

eran compatibles con linfangioleiomiomas, y con el hallazgo de los quistes a nivel del parénquima pulmonar se estableció el diagnóstico de LLM. En este caso el debut de la enfermedad fue la patología abdominal.

Los AML son tumores benignos que se caracterizan radiológicamente por la existencia de grasa, aunque en un 5% de tumores puede no demostrarse su presencia, lo que hace el diagnóstico más difícil. Su tratamiento es conservador a no ser que se compliquen con hemorragia, lo que puede requerir la cirugía o embolización. Está descrita que su asociación con la LLM es tan fuerte que, como en este caso, ante la presencia de una masa renal en una paciente con LLM, se debe sospechar de un AML².

Los linfangioleiomiomas son dilataciones quísticas del sistema linfático que se producen por la proliferación de las células atípicas de la LLM. Pueden variar de tamaño según factores gravitacionales o según la dieta, ser asintomáticos o dar molestias abdominales inespecíficas, y pueden confundirse con otros procesos como adenopatías o neoplasias, como en el caso presentado. No existe tratamiento efectivo.

Como conclusión consideramos que se debe conocer la patología abdominal asociada a la LLM, ya que puede ayudar a hacer el diagnóstico de la enfermedad evitando pruebas más agresivas. También el conocimiento de la trascendencia clínica de estos hallazgos puede evitar cirugías innecesarias. Sugerimos la

realización de estudios de TC abdominal en los casos de TC de tórax compatible con LLM.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pallisa E, Sanz P, Roman A, Majó J, Andreu J, Cáceres J. Lymphangioleiomyomatosis: Pulmonary and abdominal findings with pathologic correlation. *Radiographics*. 2002;22(Spec No):S185-198.
2. Avila N, Kelly J, Chu S, Dwyer A, Moss J. Lymphangioleiomyomatosis: Abdominopelvic CT and US findings. *Radiology*. 2000;216:147-53.

Helena Gómez Herrero*, Carmen Sánchez Rodríguez
y Álvaro Gargallo Vaamonde

Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: hgomezhe@cfnavarra.es (H. Gómez Herrero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.014>

Carcinoma estenosante esofágico diagnosticado por ecobroncoscopia



Stenosing Esophageal Carcinoma Diagnosed by Endobronchial Ultrasound

Sr. Director:

Los tumores estenosantes de esófago en ocasiones plantean un desafío diagnóstico a los endoscopistas digestivos debido a la dificultad de acceso a través de la luz esofágica. Describimos un caso de carcinoma estenosante esofágico diagnosticado por punción transbronquial guiada por ecobroncoscopia (EBUS-PTB).

Se trata de un varón de 71 años, fumador, consumidor de 30 g/día de alcohol, que consultó por disfagia de 2 meses de evolución asociado a un síndrome constitucional. La exploración física era normal. En la analítica solo destacaba una bilirrubina total de 1,3. En la tomografía computarizada (TC) se objetivó una masa de 33 × 26 × 48 mm en el 1/3 superior del esófago (fig. 1A). La gastroscopia mostraba una estenosis del esófago cervical, aparentemente extrínseca, que no permitía el paso del endoscopio. Durante la ecoendoscopia transesofágica (EUS) la estenosis de la luz esofágica dificultó la entrada del endoscopio y la toma de muestras mediante punción aspiración con aguja fina no fue óptima. La punción

realizada en la parte más proximal a la lesión mostró únicamente células atípicas.

Ante la imposibilidad de lograr un diagnóstico por vía digestiva se estudió un posible abordaje diagnóstico mediante punción transtraqueal ecodirigida (EBUS-FNA). Tras la exploración endoscópica objetivamos una protusión de la *pars* membranosa de la tráquea en su tercio superior. Mediante ultrasonidos, a 2 cm de las cuerdas vocales, se identificó una masa retrotraqueal de 25 × 32 mm (fig. 1B), que se puncionó en 2 ocasiones. Tras el estudio anatomopatológico de las muestras incluyendo estudios de inmunohistoquímica, que fueron positivos para citoqueratina 5 y p63 y negativos para citoqueratina 7 y TTF1, se obtuvo el diagnóstico de carcinoma escamoso esofágico.

El cáncer estenosante de esófago es una enfermedad con un pronóstico sombrío que plantea en ocasiones un reto diagnóstico. En la literatura se han propuesto como soluciones, la endoscopia intervencionista y la cirugía.

La EBUS-PTB es una herramienta útil y segura para el diagnóstico de adenopatías hilio-mediastínicas. Su papel es fundamental en el diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón. Sin embargo, existen menos datos en la literatura acerca de su utilidad en el diagnóstico de masas pulmonares o mediastínicas centrales¹. Anantham et al. publicaron 2 casos diagnósticos de quiste broncogénico² y Chalhoub y Harris describieron el

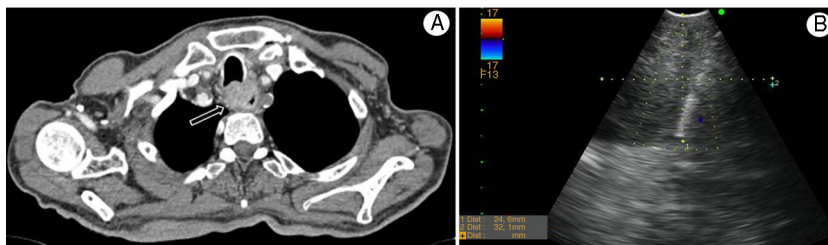


Figura 1. A) Imagen de la TC torácica en la que se objetiva una masa situada en el tercio superior del esófago (señalada por una flecha). B) Imagen ecoendoscópica de la punción de la masa esofágica.

primer caso de nódulo tiroideo³ en sendas publicaciones a través de EBUS-FNA. Por lo tanto, la EBUS-FNA tiene un papel diagnóstico en la enfermedad mediastínica no exclusivamente adenopática evitando procedimientos diagnósticos más invasivos.

Por otro lado, la EBUS-PTB puede ser realizada por el broncoscopista en el mismo acto que la ecografía endobronquial. Así, Turner et al. documentan un caso de tumor esofágico estenosante diagnosticado mediante EUS-FNA⁴. En el paciente reportado por vía esofágica no se pudo acceder de forma adecuada a la lesión debido a su carácter estenosante. Recientemente, Liberman et al. demuestran la utilidad del EBUS-PTB en la estadificación del carcinoma esofágico⁵.

Por lo tanto, EBUS y EUS son técnicas complementarias que permiten el estudio mínimamente invasivo de la enfermedad mediastínica, de ahí la importancia de que exista una colaboración estrecha entre ambas especialidades.

Bibliografía

1. Lourido T, Botana MI, Leiro V, Núñez M, Fernández-Villar A. Diagnóstico de lesiones paratraqueobronquiales no adenopáticas mediante ecobroncoscopia lineal. Arch Bronconeumol. 2013;49:337-9.

2. Anantham D, Phua GC, Low SY, Koh MS. Role of endobronchial ultrasound in the diagnosis of bronchogenic cysts. Diagn Ther Endosc. 2011;2011:468237.
3. Chalhoub M, Harris K. The use of endobronchial ultrasonography with transbronchial needle aspiration to sample a solitary substernal thyroid nodule. Chest. 2010;137:1435-6.
4. Turner BG, Sosa A, Nasser I, Sawhney M. Use of an endobronchial US endoscope in a nearly obstructing esophageal tumor. Gastrointest Endosc. 2012;76:1045-6.
5. Liberman M, Hanna N, Duranceau A, Thiffault V, Ferraro P. Endobronchial ultrasonography added to endoscopic ultrasonography improves staging in esophageal cancer. Ann Thorac Surg. 2013;96:232-6.

Tamara Lourido-Cebreiro, Virginia Leiro-Fernández*
y Alberto Fernández-Villar

Unidad de Técnicas Broncopleurales, Servicio de Neumología,
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo,
Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginia.leiro.fernandez@sergas.es
(V. Leiro-Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.015>

Atresia congénita unilateral de venas pulmonares en adultos. Descripción de un caso y revisión de la literatura



Unilateral Congenital Atresia in Adults. A Case Report and Review of the Literature

Sr. Director:

La atresia congénita unilateral de venas pulmonares sin otra anomalía cardíaca asociada es una entidad muy rara^{1,2}. Suele presentarse en la infancia o adolescencia como episodios recurrentes

de infección pulmonar o hemoptisis, siendo excepcional en adultos. Hasta la fecha hemos encontrado en la literatura 11 casos (incluyendo el nuestro).

Presentamos el caso de un varón de 43 años, que revisamos en la consulta tras ingreso por neumonía. Entre sus antecedentes personales destaca diabetes tipo 1 y atresia congénita de venas pulmonares derechas diagnosticada en la infancia sin seguimiento posterior. Se trata del tercer episodio en 2 años de neumonía del lóbulo superior derecho. Además refiere hemoptisis de pequeña cuantía de forma diaria y disnea a grandes esfuerzos. A la auscultación observamos disminución del murmullo en todo el hemitórax derecho con una sibilancia persistente audible en plano anterior y axilar.

En la radiografía de tórax se aprecia una resolución de la imagen de condensación junto con disminución del volumen de pulmón derecho con desviación de mediastino hacia ese lado. La TAC realizada se muestra en la figura 1. Se realiza una broncoscopia con los siguientes hallazgos: ausencia de bronquio lobar superior derecho, existiendo en su lugar la salida de 2 bronquios accesorios que no dejan pasar el broncoscopio. Tampoco se aprecia la salida del bronquio apical y paracardiaco del lóbulo inferior derecho. La espirometría revela un patrón restrictivo moderado y el ecocardiograma una estenosis aórtica ligera sin datos de hipertensión pulmonar.

Por último, se realiza una angiografía que confirma todos los hallazgos descritos en la TAC y, además, muestra que parte del sistema de colaterales formadas para nutrir pulmón derecho proviene de una arteria subfrénica inferior (fig. 1).

Tras finalizar el estudio se discute el caso en sesión conjunta con los servicios de cirugía torácica y cirugía vascular decidiendo como opción terapéutica más apropiada la neumectomía.

La atresia unilateral de venas pulmonares se produce por el fallo en la incorporación de la vena pulmonar común a la aurícula izquierda. Hasta en un 50% de las ocasiones se asocia a otras anomalías cardíacas sin que exista preferencia por el pulmón derecho o izquierdo^{1,2}.

El espectro clínico va desde pacientes asintomáticos³ hasta el desarrollo de una hipertensión pulmonar² y la muerte. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante una angiografía pulmonar. Aunque en la actualidad, técnicas como la TAC o la resonancia

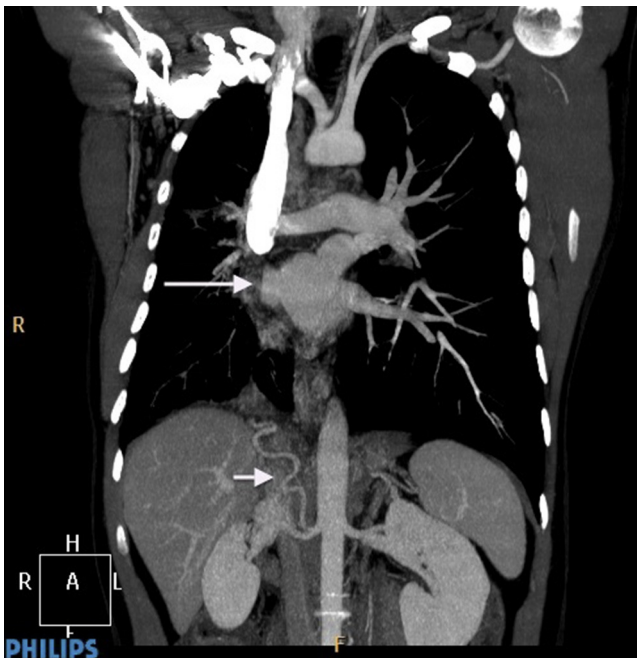


Figura 1. La TAC muestra ausencia de venas pulmonares derechas desembocando en aurícula izquierda, así como la arteria subfrénica inferior con origen en la arteria renal derecha.