

1. Hyams V, Batsakis JG. Tumors of the upper respiratory tract and ear. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1988; 163-170.
2. Leach KR, Martínez FJ, Morelock JW, Korobkin MT, Orringer MB. Dyspnea and tracheal mass in an elderly man. *Chest* 1994; 105: 1.555-1.556.
3. Perelman MI, Koroleva NS. Primary tumors of the trachea. En: Grillo HC; Eschaspasse H, editores. *International trends in general thoracic surgery*. Filadelfia: W.B. Saunders 1987; 91-106.
4. Gelder CM, Hetzel MR. Primary tracheal tumors. *Thorax* 1993; 48: 688-692.
5. Weber AL, Shortsleeve M, Goodman M, Montgomery W, Grillo HC. Cartilaginous tumors of the larynx and trachea. *Radiol Clin North Am* 1978; 16: 261-267.
6. Aravelo M, Ordi MAJ, Rami RR, Oliva H. Chondrosarcoma of the trachea. *Respiration* 1986; 49: 147-151.

Carcinoma broncogénico microcítico con ictericia obstructiva. Aportación de un nuevo caso

Sr. Director: Hemos leído con atención la nota clínica recientemente publicada en su revista titulada "Carcinoma broncogénico con ictericia obstructiva extrahepática" de V. Villena et al¹, y sería nuestro deseo poder comunicar un caso similar tratado en nuestro hospital.

Paciente de 53 años, fumador de 30 cigarrillos/día y bebedor moderado con antecedentes de litiasis biliar con un episodio de colecistitis aguda, pólipo gástrico y litiasis renal que consultó por dolor torácico y de espalda a nivel dorsal, tos crónica, disnea y síndrome constitucional, destacando a la exploración física ligera ictericia, hipoventilación global y hepatomegalia de 2 cm. Entre las pruebas complementarias destacaba la radiografía de tórax con masa hilar izquierda confirmada mediante TAC de tórax, observando la broncoscopia la carina traqueal desviada por compresión extrínseca y el árbol bronquial izquierdo con estenosis en LS, segmento apical

y anterior por una neoformación friable cuya biopsia presentó una anatomía patológica de mucosa bronquial con carcinoma microcítico (*oat cell carcinoma*). El estudio de extensión reveló en la ecografía abdominal un hígado sin lesiones ocupantes de espacio, pero con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y vesícula distendida con barro biliar. En el páncreas se observaron 4 imágenes hipocogénicas de contorno mal definido, la mayor en su proceso uncinado, de 3 cm de diámetro que producía obstrucción de la vía biliar, compatibles con metástasis (fig. 1). Aumento de la glándula suprarrenal derecha y un pequeño quiste simple en riñón derecho. Estas imágenes se observaron igualmente mediante RNM. La analítica inicial que mostraba un perfil hepático con ligera movilización de transaminasas y leve aumento de bilirrubina empeoró rápidamente llegando a alcanzar: bilirrubina total: 17,5 mg/dl, GOT: 46, GPT: 109, fosfatasa alcalina: 1.354, GGT: 497. El estado del paciente se deterioró por la aparición de colangitis por *E. coli*, siendo necesario un tratamiento antibiótico con cefalosporinas y posterior drenaje de la vía biliar mediante colocación de endoprótesis, mejorando considerablemente. Recibió tratamiento quimioterápico con seis ciclos de carboplatino + VP-16, obteniéndose una respuesta parcial hasta progresar la enfermedad con nuevos episodios de ictericia por obstrucción de la vía biliar, colangitis y sepsis, falleciendo tras 7 meses de supervivencia desde el diagnóstico.

El cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) es una neoplasia que suele producir metástasis especialmente en hígado, hueso, sistema nervioso, ganglios y glándulas suprarrenales, y aunque descritas, son raras las metástasis a nivel pancreático². En esta localización, las metástasis comunicadas más frecuentemente proceden de las neoplasias de riñón^{3,4}, y ocasionalmente de otras como mama⁵ o melanoma⁶. La dificultad diagnóstica es mayor cuando no se conoce la localización primaria, debiendo recurrir, además de las técnicas de imágenes, a la punción con aguja fina o biopsia de páncreas. Esto no fue necesario en el caso expuesto dado que se trataba de una enfermedad diseminada cuyo

origen primario era el pulmón. El escaso número de casos no permite conocer adecuadamente la influencia sobre la evolución de la enfermedad de dichas metástasis en comparación con las de otros órganos, pero todo hace pensar que empeoran el pronóstico. Como en nuestro caso, cuando producen ictericia obstructiva pueden necesitar drenaje de la vía biliar mediante la colocación de endoprótesis, con el consiguiente riesgo de infección de la misma, colangitis o sepsis, aumentando la morbimortalidad del proceso.

**J. Miramón López, J. Cabello Rueda*
y A. Lara Fernández**

Servicio de Medicina Interna.

*Unidad de Neumología. Hospital General Básico de la Serranía de Ronda. Málaga.

1. Villena V, López Encuentra A, Asensio Sánchez S, de Grande Orive J.I., Rodrigo Garzón M. Carcinoma broncogénico microcítico con ictericia obstructiva extrahepática. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 99-100.
2. Aimino R, Bergeron P, Reboul F, Sarrat P. Metastases pancreatiques multiples d'un carcinome bronchique a petites cellules. *J Radiol* 1994; 75: 317-320.
3. Reale D, Squillaci S, Guarino M, Milesi F, Forloni B, Vezzini V, et al. Metastasi pancreatiche tardive di carcinoma renale. Descrizione di due casi e revisione della letteratura. *Minerva Urol Nefrol* 1993; 45: 183-186.
4. Marcote Valdivieso E, Arlandis Felix F, Baltasar A, Martínez Castro R, Vierna García J. Metástasis pancreática sincrona de un carcinoma renal. *Rev Esp Enferm Dig* 1993; 83: 471-473.
5. Hardt W, Parent B, Januschka J, Morath R. A rare case of an isolated metastasis of the head of the pancreas of a breast cancer with obstruction of the efferent bile ducts. *Pathologie* 1993; 14: 167-171.
6. Brodish RJ, McFadden DW. The pancreas as the solitary site of metastasis from melanoma. *Pancreas* 1993; 8: 276-278.

Fístula traqueoarterial como consecuencia de traqueostomía

Sr. Director: La fístula traqueoarterial (FTA) es una de las complicaciones más graves que puede ocurrir a consecuencia de una traqueostomía o resección traqueal¹. La necesidad de mantener a los pacientes con ventilación artificial e intubación orotraqueal ocurre cada día con mayor frecuencia, aumentando las indicaciones de traqueostomías y, consecuentemente, el riesgo de complicaciones. La realización de una traqueostomía está relacionada con una incidencia de complicaciones del 10-14% y con una mortalidad que varía del 0-5%².

Paciente de 17 años ingresada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) el 5 de marzo de 1994 tras sufrir un accidente de circulación. La paciente presentó deterioro neurológico progresivo, evolucionando con coma Glasgow 10 y necesitando intubación orotraqueal. En el día 19 de ingreso se realizó una traqueostomía en los anillos segundo y tercero, colocándose una cánula de traqueostomía con manguito de baja presión. En el día 49



Fig. 1. RNM donde se observa metástasis en páncreas.