

dística cuando la supervivencia es mayor de 36 meses y, en el caso del osteosarcoma, la media de dicho intervalo es de 9-12 meses, siendo raramente superior a 24 meses<sup>4</sup>.

Consideramos de especial interés este caso por su peculiar forma de progresión, infiltrando la pared torácica, pero creciendo por completo hacia el interior del tórax, ocupando la cisura mayor en íntimo contacto con el parénquima pulmonar y con nódulos pulmonares satélites y, en especial, por su presentación tardía (intervalo libre de enfermedad de 252 meses). En la bibliografía, el mayor intervalo publicado es de 236 meses (19 años) y corresponde a las metástasis pulmonares de un cáncer de mama<sup>5</sup>.

**M. de la Torre Bravos, M. Córdoba Peláez y L. Domínguez Juncal\***  
Servicios de Cirugía Torácica y \*Neumología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

1. La Quaglia MP. Osteosarcoma: specific tumor management and results. *Chest Surg Clin North Am* 1998; 8: 77-95.
2. Skinner KA, Eilber FR, Holmes EC. Surgical treatment and chemotherapy for pulmonary metastases from osteosarcoma. *Arch Surg* 1992; 127: 1065-1070.
3. Robert JH, Ambrogi V, Mermillod B, Dahabreh D, Goldstraw P. Factors influencing long-term survival after lung metastasectomy. *Ann Thorac Surg* 1997; 63: 777-784.
4. Pastorino U, Buyse M, Friedel G, Ginsberg RJ, Girard P, Goldstraw P et al. Long-term results of lung metastasectomy: prognostic analyses based on 5206 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 113: 37-49.
5. Kamiyoshihara M, Toshikazu H, Kawashima O, Morishita Y. Resection of pulmonary metastases in six patients with disease-free interval greater than 10 years. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 231-233.

### Hemoptisis recidivante secundaria a un tumor glómico traqueal

**Sr. Director:** La hemoptisis puede ser la primera manifestación de un gran número de enfermedades potencialmente graves, incluso si es mínima<sup>1</sup>. La mayoría de las causas son de origen respiratorio y su valoración obliga a plantearse de forma simultánea la localización, la etiología y el tratamiento del sangrado. Es de gran importancia y determinante el volumen, la velocidad o la duración del sangrado, así como la sospecha etiológica establecida a través de la historia clínica y algunas exploraciones tan básicas como la radiografía de tórax. Estos hallazgos son fundamentales para valorar la necesidad de realizar otras pruebas como la broncoscopia, sobre

todo si se considera que una radiografía torácica normal no excluye una neoplasia pulmonar, como en el caso que presentamos<sup>1,2</sup>.

Varón de 73 años fumador de 55 paquetes-año, con criterios de bronquitis crónica, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 y úlcera gástrica. En los últimos 4 años había presentado esputos hemoptoicos (menos de 10 ml/día) durante 2-3 días, de forma repetida en más de 10 ocasiones y habitualmente en períodos catarrales a los que se atribuyeron, al ser autolimitados y acompañarse de una radiografía torácica normal. Acudió a nuestra consulta por persistencia e incremento de la frecuencia de estos episodios, a pesar de los múltiples tratamientos antibióticos realizados. La exploración física demostró un buen estado general con una auscultación cardíaca y respiratoria normales, sin presencia de sibilantes, estertores o estridor. La radiografía de tórax era normal. La prueba de Mantoux y tres baciloscopias de esputo fueron negativas. En el hemograma se evidenció: 5.500 leucocitos/mm<sup>3</sup> (fórmula normal), hematócrito 44% y una VSG de 4 mm/h, con valores normales de la coagulación, sedimento urinario, CEA, antígeno de células escamosas, CA 19.9, CA 125, enolasa neuroespecífica, serotonina y ácido 5-hidroindolacético, incluyendo la determinación de los dos últimos en orina. Las pruebas funcionales respiratorias revelaron unas curvas flujo/volumen normales, junto a una FVC de 2,36 l (67%), un FEV<sub>1</sub> de 1,72 l (65%), un FEV<sub>1</sub>/FVC del 66%, un RV de 2,46 l (102%), una TLC de 4,56 l (84%), un RV/TLC del 128% y un ápice de flujo del 52%. En la gasometría arterial basal se observó: pH 7,43, PO<sub>2</sub> 84 mmHg y PCO<sub>2</sub> 40 mmHg. La tomografía computarizada (TC) torácica objetivó la presencia de una tumoración bien delimitada, de 2 cm de diámetro mayor en el tercio proximal e intratorácico de la tráquea sin adenopatías u otras alteraciones acompañantes. La broncoscopia confirmó una tumoración intensamente vascularizada, pediculada y que desde la parte membranosa ocluía el 20% de la luz traqueal, permitiendo el paso del instrumento y confirmando una permeabilidad normal del resto del árbol bronquial. Las biopsias de la tumoración fueron compatibles con un tumor glómico, mientras que la baciloscopia y la citología del broncoaspirado fueron negativas.

La presencia de tumores benignos o malignos en la tráquea es rara. A menudo suelen diagnosticarse en estadios avanzados o tras pasar mucho tiempo desde el inicio de su clínica, como en nuestro caso. En la mayoría de las ocasiones se trata de carcinomas epidermoides (45%) o adenoides quísticos (36%) y sólo menos de un 11% de los casos son de origen mesenquimatoso, metástasis o linfomas, entre otros<sup>3</sup>. La presencia no justificada de tos persistente, disnea con sibilantes o estridor y hemoptisis recidivante son funda-

mentales para establecer la sospecha y realizar un broncoscopia para su confirmación o exclusión, junto a la TC o la resonancia magnética para definir mejor sus dimensiones, relaciones con las estructuras vecinas o completar el estudio de extensión.

Los tumores glómicos son neoplasias mesenquimatosas benignas muy infrecuentes, que suelen diagnosticarse principalmente en el lecho ungueal o en el extremo distal de los dedos, aunque esporádicamente se han descrito en otras localizaciones. Son excepcionales en el estómago, el mediastino, la vagina, el pene, el pulmón, o incluso la tráquea, como en nuestro paciente, del que existen menos de 20 casos descritos en la bibliografía (MEDLINE, 1966-1999)<sup>3</sup>. Estos tumores son de tipo vascular, secundarios a la proliferación de células epitelioideas parecidas a las musculares lisas, con miofibrillas citoplasmáticas que están recubiertas por una membrana basal cuya identificación mejora con la microscopia electrónica y reciben su denominación por su gran similitud con los cuerpos glómicos vasculares<sup>3,4</sup>. Una vez identificados estos tumores, tras demostrar su reseccabilidad y operabilidad, la cirugía es el tratamiento de elección, aunque se ha descrito un caso tratado con resección endoscópica por láser de forma eficaz y sin recidiva. En otro caso se ha confirmado la posibilidad de su malignización evolutiva, aunque esto es extremadamente raro<sup>3,5</sup>.

**M. Haro, J. Valer y F. Cerezo**  
Sección de Neumología. Servicio de Anatomía Patológica y Unidad de Cirugía Torácica. Hospital General de Albacete.

1. Roig J, Llorente JL, Ortega FJ, Orriols R, Segarra A, y Grupo de Trabajo de la SEPAR. Normativa sobre el manejo de la hemoptisis amenazante. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 31-40.
2. Plaza V, Serra J, Falcó M, Brugués J. ¿Han cambiado las causas de hemoptisis? Análisis de 213 pacientes sometidos a exploración fibrobronoscópica. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 323-327.
3. Shin DH, Park SS, Lee JH, Park MH, Lee JD. Oncocytic glomus tumor of the trachea. *Chest* 1990; 98: 1021-1023.
4. García MD, Sotelo MT, Ballestín C, Martínez MA, Roca R, Alfaro J et al. Glomus tumour of the trachea: report of a case with microscopic, ultrastructural and immunohistochemical examination and review of the literature. *Histopathology* 1991; 19: 459-464.
5. Arapantoni P, Panayiotides J, Fatsis M, Antypas G. Tracheal glomus tumour. *Respiration* 1995; 62: 160-162.
6. Choi YJ, Yang KH, Gang SJ, Kim BK, Kim SM. Malignant glomus tumor originating in the superior mediastinum: an immunohistochemical and ultrastructural study. *J Korean Med Sci* 1991; 6: 157-163.