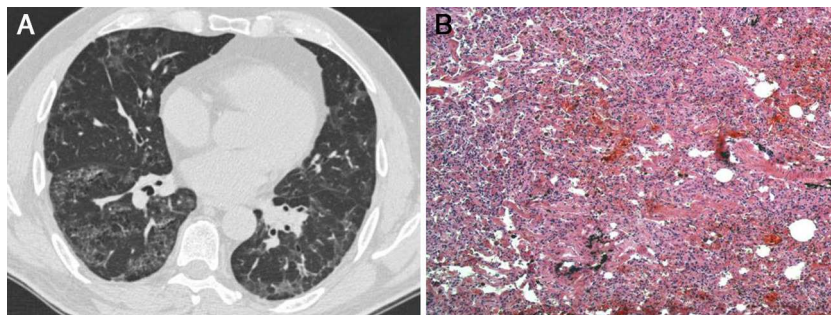
Se realizó una TC de tórax antes del alta, en la que se observó una buena recuperación de la función pulmonar, mientras que la ABG fue normal (pH = 7,41; PCO<sub>2</sub> = 37 mmHg; PO<sub>2</sub> = 85 mmHg y SaO<sub>2</sub> = 96%).

El paciente fue remitido, entonces, a un seguimiento neumológico consistente en exámenes mediante TC de alta resolución (TCAR) del tórax, análisis de la ABG, y pruebas de función pulmonar con determinaciones de la capacidad de difusión del pulmón para el monóxido de carbono (DLCO).

En los seguimientos realizados al cabo de 1, 3 y 6 meses, el paciente estuvo asintomático; las TCAR de tórax seriadas mostraron una consolidación basal pequeña, de menos de 3 cm de diámetro, formada por opacidades reticulares y en vidrio esmerilado.

Resaltamos que los signos radiológicos descritos no se modificaron en su forma ni en sus dimensiones. Las pruebas de la función pulmonar mostraron valores normales: FVC = 86,6%; FEV<sub>1</sub> = 96%; FEV<sub>1</sub>/FVC: 88,47; DLCO: 78% y SpO<sub>2</sub>: 96%.

En mayo de 2012, el paciente pasó a presentar síntomas, con tos no productiva y disnea de esfuerzo. El paciente regresó a la observación con una notable disminución de los parámetros de



**Figura 1.** A) TCAR de tórax en la que se observa una borrosidad en vidrio esmerilado y una opacidad reticular periférica que se manifiestan especialmente en las bases pulmonares. B) El examen histopatológico mostró lo siguiente: tabiques alveolares ensanchados con proliferación de neumocitos tipo II e infiltrado inflamatorio mononuclear con fibrosis intersticial en un patrón en parches (*patchwork pattern*) que sugería una neumonía intersticial usual (tinción de hematoxilina-eosina, aumentos originales 100×).