

severa con alcalosis respiratoria aguda, hemoglobina 14 g/dl y en la radiografía de tórax una alteración intersticial y micronodular bilateral. La función renal y el sedimento de orina fueron normales y en la exploración destacaban crepitantes bibasales a la auscultación, taquipnea y taquicardia, realizándose una orientación diagnóstica de neumonía bilateral y posible fibrosis pulmonar. Se inició tratamiento encaminado a cubrir neumonías atípicas y por gramnegativos.

La evolución durante su ingreso fue desfavorable, con disnea progresiva acabando en una insuficiencia respiratoria aguda que precisó intubación orotraqueal, ventilación mecánica e ingreso en UCI. La hemoglobina había descendido a 6 g/dl. La función renal y el sedimento de orina continuaban siendo normales al igual que la coagulación y el resto de analítica. En la radiografía de tórax se observaba un patrón intersticial bilateral con afectación parenquimatosa sobreañadida. Se realizó cateterismo cardíaco derecho que demostró unas presiones de arteria pulmonar (PAP) y capilar pulmonar (PCP) dentro de la normalidad. También se practicó fibrobroncoscopia con BAL que evidenció una hemorragia alveolar difusa (aspirado hemático con hemosiderófagos). Se instauró inicialmente tratamiento tuberculostático sin presentar el paciente mejoría clínica. Posteriormente pruebas diagnósticas como el Mantoux, así como el cultivo de esputo fueron negativas. BAL y aspirado bronquial selectivo para estudio de bacilos ácido alcohol resistentes y células malignas, no ofrecieron ningún diagnóstico específico. La serología de neumonía atípica, nuevo BAL, BAS, cepillado bronquial, cultivos de esputo y hemocultivos fueron repetidamente negativos, obteniéndose hasta un total de 10 muestras de secreciones bronquiales negativas para bacilo de Koch. Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, antinucleares, antimembrana basal negativos. No hubo afectación de piel, articulaciones, equimosis, etc. Al décimo día de su ingreso en UCI presentó parada cardíaca irreversible y muerte. El estudio necrópsico sorprendió revelando enfermedad granulomatosa pulmonar indicativa de sarcoidosis, con alteraciones histológicas similares compatibles en otras localizaciones como hígado y médula ósea (fig. 1).

La sarcoidosis es una enfermedad crónica multisistémica de etiología desconocida que en un 20-40% de casos puede presentarse de

forma aguda o subaguda (en un período de semanas a pocos meses), con síntomas como fiebre, fatiga, mal estado general, anorexia, tos y disnea³. En la clínica pueden aparecer también lesiones cutáneas como eritema nudoso así como trastornos oculares como uveítis. El 90% de los pacientes presentan alteraciones en la radiografía de tórax y alrededor del 15% cursan con fibrosis progresiva del parénquima pulmonar. La sarcoidosis pulmonar es una enfermedad predominantemente intersticial que afecta alvéolos, bronquios pequeños y vasos de pequeño calibre. La hemoptisis es rara, así como la producción de esputo. El proceso puede complicarse hacia una insuficiencia respiratoria que cualquier enfermedad pulmonar intersticial y la destrucción pulmonar por erosión de parénquima puede producir hemorragia⁴.

La radiografía de tórax es variable y puede objetivar adenopatías hiliares con o sin alteraciones parenquimatosas o puede advertir cambios parenquimatosos difusos sin adenopatías hiliares⁵.

Un 20% de los pacientes con afectación pulmonar sufren un deterioro pulmonar irreversible. La alteración radiológica del parénquima pulmonar implica un mal pronóstico. La muerte ocurre en el 5% de pacientes por insuficiencia respiratoria⁶.

El diagnóstico definitivo precisa demostración con biopsia de un proceso inflamatorio granulomatoso que generalmente se practica en el pulmón por fibrobroncoscopia, aunque los hallazgos no son lo suficientemente específicos para hacer el diagnóstico por sí mismos, ya que los granulomas no caseificantes se pueden hallar en otras patologías como enfermedades infecciosas y tumores malignos⁵. Por lo tanto, el diagnóstico se basa en la biopsia junto con el contexto de la historia clínica, exploración, radiología y resultados del lavado broncoalveolar⁷.

En el enfermo, las pruebas diagnósticas efectuadas, así como los resultados de la necropsia, nos permiten descartar otras enfermedades, sugiriendo el diagnóstico de sarcoidosis. Como conclusión, parece que esta entidad debería ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de enfermedades intersticiales pulmonares con granulomas² que producen hemorragia alveolar difusa.

M. Vallverdú Vidal, M. León Vallés y E. Gascó Eguiluz
Servicio de Medicina Intensiva,
Hospital Arnau de Vilanova, Lleida.

1. Leatherman JW, Davies SF, Hoidal JR. Alveolar hemorrhagic syndromes: diffuse microvascular lung hemorrhage in immune and idiopathic disorders. *Medicine* 1984; 63: 343-361.
2. Schroeder SA, Krupp MA, Tierney LM, McPhee SJ. Diagnóstico clínico y tratamiento. México: Manual Moderno 1990; 166-172.
3. Fanburg BC, Pitt EA. Sarcoidosis. En: Murray JF, Nadal JA, editores. *Textbook of respiratory medicine*. Filadelfia: W.B. Saunders, 1988; 1.486-1.500.
4. Crystal RG. Interstitial lung disease of unknown etiology: disorders characterized by chronic inflammation of the lower respiratory tract. *New Engl J Med* 1984; 310: 154-235.
5. Crystal GR. Sarcoidosis. En: Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Martin JB, Fauci AS et al. *Harrison-principios de medicina interna* (12.ª ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1991; 277: 1.697-1.703.
6. Bascom R, Johns CI. The natural history and management of sarcoidosis. *Adv Intern Med* 1986; 31: 220-231.
7. Peterson MW, Nugent KM, Jolles H, Monick M, Hunningheke GW. Uniformity of bronchoalveolar lavage in patients with pulmonary sarcoidosis. *Am Rev Resp Dis* 1988; 137: 79-84.

Tumor pleural como única manifestación de linfoma

Sr. Director: Los tumores primarios malignos de pleura son poco frecuentes, y aún más si se trata de un linfoma. Los linfomas, tanto de Hodgkin (LH) como no hodgkinianos (LNH), son procesos malignos que afectan fundamentalmente los ganglios linfáticos y el bazo, pero no es rara la afectación torácica; encontrándose evidencia radiológica en el 85% de los LH y 66% de los LNH, siendo incluso mayor en autopsia¹. La localización intratorácica más frecuente es la mediastínica, seguida de la parenquimatosa y por último la pleural en < 20% de los casos. El derrame pleural es la manifestación más frecuente. El 16% de los linfomas van a presentar derrame en su evolución, pero rara vez es la única manifestación del linfoma^{2,3}. A continuación describimos un caso de linfoma pleural sin otra localización.

Mujer de 77 años, que cumple criterios de bronquitis crónica, ingresa en otro centro hospitalario por disnea, síndrome general y febrícula de varios meses de evolución. A la exploración presentaba palidez mucocutánea y en la auscultación pulmonar unos discretos crepitantes teleinspiratorios, siendo el resto de los hallazgos dentro de límites normales. En los diversos estudios complementarios realizados, cabe destacar una anemia importante (HB 9,4 g/l) que fue acentuándose progresivamente. En el proteinograma se observaba una discreta elevación de las fracciones alfa 1 y 2. Mielograma: aplasia pura de células rojas. En los estudios de imagen, la radiografía posteroanterior y lateral de tórax mostraba un pinzamiento del seno costofrénico derecho, confirmándose por TC un engrosamiento pleu-

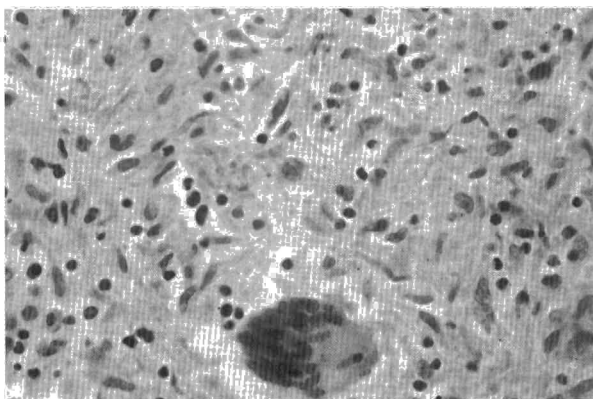


Fig. 1. Muestra de tejido pulmonar obtenido en la necropsia que advierte granuloma sin necrosis caseosa, compuesto por linfocitos, células epiteloideas y células gigantes multinucleadas tipo Langhans.

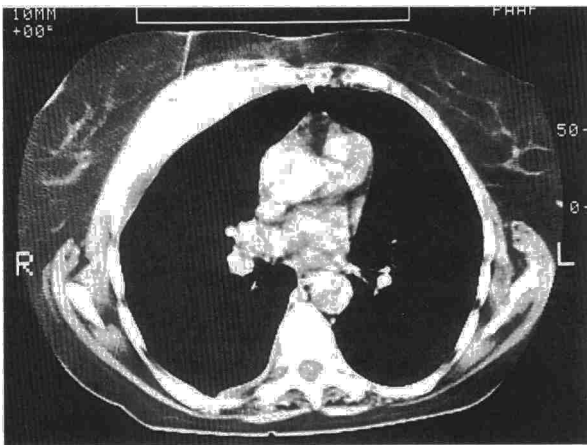


Fig. 1. Tomografía axial computarizada: masa pleural derecha que invade partes blandas y lisis costal.

ral derecho con afectación de partes blandas y lisis costal a ese nivel (fig. 1). Se decide entonces su traslado a nuestro centro para completar los estudios. A su llegada, la paciente se encontraba pálida y taquipneica. En la analítica destacaban una HB 7,8 g/l y gasometría con 1,5 l/m de O₂ por gafas nasales de PO₂ 44 mmHg, PCO₂ 40 mmHg y pH 7,44. Se realiza entonces una punción aspirativa transtorácica de la masa pleural, siendo el resultado anatomopatológico de LNH de bajo grado. Tras los diversos estudios de estadificación no se encontró otra localización, siendo el estadio de LNH IEA. La paciente recibió tres ciclos de quimioterapia (COP), remitiendo la imagen radiológica. La presencia de una marcada aplasia de células rojas hizo sospechar la existencia de una neoplasia subyacente, aunque inicialmente se pensó en mesotelioma maligno o mieloma, por la lisis costal. En ningún momento se apreciaron adenopatías mediastínicas ni afectación parenquimatosa.

Rouvière y Miller demostraron por primera vez la gran cantidad de linfáticos y acumulaciones linfoides en la región subpleural. Stolberg et al demostraron posteriormente la existencia de linfomas a dicho nivel. Existe poca bibliografía sobre la afectación pleural en los linfomas. En una serie de 71 casos de Shuman y Libshitz³, en 22 se demostró afectación sólida pleural: 14 eran LH y ocho LNH, pero ninguno presentaba afectación pleural como única manifestación. Un estudio realizado en Japón recientemente postula la posible asociación entre infección por virus de Epstein-Barr y posterior desarrollo de linfoma pleural de células B⁵. En cualquier caso, los linfomas pueden ser curables hasta en un 70%, de ahí la gran importancia de asegurar el diagnóstico.

S. García García y C. Álvarez Álvarez
Servicio de Neumología. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

1. Berkman N, Breuer R. Pulmonary involvement in lymphoma. *Respir Med* 1993; 87: 85-92.
2. Kennedy JL, Nathwari BN, Burke JS, Hill LR, Rappaport H. Pulmonary lymphomas and other pulmonary lymphoid lesions. A clinicopathologic and immunologic study of 64 patients. *Cancer* 1985; 56: 539-552.
3. Xaubet A, Diumenjo MC, Marin A et al. Characteristics and prognostic value of pleural effusions in non Hodgkin's lymphomas. *Eur J Respir Dis* 1985; 66: 135-140.
4. Shuman LS, Libshitz HI. Solid pleural manifestations of lymphoma. *Am J Rheum* 1984; 142: 269-273.
5. Fukayama M, Ibuka T, Hayashi Y et al. Epstein-Barr virus in pyothorax-associated pleural lymphoma. *Amm J Pathol* 1993; 143: 1.044-1.049.

Metástasis cutánea tardía del carcinoma de pulmón en región inguinal

Sr. Director: El carcinoma de pulmón es una enfermedad frecuente, que excepcionalmente cursa con metástasis cutáneas. Suelen localizarse en zonas próximas al tumor primario y acompañarse de metástasis en otras

localizaciones. Se caracterizan por ser asintomáticas, de aspecto nodular y de pequeño tamaño. Presentamos un caso cuya particularidad reside en presentar una única metástasis de localización cutánea, en una zona poco común como es la región inguinal, muy dolorosa y de gran tamaño que incluso hizo plantear el diagnóstico diferencial con una hernia inguinal encarcerada.

Se trata de un paciente varón de 71 años de edad, ex fumador de 40 cigarrillos día, diagnosticado 5 meses antes de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado en lóbulo superior derecho, estadio III-A (T3-N2-M0). Recibió tratamiento con radioterapia de alta energía (cobalto 60) sobre mediastino, hilio y masa parahiliar derechos durante 6 semanas, con remisión parcial. Ingresó por segunda vez por bultoma muy doloroso en región inguinal izquierda de varias semanas de evolución. En la exploración física destacaba un estado de desnutrición importante y la presencia de una tumoración de gran tamaño (5 x 11 cm), polilobulada, de consistencia pétreo, no adherida a planos profundos y muy dolorosa a la palpación (fig. 1). El resto de la exploración física no tenía signos de interés. En el hemograma destacaba: hemoglobina 5,7 g/dl, hematocrito 20%, leucocitos 23.350 mm³ (el 91% neutrófilos) y VSG 140 s. En la bioquímica FA 995 U/l, GOT 42 U/l, GGT 240 U/l. En la radiografía de tórax presentaba una masa pulmonar en lóbulo superior derecho e infiltrados alveolares en lóbulo medio e inferior derecho, probablemente en relación con neumonitis por radiación. La ecografía abdominal descartó la existencia de metástasis hepáticas y la gammagrafía ósea fue normal. Se realizó punción con aguja fina del bultoma que fue diagnóstica de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. Para controlar el dolor se realizó exéresis quirúrgica de la lesión y el estudio anatomopatológico de la pieza confirmó el mismo tipo histológico.



Fig. 1. Masa inguinal, metástasis cutánea de carcinoma de pulmón.