

Las metástasis cutáneas no son frecuentes. La primera causa de este tipo de lesiones en las mujeres es el carcinoma de mama y en varones el tumor primario más frecuente es el carcinoma broncogénico seguido del cáncer de intestino delgado, melanoma y carcinoma escamoso de la cavidad oral. Su frecuencia varía según las series: de un 1 a un 12% de los pacientes con cáncer de pulmón tendrán metástasis cutáneas en algún momento de su evolución¹. Es importante que los clínicos reconozcan su significado, ya que generalmente implican un grado muy avanzado de la enfermedad y una corta supervivencia (de 3-5 meses). Pueden ser el signo inicial de presentación precediendo incluso meses al descubrimiento del tumor primario, aunque lo más frecuente es que se diagnostiquen simultáneamente². En nuestro caso la lesión apareció 5 meses después del diagnóstico del carcinoma pulmonar.

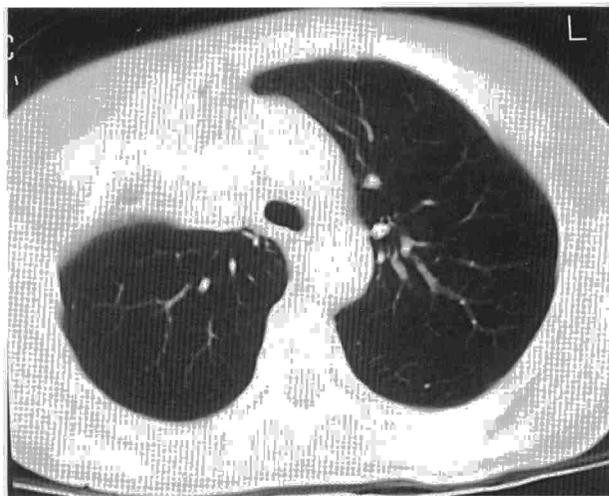
Las metástasis pueden localizarse en cualquier parte de la superficie cutánea, generalmente próximas al tumor primario, siendo el lugar más frecuente el tórax seguido de abdomen, cuero cabelludo y cara. Su apariencia es muy variable, generalmente se presentan como nódulos, únicos o múltiples, de 5 mm 6 cm de diámetro, de consistencia dura, adheridos a planos profundos, del mismo color que la piel circundante o ligeramente eritematosos. Con menor frecuencia se presentan como lesiones inflamatorias que pueden ulcerarse y tener una evolución tórpida. En la mayoría de los casos son lesiones no dolorosas y se acompañan también de metástasis en otros órganos, como cerebro, glándulas suprarrenales, hígado, etc³. En el paciente la lesión se localizó en una zona poco frecuente, como es la región inguinal, de tamaño mayor al habitual, acompañada de importante dolor y sin evidencia de metástasis a ningún otro nivel, por lo que en un principio indujo a sospechar una hernia inguinal incarcerada.

En general existe una buena correlación entre las características histológicas de la lesión primitiva y la metastásica, a pesar de que a menudo estas últimas presentan un menor grado de diferenciación. En el paciente el grado de diferenciación era el mismo en el tumor primario y en la metástasis, carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. El tipo histológico que con mayor frecuencia origina metástasis cutáneas varía de unas series a otras. Según Takeshi Terashima⁴ et al el tipo celular más frecuente es el carcinoma de células grandes, seguido del adenocarcinoma y en último lugar estarían el carcinoma escamoso y el de células pequeñas.

Debido a la gran variabilidad que pueden adoptar en su presentación clínica estas lesiones a menudo plantean el diagnóstico diferencial con otras entidades, sobre todo cuando son la primera manifestación clínica y el tumor primario todavía es desconocido. Son además un indicador del grado de extensión de la enfermedad, con importante valor pronóstico, por lo que se debe hacer el estudio anatomopatológico en todos los casos.

El caso que presentamos tiene interés por lo tardío de la presentación de la lesión, ya que generalmente se presentan simultáneamente a la patología pulmonar, por no acompañarse de metástasis de otros órganos, que es lo más habitual, por su gran tamaño y el

Fig. 1. TC torácica de alta resolución. Atelectasia parcial del lóbulo superior derecho.



importante dolor que causaba, haciendo incluso necesario la exéresis quirúrgica de la lesión como tratamiento paliativo.

M.E. Toubes Navarro, J. Tábara Rodríguez y L.M. Domínguez Juncal
Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

1. Rosen T. Cutaneous metastasis. Med Clin North Am 1980; 64: 885-900.
2. Vila Justribó M, Casanova Seuma JM, Portero L, Egido R. Metástasis cutáneas como primera manifestación de carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 1994; 30: 314-316.
3. Coslett LM, Katlic MR. Lung cancer with skin metastasis. Chest 1990; 97: 757-759.
4. Terashima T, Kanazawa M. Lung cancer with skin metastasis. Chest 1994; 106: 1.448-1.450.

Aspergilosis broncopulmonar alérgica e itraconazol

Sr. Director: El término aspergilosis implica una serie de situaciones clínicas diferentes como el aspergiloma, la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), la aspergilosis necrosante crónica o la pulmonar invasiva. El ABPA se define como un síndrome asmático, que complica a procesos como el asma, la fibrosis quística y otras enfermedades pulmonares crónicas. El diagnóstico se basa en una serie de criterios característicos¹ no específicos, identificándose cinco estadios de la enfermedad². El tratamiento se realiza con corticoides, siendo descrita recientemente la utilización de itraconazol oral³. Describimos la observación clínica de una paciente con ABPA con evolución favorable tras tratamiento con itraconazol oral.

Mujer de 52 años, auxiliar de laboratorio, no fumadora y que como único dato relevante en su historia clínica destaca el padecer desde hace 10 años rinitis de repetición. No tiene antecedentes de asma, pero sí poliposis nasal

e intolerancia a antiinflamatorios no esteroideos. La paciente consultó porque desde hace 15 o 20 días presentaba febrícula, tos, expectoración espesa amarilloverdosa y sibilancias audibles. A la exploración destacaba astenia, palidez de piel y mucosas, y en la auscultación pulmonar roncus y sibilancias diseminadas. Pruebas complementarias: hemograma con una eosinofilia de 738/mm³, tanto la bioquímica como la gasometría basal fueron normales. Mantoux, BAAR en esputo y cultivo de Löwenstein negativos. Parásitos en heces negativo. Cultivo de esputo donde en dos muestras creció *Aspergillus fumigatus* (AF). Radiografía de tórax: aumento de densidad con pérdida de volumen en lóbulo superior derecho (LSD) compatible con atelectasia. Tomografía computarizada de alta resolución: que confirma la atelectasia parcial del LSD no observándose bronquiectasias centrales (fig. 1). Estudio inmunológico: IgE sérica total de 780 KU/l. Precipitinas para AF positivas. IgE específica para AF elevada. Prick test (pruebas cutáneas inmediatas) para AF positivos. IgG, IgM, IgA, C₃, C₄ dentro de la normalidad. Fibrobroncoscopia: tapón de moco espeso a la entrada del bronquio lobar superior derecho que se extrae. Cultivo del broncoaspirado positivo para AF. Se envió también a anatomía patológica, confirmando la presencia de AF, sin otro hallazgo histológico. La paciente fue diagnosticada de ABPA-S por lo que se inició tratamiento con corticoides a dosis de 0,5 mg/kg, durante 2 semanas para después completar a días alternos hasta 3 meses. A los 2 meses la paciente volvió a ingresar con el mismo cuadro, cultivándose de nuevo AF, precisando de nueva fibrobroncoscopia para solucionar la atelectasia, añadiéndose al tratamiento corticoide itraconazol (dosis de 400 mg/día; vía oral) durante 6 meses, normalizándose los parámetros inmunológicos y negativizándose el cultivo de esputo. La paciente actualmente sigue revisiones estando asintomática y en estadio II.

Para el tratamiento de la ABPA se ha indicado la utilización de corticoides⁴ no siendo efectiva la utilización de amfotericina B y nistatina inhaladas⁵. El itraconazol es un triazol con amplia actividad antifúngica, seguro

y con escasos efectos secundarios que ha demostrado su efectividad tanto en la aspergilosis pulmonar invasiva^{5,6} como en la forma necrosante crónica⁷. Últimamente ha probado su utilidad en la ABPA³ con mejoría tanto clínica como reduciendo las necesidades de corticoides así como una disminución de los niveles séricos de IgE total como de IgE³ e IgG específica⁸ anti-*Aspergillus*, y mejoría de la función pulmonar.

En la paciente, tras un primer tratamiento con corticoides, que no fue efectivo, se decidió añadir itraconazol, con una mejoría tanto clínica, radiológica como inmunoalérgica con descenso a niveles normales de la IgE total y específica. Así mismo hubo una negativización del cultivo de AF en esputo, lo cual ya ha sido comunicado con anterioridad³.

Por lo tanto, creemos que el itraconazol es un fármaco efectivo para el tratamiento de la ABPA, permitiendo reducir las necesidades de corticoides. Pero dada la gran variabilidad

de la enfermedad serían necesarios estudios aleatorios para confirmar estos resultados.

J.I. de Granda Orive^a, J.M. Martínez Albiach y A. Herrera de la Rosa

Servicio de Neumología. Hospital Militar Universitario Gómez Ulla. "Hospital Militar de Burgos.

- Rosenberg M, Patterson R, Mintzer R, Cooper BJ, Roberts M, Harris KE. Clinical and immunologic criteria for the diagnosis of allergic bronchopulmonary aspergillosis. *Ann Intern Med* 1977; 86: 405-417.
- Patterson R, Greenberger PA, Radin RC, Roberts M. Allergic Bronchopulmonary aspergillosis: staging as an aid to management. *Ann Intern Med* 1982; 96: 286-291.
- Denning DW, Van Wye JE, Lewiston NJ, Stevens DA. Adjunctive therapy of allergic bronchopulmonary aspergillosis with itraconazole. *Chest* 1991; 100: 813-819.
- Patterson R, Greenberger PA, Halwig M, Liotta JL, Roberts M. Allergic bronchopulmonary aspergillosis. Natural history and classification of early disease by serologic and roentgenographic studies. *Arch Intern Med* 1986; 146: 916-918.
- Denning DW, Lee JY, Hostetler JS et al. NIAID Mycoses study Group multicenter trial of oral itraconazole therapy for invasive aspergillosis. *Am J Med* 1994; 97: 135-144.
- Serrano-Heranz R, Álvarez-Sala JL. Aspergilosis pulmonar e itraconazol. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 372-373.
- Caras WE, Pluss JL. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis: pathologic outcome after itraconazole therapy. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 25-30.
- Pacheco A, Martín JA, Cuevas M. Serologic response to itraconazole in allergic bronchopulmonary aspergillosis. *Chest* 1993; 98: 980-981.

INFORMACIÓN

II Simposio Vall d'Hebron sobre Trasplante Pulmonar

Lunes 26 de enero de 1998

Horario: de 9.00 a 20.00 horas.

Sala d'Actes del Pavelló Docent. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Información e inscripciones:

Sras. Montse Murillo y Rosa Llària.

Servei de Pneumologia. Hospital General Vall d'Hebron.

Passeig Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.

Tel.: (93) 274 61 57. Fax: (93) 274 60 83

(horario de 8.00 a 15.00 h).

Beca Astra-Unión Europea

(para formación en fisiopatología y biología celular respiratoria)

En el contexto del proyecto ERESMUS in COPD (European Network for the Study of Clinical and Biological implications of Respiratory Muscles Failure in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease), subvencionado por la Unión Europea (programa BIOMED), y coordinado por el Dr. Joaquín Gea, los laboratorios ASTRA y el Servicio de Neumología del Hospital del Mar de Barcelona convocan una Beca para desarrollar estudios de fisiopatología y biología celular respiratorias. Podrán optar a la ayuda neumólogos españoles o latinoamericanos, de reciente o inmediata titulación en la especialidad, preferiblemente que deseen realizar su tesis doctoral en este contexto. La duración de la ayuda será de un año, prorrogable a tres, y la dotación de 2.600.000 ptas. brutas anuales.

Los interesados deberán enviar su *curriculum vitae* al Dr. Joaquín Gea, coordinador del proyecto ERESMUS in COPD, Servei de Pneumologia, Hospital del Mar. Paseo Marítim 27, 08003 Barcelona, antes del 15 de marzo de 1997.