

Metástasis endobronquiales de leiomiosarcoma uterino

Sr. Director: Los sarcomas uterinos son un grupo de tumores poco frecuentes que constituyen el 1-3% de las neoplasias uterinas¹. El leiomiosarcoma uterino (LMS) supone el 25-36% de dichos sarcomas^{2,3}. Aunque el LMS uterino metastatiza frecuentemente al pulmón, la existencia de lesión endobronquial está poco documentada en la bibliografía⁴⁻⁶. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de LMS uterino que desarrolló metástasis pulmonares con lesión endobronquial.

Mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, que presentó metrorragias en marzo de 1993. Diagnosticada de LMS uterino con índice mitótico superior a 10 m/10 hpf, fue sometida a histerectomía total, doble anexectomía y linfadenectomía pélvica (estadio I). La inmunohistoquímica fue actina positiva, vimentina débil positiva y citoqueratina negativa. En enero de 1995 se detectó un nódulo pulmonar de 1 cm en el lóbulo superior derecho (LSD), rechazando la paciente otros estudios. En julio de 1996 ingresó por episodio de tos seca y dolor pleurítico derecho de 2 meses de evolución. La radiografía de tórax mostró una masa de 10 x 8 cm en el lóbulo inferior derecho (LID) y múltiples nódulos en LSD (fig. 1). En la TAC torácica mostraron las alteraciones descritas en la radiografía, así como una lesión endobronquial en el LSD. En la broncoscopia se visualizó una tumoración mamelonada que ocluyó por completo el bronquio del LSD y parcialmente el segmento X del LID. Las biopsias bronquiales fueron diagnósticas de LMS y la inmunohistoquímica fue similar a la realizada a nivel uterino. La paciente fue diagnosticada de metástasis de LMS y tratada con quimioterapia con ifosfamida, epirubicina y posterior radioterapia. A los 6 meses presentó atelectasia masiva del pulmón derecho.

El LMS uterino es un raro tumor mesenquimal con una incidencia del 0,67/100.000 mujeres. Aunque la presencia de un índice mitótico de al menos 10 ml/10 hpf es el principal criterio diagnóstico de malignidad, Bell

et al⁷ han confirmado recientemente la importancia de otros factores de malignidad, como el grado de atipia, el patrón de necrosis y la hemorragia celular y el crecimiento intravascular del tumor.

El LMS es un tumor agresivo con una alta tasa de recurrencias locales y de metástasis a distancia. Rose et al², en un estudio realizado en autopsias, describieron un 59% de metástasis en la cavidad peritoneal y un 52% en el pulmón, a pesar de corresponder la mayoría de los casos a sarcomas en estadio I tratados con histerectomía. Esto evidencia la existencia de micrometástasis hematógenas precoces que asientan en el pulmón por ser éste el primer órgano de paso del drenaje venoso uterino. La presencia de metástasis pulmonares no está asociada con la enfermedad intraperitoneal ni metástasis de ganglios pélvicos y paraaórticos, pero las metástasis a órganos distantes sí se asocian estadísticamente con la afectación pulmonar². El 90% de los sarcomas con metástasis a distancia desarrollan éstas tras un intervalo de 2 años después de la histerectomía, evolución que ha seguido este caso. Las metástasis pulmonares suelen ser múltiples y bilaterales pero la presencia de lesión endobronquial está escasamente referida en la bibliografía⁴⁻⁶. Este caso muestra la particularidad de afectar sólo al pulmón derecho y presentar dos lesiones endobronquiales, en el LSD y LID.

El pronóstico del LMS es pobre, con una supervivencia media del 7% a los 5 años en estadios II-IV¹. Los principales factores pronósticos son la extensión tumoral y el índice mitótico. En la actualidad, el tratamiento consiste en cirugía más radioterapia adyuvante, pues reduce las recaídas locorregionales, aunque no las metástasis a distancia³. En este último caso se aconseja la quimioterapia paliativa con ifosfamida, aunque los resultados son poco alentadores, al igual que ocurre en esta paciente.

G. González Valladares, M. Arévalo González y M. Izquierdo Patrón
Sección de Neumología. Hospital General de Albacete.

1. Salazar OM, Bonfiglio TA, Patten SF, Keller BE, Feldstein M, Dunne ME et al. Uterine sarcomas. Natural history, treatment and prognosis. *Cancer* 1978; 42: 1.152-1.160.

2. Rose PG, Piver MS, Tsukada Y, Lau T. Patterns of metastasis in uterine sarcoma: An autopsy study. *Cancer* 1989; 63: 935-938.
3. Echt G, Jepson J, Steel J, Langholz B, Luxton G, Hernández W et al. Treatment of uterine sarcomas. *Cancer* 1990; 66: 35-39.
4. Flynn KJ, Kim H. Endobronchial metastasis of uterine leiomyosarcoma. *J Am Med Assoc* 1978; 240: 2.080-2.082.
5. Giudice JC, Komansky H, Gordon R. Endobronchial metastasis of uterine leiomyosarcoma [carta]. *J Am Med Assoc* 1979; 241: 1.684.
6. Gerst PH, Levy J, Swaminathan K, Kshetry V, Albu E. Metastatic leiomyosarcoma of the uterus: Unusual presentation of a case with late endobronchial and small bowel metastases. *Ginecol Oncol* 1993; 49: 271-275.
7. Bell SW, Kempson RL, Hendrickson MR. Problematic uterine smooth muscle neoplasms: a clinicopathologic study of 213 cases. *Am J Surg Pathol* 1994; 18: 535-558.

Sr. Director: Hemos leído con extraordinaria atención el trabajo "Evaluación de la compliancia vascular pulmonar mediante la prueba de esfuerzo con dobutamina en pacientes candidatos a resecciones pulmonares amplias" de Rubia et al¹. Nos gustaría realizar una serie de comentarios.

En "Material y método", uno de los criterios de selección de los pacientes es un FEV1 predicho postoperatorio entre 800 y 1.000 ml. Sobre este aspecto nos gustaría destacar que los valores absolutos no deberían ser excesivamente útiles para definir la operabilidad. Se han documentado cirugías escisionales con valores inferiores a 800 ml y un trabajo muy reciente afirma que este límite no debería tener validez con las nuevas técnicas anestésicas y de cuidados intensivos².

En la "Discusión" se incluye la conclusión de un trabajo de Kearney, según el cual el único parámetro respiratorio que sirve para identificar a pacientes de alto riesgo que van a ser sometidos a una neumonectomía es el FEV1 predicho postoperatorio. Pero en ese mismo trabajo se especifica que el FEV1 predicho es un marcador de complicaciones, pero no de aumento de mortalidad. En esta misma línea, hay trabajos igualmente recientes en los que el riesgo de complicaciones postoperatorias viene determinado por el test de esfuerzo³, la difusión de monóxido de carbono⁴ (DLCO), o la DLCO predicha postoperatoria⁵.

Finalmente, en cuanto al método evaluado por los autores, seguramente sea más exacto que los habituales a la hora de evaluar la compliancia vascular pulmonar. Sin embargo, se trata de un método invasivo en relación a los estudios habituales de operabilidad; estos estudios no valoran específicamente la compliancia vascular pulmonar, pero sí el comportamiento fisiológico global del sistema respiratorio con excelentes resultados para determinar la morbimortalidad postoperatoria⁶.

D. Jiménez Castro, E. Pérez-Rodríguez y G. Díaz Nuevo
Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.



Fig. 1. Radiografía de tórax: nódulos pulmonares en el lóbulo superior derecho y masa pulmonar en el lóbulo inferior derecho.