

CARTAS AL DIRECTOR

Hemoptisis catamenial. A propósito de un caso

Sr. Director: La hemoptisis catamenial es una entidad poco común, de carácter benigno, que se manifiesta en mujeres de edad fértil como hemoptisis recurrente. Su patogenia se atribuye a una implantación de tejido endometrial en la mucosa bronquial (endometriosis extrapélvica).

Mujer de 39 años de edad en seguimiento en consulta por una hemoptisis recurrente de 4 años de evolución. Antecedentes: fumadora de 25 paquetes-año, menarquia a los 9 años y un embarazo a los 18 años sin antecedentes.

En 1996, la paciente acudió a urgencias por el primer episodio de hemoptisis no cuantificada de 24 h de evolución, con disnea de medianos esfuerzos y dolor en hemitórax izquierdo de características pleurísticas. El examen físico fue normal. El hemograma, bioquímica general y tiempos de coagulación fueron normales, la baciloscopia negativa para bacilos ácido-alcohol resistentes, las pruebas funcionales respiratorias y radiografía de tórax de control no mostraron alteraciones. La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax evidenció adenopatías prevasculares en el espacio mediastínico anterior y en la zona cavotraqueal de más de 1 cm con parénquima pulmonar normal. La fibrobroncoscopia evidenció una carina traqueal ensanchada y enrojecimiento, siendo la biopsia y la citología negativas para células neoplásicas. Se realizó una nueva TAC de tórax 3 meses después en la que se apreció una disminución significativa del tamaño de las adenopatías. Durante su seguimiento en consulta persistieron los episodios recurrentes de hemoptisis, precisando ingreso en al menos dos ocasiones más sin alteraciones evidentes en las exploraciones complementarias. Se realizó una nueva fibrobroncoscopia en la que se objetivó, en el tercio proximal del bronquio principal izquierdo, una lesión con un color rojo vinoso a la salida del bronquio principal izquierdo, siendo el cepillado y el broncoaspirado negativos para células neoplásicas. Se realizó nueva TAC de tórax un año después, que demostró la existencia de adenopatías paratraqueales derechas y precarinales menores de 1 cm y un infiltrado periférico izquierdo basal posterior, que desapareció en un control 45 días después.

Ante la alta frecuencia de los episodios de sangrado se comprobó la coincidencia de los episodios de hemoptisis con sus ciclos menstruales y se inició tratamiento con danazol a dosis de 400 mg dos veces al día remitiendo los episodios hemoptoicos.

La hemoptisis catamenial se manifiesta en mujeres de edad fértil como una hemoptisis recurrente asociada con la menstruación¹. La analítica básica no aporta ningún dato de relieve. La radiografía de tórax puede presentar imágenes de nódulos, infiltrados periféricos o ser normal. La TAC torácica con contraste detecta una amplia variedad de lesiones, que van desde el engrosamiento de las paredes bronquiales, los nódulos o los infiltrados predominantemente periféricos, que se caracteri-

zan por menguar o desaparecer tras el ciclo menstrual². La angiografía bronquial y pulmonar presenta una sensibilidad menor que la TAC en la detección del posible foco de sangrado³.

La broncoscopia tiene un papel controvertido ante la diversidad de lesiones encontradas y la escasa confirmación histológica de éstas⁵.

En los pacientes con un foco sangrante claro se procedió a la extirpación de la lesión con buenos resultados². En casos sin foco sangrante claro se hizo un tratamiento hormonal con danazol⁶, progesterona y análogos de la GnRH, reproduciéndose la hemoptisis al abandonar el tratamiento.

En resumen, la hemoptisis catamenial es una entidad rara con una importante variabilidad en las pruebas complementarias, por lo que se debe diagnosticar fundamentalmente a través de la historia clínica una vez descartadas otras posibilidades diagnósticas más prevalentes.

**C. Rueda Ríos, F. Tibos
y M.V. Hidalgo Sanjuán**

Servicio de Neumología.

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

1. Cassina CC, Hauser M, Kael G, Imthurn B, Schröder S, Weder W. Catamenial hemoptysis. Diagnosis with MRI. *Chest* 1997; 111: 1447-1450.
2. Hertzanu Y, Heimer D, Hirsch M. Computed tomography of pulmonary endometriosis. *Computerized Radiol* 1987; 11: 81-84.
3. Katoh O, Yamada H, Aoki Y, Matsumoto S, Kudo S. Utility of angiograms in patient with catamenial hemoptysis. *Chest* 1990; 98: 1296-1297.
4. Guidry GG, George RB, Payne DK. Catamenial hemoptysis: a case report and review of the literature. *J La State Med Soc* 1990; 142: 27-30.
5. Fliedler D, Moran C, Travis W, Koss M, Mark E. Pleuro pulmonary endometriosis and pulmonary ectopic decidualosis: a clinicopathologic and immuno histochemical study of 10 cases with emphasis on diagnostic pitfalls. *Hum Pathol* 1998; 29: 1495-1503.
6. Johnson WM, Tyndal CM. Pulmonary endometriosis: treatment with danazol. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 506-507.

Carcinoma bronquial de células pequeñas con osteoartropatía hipertrófica (OAH) secundaria

Sr. Director: El carcinoma microcítico de pulmón se asocia con menos frecuencia que los otros tipos histológicos de cáncer de pulmón al síndrome de osteoartropatía hipertrófica (OAH).

Describimos el caso de un paciente que acudió a su médico por artralgiyas en ambas rodillas, con hallazgos radiológicos compatibles con una OAH y dos masas pulmonares. El paciente resultó tener un carcinoma microcítico de pulmón de una variedad poco frecuente.

Varón de 50 años, enviado para estudio de unas masas pulmonares. El paciente era fumador de 40 paquetes-año y ex bebedor de aproximadamente 80 g alcohol/día. Refería desde 10 meses antes dolor en ambas rodillas, de comienzo insidioso, de tipo inflamatorio. Desde entonces, presentaba tos con expectoración blanquecina y una pérdida de peso de 14 kg sin astenia ni anorexia. Dos meses antes de ser enviado para estudio, notó crecimiento en las zonas distales de dedos de manos y pies. En la exploración física cabe destacar los siguientes datos, caquexia y palidez cutánea. Pequeña adenopatía submandibular derecha. Auscultación pulmonar con discreta disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho. Acropaquias en dedos de manos y pies. Signos inflamatorios con rebote rotuliano en ambas rodillas, junto con tumefacción de ambos tobillos. Pruebas complementarias: Bioquímica sérica, coagulación, ECG y orina: normales. Gasometría arterial basal: pH 7,45, PaCO₂ 39,1 mmHg, PaO₂ 69,6 mmHg, CO₂H 26,9 mmol/l. Hemograma: leucocitos 11.790 mil/ml (neutrófilos 69%, linfocitos 19%, monocitos 8%), resto normal. Espectro electroforético proteico: aumento de rectantes de fase aguda. Alfafo-toproteína 1,1 ng/ml. Proteína C reactiva 31 mg/l. Antígeno carcinoembrionario 8,8 ng/ml. β-HCG 0 mU/ml. Radiografía de tórax: dos masas pulmonares de gran tamaño en ambos lóbulos superiores (fig. 1). Espirometría: FVC 86,9%, FEV₁ 76,8%, FEV₁/FVC 71,2%. Descenso de flujos mesoespiratorios por obstrucción de la pequeña vía aérea con atrapamiento. Test de difusión normal. Test broncodilatador negativo. Radiografía de extremidades inferiores: periostitis en el extremo distal del fémur izquierdo y ambas tibias. TC de tórax: 2 masas intratorácicas de 10 cm de tamaño en ambos lóbulos superiores con amplia base de implantación pleural. Adenopatías necrosadas. Múltiples áreas de engrosamiento pleural nodular bilaterales en la pleura diafragmática. Fibrobroncoscopia: obstrucción prácticamente completa en el bronquio lobar superior derecho (LSD) por masas blanquecinas polipoides. En el árbol bronquial izquierdo, obstrucción por una masa endobronquial del culmen. La biopsia bronquial de la lesión del LSD evidenció un carcinoma indiferenciado de células pequeñas y la de la lesión del LSI, un carcinoma indiferenciado de células pequeñas con pequeños nidos de células de aspecto escamoso. Líquido sinovial de la rodilla: LDH 162 U/l, leucocitos 100/μl, hematías 0, cristales negativos, proteínas 3,3 g/dl, glucosa 120 mg/dl. Cultivo estéril a las 48 h con escasas células inflamatorias.

Los dedos en palillo de tambor o acropaquias ya fueron descritos por Hipócrates hace 2.400 años. Pueden ser primarias o secundarias. Estas últimas, debidas a distintos trastornos. Existe un síndrome paraneoplásico, la OAH o síndrome de Pierre-Marie-Bamberger, que se caracteriza por deformación de los dedos en palillos de tambor y, en casos avanzados, neoformación perióstica y derrames sinoviales. Puede preceder en varios meses a las manifestaciones clínicas y ser asintomático, a menudo no es advertido por el propio paciente. La afectación perióstica distal puede producir dolor profundo, muy incapacitan-

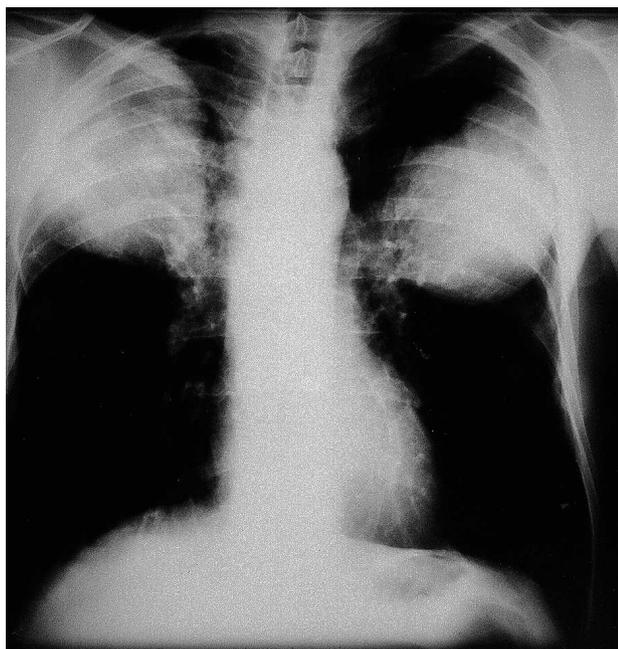


Fig. 1. Masas pulmonares en ambos lóbulos superiores.

te. Puede existir derrame articular, escaso y no inflamatorio. Un dolor articular u óseo intenso puede ser el síntoma de presentación de un tumor maligno pulmonar subyacente y preceder a las acropaquias¹. La OAH ocurre en el 5-10% de los pacientes con tumores malignos intratorácicos. Los más frecuentes son el carcinoma broncogénico y los tumores pleurales. Dentro de los carcinomas de pulmón, las acropaquias se asocian más frecuentemente con los "de células no pequeñas" (el 35% frente al 4%) y de localización más central². Tras la cirugía del carcinoma primario se observa una remisión de las acropaquias y el cese del dolor articular³. Radiológicamente, en las falanges distales puede aparecer un sobrecrecimiento óseo con achatamiento de la punta en champiñón. También puede aparecer una imagen osteolítica (más frecuente en niños). En las articulaciones, la OAH no es una atropatía inflamatoria. El derrame sinovial probablemente es una reacción a las periostosis cercana. Es típico la ausencia de estrechamiento del espacio articular y de osteoporosis o erosiones paraarticulares⁴.

Este caso es peculiar no sólo por la forma de presentación como osteoatropatía hipertrofica pulmonar completa, con alteraciones radiológicas de los dedos de las manos, hiperostosis perióstica, artralgia y artritis, inusual para un carcinoma microcítico de pulmón. Es también de la rara variedad de carcinoma microcítico combinado con focos de carcinoma escamoso (una de las 3 categorías, según la Asociación Internacional para el estudio de Cáncer de Pulmón). Este tipo se caracteriza radiológicamente por ser más frecuentes las lesiones periféricas y en los lóbulos superiores y por tener un pronóstico relativamente favorable si se detecta cuando aún es resecable⁵. El caso que aquí describimos sirve para resaltar la importancia del conocimiento por parte de todos los médicos de la existencia de lesiones radiológicas características que se asocian a ciertos tumores y que permiten sos-

pechar su diagnóstico, incluso aunque el paciente acuda por dolores articulares inespecíficos.

V. Alcázar Lázaro^a, J. Fernández Francés^b y A. Jorge^c

^aServicio de Endocrinología. ^bServicio de Neumología. ^cServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

1. Gilliland BC. Policondritis recidivante y otras formas de artritis. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna (14.^a ed.), 1998.
2. Sridhar KS, Lobo CF, Altman RD. Digital clubbing and lung cancer. *Chest* 1998; 114: 1535-1537.
3. Fietz T, Schneider P, Knauf WU, Thiel E. Trommelschlegelfinger und arthralgien als reversibles paraneoplastisches syndrom (Pierre-Marie-Bamberger syndrom) beim nichtkleinzelligen bronchialkarzinom. *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123: 1507-1511.
4. Pineda C, Fonseca C, Martínez-Lavin M. The spectrum of soft tissue and skeletal abnormalities of hypertrophic osteoarthropathy. *J Rheumatol* 1990; 17: 626-632.
5. Magnum MD, Greco FA, Hainsworth JD, Hande KR, Johnson DH. Combined small-cell and non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 1989; 7: 607-612.

Ductus arterioso persistente como causa de irresecabilidad pulmonar

Sr. Director: En cirugía pulmonar es de especial importancia la valoración de las estructuras vitales potencialmente afectadas y la capacidad pulmonar calculada tras la resección. Sin embargo, el concepto de resecabili-

dad, entendido como una operación en la que se separa todo o parte de uno o más órganos, no siempre puede predecirse antes de la cirugía y son los hallazgos intraoperatorios los que lo corroborarán. Así, una de las pruebas clásicas antes de llevar a cabo un neumonectomía^{1,2} es pinzar la arteria pulmonar correspondiente, para apreciar la tolerancia del paciente antes de su ligadura definitiva. En la hipertensión pulmonar (HP) dicho pinzamiento puede ser mal tolerado o no tolerarse, como ocurrió en el caso que presentamos.

Varón de 56 años de edad remitido para valoración quirúrgica de una masa pulmonar parahiliar izquierda. Hallazgo casual en el preoperatorio de cataratas. Como antecedentes personales presentaba: diabetes mellitus tipo 2, ex fumador desde hacía 3 años (100 paquetes/año). Exploración física dentro de la normalidad. El análisis sanguíneo presentaba una hiperglucemia; el resto era normal. En la radiografía de tórax se apreciaba una masa parahiliar izquierda. La TAC toracoabdominal evidenciaba la masa hilar izquierda en contacto con el tronco de la arteria pulmonar, dejando un plano de clivaje, foco de neumonía obstructiva en lóbulo superior izquierdo; sin adenopatías mediastínicas ni masas abdominales. Pruebas funcionales respiratorias: FEV₁: 2.460 ml (74%); CFV: 3.750 ml (91%); Tiffenau: 66%. El FEV₁ calculado postoperatorio para neumonectomía izquierda fue de 1.230 ml. En la broncoscopia se observaba una obstrucción de aspecto neoforativo a la entrada del bronquio del lóbulo superior izquierdo, afectando bronquio principal. La biopsia diagnosticó un carcinoma epidermoide.

Se realizó una toracotomía posterolateral izquierda por el quinto espacio intercostal. La tumoración parahiliar obligó a apertura del pericardio para valorar la resecabilidad. Se apreció la infiltración del tronco de la arteria pulmonar izquierda, destacando un calibre aumentado de la misma, superior al aórtico. Se evidenció la presencia de un ductus arterioso permeable en dicha zona. Tras ligarlo y controlar la raíz de la arteria pulmonar izquierda y de ambas venas pulmonares se realizó el pinzamiento de la arteria pulmonar izquierda con la endograpadora, evidenciándose una hipotensión sistémica. La situación se recuperó tras la apertura de la máquina de autosutura. Dicha maniobra se repite en varias ocasiones, obteniendo el mismo resultado. Por ello, se consideró la irresecabilidad, procediéndose a la toma de muestras biopsicas de las adenopatías mediastínicas y cierre de toracotomía.

La HP se define como una presión en la arteria pulmonar mayor de 20 mmHg³. La principal consecuencia del aumento de la presión de la arteria pulmonar es el incremento del trabajo del ventrículo derecho. Una gran variedad de trastornos pueden cursar o provocar una HP. En su patogenia se han incluido diversos mecanismos⁴ agrupados en 6 categorías: pasivo, por obstrucción; hiperkinético, debido a altos flujos sanguíneos; obstructivo, consecuencia de una enfermedad tromboembólica; obliterativo, por enfermedad inflamatoria pulmonar; vasoconstrictivo, por hipoxia, e idiopático, cajón de sastre que incluye todas aquellas situaciones de HP sin causa aparen-