

pleura. La inmunohistoquímica es positiva para el anticuerpo CD34 en el 100% de los casos, anticuerpo CD99 en el 70%, Bcl-2, SMA y antígeno epitelial de membrana el 20% y vimentina en el 90%; y negativo para citoqueratinas, actina, desmina y proteína S100³.

La resección con márgenes libres es el tratamiento de elección^{4,5}. La quimioterapia puede tener lugar en formas sistémicas, pero su utilidad no está bien esclarecida^{1,2}.

La sobrevida a cinco años es mayor al 90%, la tasa de recurrencia en las formas benignas es del 1,4% y en las variantes malignas entre el 9 y el 19%, respectivamente³.

Debido al comportamiento biológico y al curso impredecible del tumor fibroso, como se observa en el caso presentado, es esencial el seguimiento a largo plazo.

Bibliografía

1. Park M, Ravi V, Conley A, Patel S, Trent J, Lev D, et al. The role of chemotherapy in advanced solitary fibrous tumors: A retrospective analysis. *Clin Sarcoma Res.* 2013;3:7.
2. Levard A, Derbel O, Mééus P, Ranchere D, Ray-Coquard I, Blay J. Outcome of patients with advanced solitary fibrous tumors: The Centre Léon Bérard experience. *BMC Cancer.* 2013;13:109.

3. Sakellaridis T, Koukis I, Maroufidou T, Panagiotou I, Piyis A, Tsolakis K. Intrapulmonary solitary fibrous tumor masquerade sigmoid adenocarcinoma metastasis. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;46:295-8.
4. González JM, Varona Porres D, Andreu Soriano J, Montero Fernández MA. Tumor fibroso solitario intrapulmonar asociado a hemoptisis: a propósito de un caso. *Radiología.* 2012;54:182-6.
5. Sakurai H, Tanaka W, Kaji M, Yamazaki K, Suemasu K. Intrapulmonary localized fibrous tumor of the lung: A very unusual presentation. *Ann Thorac Surg.* 2008;86:1360-2.

Emiliano Schiavoni^{a,*}, Facundo Alvarez Padilla^a
y Mario Bustos^{a,b}

^a Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Córdoba, Argentina

^b Miembro de la Asociación Iberoamericana de Cirugía Torácica (AIACT)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: schiavoniemiliano@gmail.com (E. Schiavoni).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.06.001>

Leiomiomatosis pulmonar benigna metastatizante, una causa excepcional de nódulos pulmonares



Pulmonary benign metastasizing leiomyoma, a rare cause of pulmonary nodules

Sr. Director:

La leiomiomatosis pulmonar benigna metastatizante (LPBM) es una rara enfermedad que ocurre en mujeres en edad reproductiva con antecedentes de leiomionas uterinos (LU). Aunque histológicamente es benigna, puede metastatizar en órganos como el pulmón¹.

Mujer de 53 años, afecta de dolor abdominal crónico, fue remitida al objetivar en la tomografía axial computarizada (TAC) (fig. 1A) una masa de 6 cm en ovario izquierdo, múltiples nódulos pulmonares bilaterales y una masa sólido-quística de 11 cm paramediastínica izquierda. Tenía antecedentes de histerectomía por un LU 12 años antes, no era fumadora y estaba asintomática. La función pulmonar, la broncoscopia y la analítica fueron normales. En el PET-TAC no existía captación, y la resonancia magnética (fig. 1B) identificó una masa paramediastínica heterogénea, lobulada y bien definida.

La biopsia de un nódulo mostró tejido muscular liso sin atipia, con bajo índice mitótico, expresión de actina/desmina y receptores estrógenos/progesterona positivos, siendo compatible con leiomioma. La resección de la masa pélvica y paramediastínica confirmó que ambas eran leiomiomas. Fue tratada con tamoxifeno 20 mg diarios y 3,5 mg mensuales de triptorelina, encontrándose estable en la actualidad.

EL LU es el tumor ginecológico benigno más frecuente en mujeres fértiles. Raramente, muestra crecimiento extrauterino, denominándose LPBM. No más de 100 casos han sido publicados, el primero por Steiner en 1939¹.

La LPBM se caracteriza por múltiples nódulos de tejido muscular liso extrauterino, antecedentes de histerectomía por un LU y un período de latencia entre 3 y 20 años^{2,3}. El órgano más afectado es el pulmón, pero ocasionalmente puede asentar en pleura, peritoneo, vena cava o corazón.

La mayoría son asintomáticos, y su forma de presentación es el hallazgo incidental de múltiples nódulos pulmonares, bien definidos y de diferentes dimensiones², 70% bilaterales y 17% unilaterales, y solo excepcionalmente se manifiesta como nódulo solitario³. Más infrecuente es el patrón miliar o las lesiones quísticas o cavitadas.

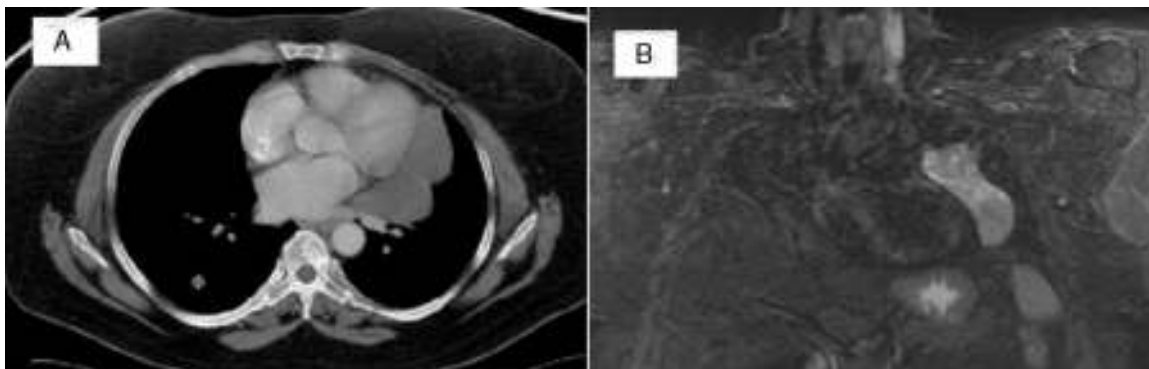


Figura 1. A) TAC torácica que muestra un corte transversal de la masa paramediastínica izquierda y un nódulo en el segmento 6 derecho que se biopsió. B) Resonancia magnética torácica que muestra masa paramediastínica izquierda de 11 cm heterogénea, con componente sólido y quístico, lobulada y de contornos bien definidos.

Histológicamente expresan actina y desmina, receptores de estrógeno y progesterona positivos y benignidad, como el bajo índice mitótico, ausencia de atipias y de necrosis tumoral³, producida por proliferaciones multifocales independientes de músculo liso que responden al estímulo hormonal, o por diseminación hematogena de un LU inicial^{3,4}. Los estudios citogenéticos apoyan su origen monoclonal. El curso suele ser indolente, salvo cuando la localización, el tamaño o el número de lesiones condicionan complicaciones⁵.

El tratamiento de la LPMB es conservador o quirúrgico, siendo preferible la escisión primaria siempre que sea posible⁴. En nuestro caso se reseco la masa paramediastínica para evitar complicaciones locales por compresión de estructuras mediastínicas adyacentes, ya que había aumentado de tamaño, y para confirmar la naturaleza de esta gran masa quística, muy distinta del resto de nódulos. En estas lesiones se aconseja su resección para evitar complicaciones, como la hemoptisis masiva y, además, descartar el leiomioma de bajo grado. En el caso de lesiones no resecables se recomienda iniciar tratamiento hormonal⁴.

Concluimos que la LPMB debe considerarse en mujeres en edad reproductiva que presenten nódulos pulmonares múltiples con antecedentes de LU.

Bibliografía

- Steiner PE. Metastasizing fibroleiomyoma of the uterus: Report of a case and review of the literature. *Am J Pathol.* 1939;15:89-110.7.
- Taftaf R, Starnes S, Wang J, Shipley R, Namad T, Khaled R, et al. Benign metastasizing leiomyoma: A rare type of lung metastases-two case reports and review of the literature. *Case Rep Oncol Med.* 2014;2014:842801.
- Fan D, Yi X. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma: A case report. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7:7072-5.
- Goto T, Maeshima A, Akanabe K, Hamaguchi R, Wakami M, Oyamada Y, et al. Benign metastasizing leiomyoma of the lung. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2012;18:121-4.
- Ma H, Cao J. Benign pulmonary metastasizing leiomyoma of the uterus: A case report. *Oncol Lett.* 2015;9:1347-50.

Patricia Pérez-Ferrer, Eusebi Chiner*, José Norberto Sancho-Chust y Mar Arlandis

Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: echinervives@gmail.com (E. Chiner).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.08.004>

Rinoconjuntivitis y asma ocupacional en una trabajadora de una fábrica de muebles



Rhinoconjunctivitis and occupational asthma in a furniture factory worker

Sr. Director:

Los trabajadores expuestos a harinas de cereales, no solo los panaderos, pueden desarrollar sensibilización y rinoconjuntivitis y/o asma ocupacionales frente a los alérgenos de las harinas^{1,2}.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años de edad, que había trabajado en una fábrica de muebles durante 9 años y tenía antecedentes de rinoconjuntivitis alérgica leve y asma debidos a los ácaros del polvo. Además, había sufrido rinoconjuntivitis relacionada con su trabajo durante los últimos 3 años. Dos años antes de ser derivada a nuestro servicio, había comenzado a tener tos seca y dificultad para respirar, que también atribuía a su entorno de trabajo. Todos estos síntomas aumentaban minutos después de manipular harina de centeno (HC) para elaborar la cola usada para pegar las piezas en el montaje de muebles.

Las pruebas cutáneas dieron positivo con polen de gramíneas y olivo, *D. pteronissynus*, harina de trigo (HT) y HC. Las pruebas cutáneas con un extracto de HC y HT de fabricación propia (10% p/v) dieron lugar a una respuesta fuertemente positiva (pápulas de 10 y 12 mm, respectivamente). Los niveles de IgE específica (ImmunoCAP®, ThermoFisher, Uppsala, Suecia) fueron 4 kU/l para HC, 2,6 kU/l para *D. pteronissynus* y 2,1 kU/l para HT.

Una espirometría realizada mientras trabajaba mostró un FEV₁ de 2,40 l (82%) y un cociente FEV₁/FVC del 80%. También durante su jornada laboral, se realizó una prueba de provocación por inhalación de metacolina siguiendo un protocolo abreviado³ que resultó positiva (dosis acumulativa 0,21 mg).

En el laboratorio del hospital se realizó una prueba de provocación por inhalación específica vertiendo HC de una bandeja a otra, aumentando la duración de la exposición hasta un máximo de 15 min. La espirometría se realizó al inicio del estudio, después de cada exposición y a los 2, 5, 10, 15, 20, 30, 45, 60, 90 y 180 min

después, tras la provocación con HC. Se midió luego cada hora el flujo espiratorio máximo durante 24 h (excepto durante las horas de sueño). La exposición a la HC se interrumpió a los 2 min por tos y disnea. A los 5 min se midió un descenso del 70% en el FEV₁ con respecto a los valores basales (fig. 1). Un día antes se había realizado una provocación control con solución salina normal y no se habían observado cambios significativos.

Discusión

Los síntomas respiratorios del caso descrito se asociaron a la actividad laboral; la evolución de la paciente, junto con los resultados de las pruebas diagnósticas señalaron que tenía una enfermedad respiratoria alérgica ocupacional, provocada por la alergia mediada por IgE frente a HC inhalada.

Se deben tener en cuenta los alérgenos de la HC en el diagnóstico de asma ocupacional en panaderos, agricultores y molineros⁴. También se debe considerar la tarea realizada en el lugar de trabajo ya que, aunque no sea conocido que algunos trabajos puedan causar asma ocupacional debido a harinas, estas sustancias pueden utilizarse en ciertas circunstancias para tareas específicas, como en el caso que describimos¹.

Los trabajadores en riesgo de sensibilización son los atópicos que tienen que tamizar y mezclar ingredientes, como le sucedió a

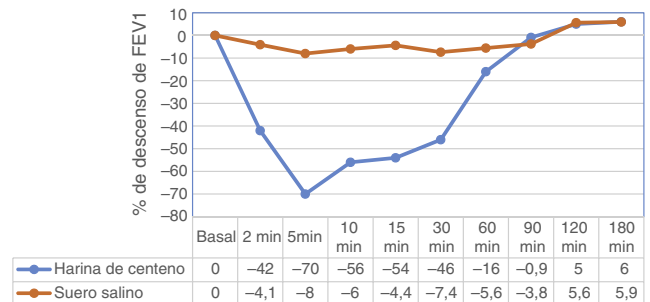


Figura 1. Prueba de provocación bronquial con harina de centeno.