

**Nódulos múltiples como forma de presentación de un carcinoma de células gigantes de pulmón**

**Sr. Director:** El pronóstico del cáncer de pulmón está unido al tipo histológico de la neoplasia, así como al grado de extensión tumoral. La radiología aporta una primera aproximación a la sospecha de lesión maligna y puede, en ocasiones, hacer pensar al clínico en un tipo histológico determinado<sup>1</sup>. Se presenta un caso de carcinoma de células gigantes de pulmón (CCGP) que tuvo su inicio como múltiples nódulos pulmonares, objetivándose broncograma en la tomografía computarizada (TC).

Varón de 68 años con antecedente de criptorquidia intervenida quirúrgicamente hacia 20 años. Negaba hábito tabáquico. Desde hacía 2 meses presentaba sensación disneica a grandes esfuerzos y tos seca. Acudió a nuestro hospital por dolor en región subcostal izquierda que aumentaba con la inspiración. La exploración fue anodina, a excepción de lesiones en piel compatibles con una pitiriasis versicolor. Presentaba un hemograma con  $14,2 \times 10^9$  leucocitos/l y un 77% de polimorfonucleares, VSG de 32 mm y gammaglobulinemia de 26,2 g/l de carácter policlonal. En la radiología de tórax existían múltiples nódulos de bordes poco definidos, más numerosos en hemitórax derecho; una masa mediastínica que protruía en dicho hemitórax y aumento de densidad del lóbulo superior derecho. Tenía una tiroglobulina de 36,52 pg/l. La gammagrafía y ecografía tiroidea fueron normales. Se realizó TC toracoabdominal, hallándose múltiples densidades mal definidas, algunas de ellas con broncograma aéreo en su interior, junto a grandes adenopatías en espacios retrocavo-pretraqueal y prevascular, y colapso del lóbulo superior derecho y ló-

bulo medio (fig. 1). Existía además ligero derrame pleural bilateral. Se practicó fibrobroncoscopia que mostró compresión extrínseca en el bronquio del lóbulo superior derecho e intermediario, tomándose biopsias bronquiales de las zonas de estenosis. El estudio anatomopatológico mostró un carcinoma de CCGP. La citología del cepillado broncoscópico, sin embargo, fue compatible con adenocarcinoma indiferenciado. El paciente ha recibido quimioterapia con etopósido y cisplatino, sin modificaciones de las imágenes radiológicas. En el momento de concluir este trabajo permanece estable.

El CCGP es una variante histológica del carcinoma de células grandes que supone aproximadamente un 4% de los carcinomas broncogénicos<sup>1</sup>. Histológicamente contiene células pleomórficas y multinucleadas gigantes, muy indiferenciadas. Éstas pueden contener otras células en su citoplasma, como polimorfonucleares neutrófilos, hecho que se debe a un fenómeno de migración (emperipolesis), más que a fagocitosis por las propias células tumorales<sup>1-3</sup>. Dentro del tumor pueden hallarse zonas de carcinoma epitelial o adenocarcinoma típico, lo que hizo plantearse a algunos autores el origen glandular del CCGP. Posteriormente se estableció la naturaleza epitelial del tumor a través de cultivos tisulares<sup>1,4</sup>. Así mismo, esta posibilidad explica en nuestro caso la presencia de una citología positiva para adenocarcinoma.

Dos trabajos previos han recogido las características clínicas y radiológicas de este tipo de cáncer pulmonar. Se trata de una neoplasia infrecuente, de localización periférica sin predominio lobar, que con relativa frecuencia se inicia como un síndrome constitucional o con síntomas no respiratorios, lo que en ocasiones favorece que el paciente consulte cuando la enfermedad se encuentra avanzada y, en la mayoría de los casos, presente una extensa enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico. Cursa de forma muy agresiva y conlleva un grave pronóstico<sup>1,5,6</sup>.

La forma de presentación de este caso, descrita en ocasiones en el carcinoma bronquioloalveolar resulta, sin embargo, excepcional en el CCGP. En la revisión de la literatura sobre el CCGP que hemos realizado, no hallamos ningún caso similar al descrito, con nódulos con broncograma y grandes adenopatías mediastínicas. Por lo tanto, llamamos la atención sobre esta posibilidad.

**E. Calderón Osuna, R. Otero Candelera y J. Toral Marín**

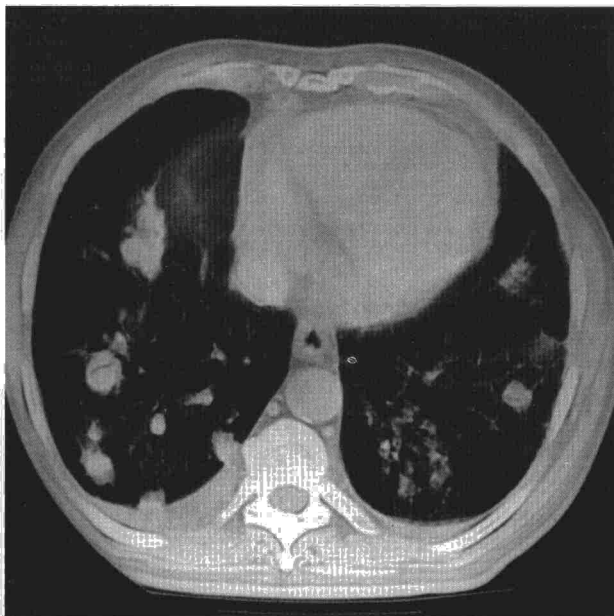
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

- Shin MS, Jackson LK, Shelton RW, Greene RE. Giant cell carcinoma of the lung: clinical and roentgenographic manifestations. *Chest* 1986; 89: 366-369.
- Ginsberg SS, Buzaid AC, Stern H, Carter D. Giant cell carcinoma of the lung. *Cancer* 1992; 70: 606-610.
- Wang NS, Seemayer TA, Ahmed MN, Knaack J. Giant cell carcinoma of the lung: a light and electron microscopic study. *Hum Pathol* 1976; 7: 3-16.
- Addis BJ, Dewar A, Thurlow NP. Giant cell carcinoma of the lung-immunohistochemical and ultrastructural evidence of dedifferentiation. *J Pathol* 1988; 155: 231-240.
- Horie A, Ohta M. Ultrastructural features of large cell carcinoma of the lung with reference to the prognosis of patients. *Hum Pathol* 1981; 12: 423-432.
- Gajaraj A, Johnson Th Jr, Feist JH. Roentgen features of giant cell carcinoma of the lung. *Am J Roentgenol* 1971; 111: 486-491.

**Neumonía, infecciones respiratorias recurrentes y traqueobroncomegalia congénita**

**Sr. Director:** La traqueobroncomegalia (TBMG) congénita es una entidad clinicoradiológica caracterizada por el aumento del diámetro transversal de la tráquea y bronquios principales<sup>1</sup>. En la mayoría de pacientes los síntomas se inician en la cuarta o quinta década de la vida<sup>2</sup>. El hecho de que la TBMG sea tan infrecuente y que sus manifestaciones clínicas y funcionales sean semejantes a las de la bronquitis crónica explica que estos pacientes sean diagnosticados de EPOC, sin observar que la causa de la enfermedad pulmonar obstructiva es esta alteración traqueobronquial. La neumonía es una complicación muy infrecuente, que puede tener una evolución tórpida por la alteración del aclaramiento de secreciones traqueobronquiales que ocurre en la TBMG<sup>3</sup>. En una revisión de la literatura española sólo encontramos 15 casos, ninguno con neumonía, y por ello aportamos un caso de TBMG congénita que se manifestó con neumonía bilobar.

Mujer de 32 años, no fumadora. Asintomática hasta los 30 años en que comenzó con infecciones respiratorias frecuentes que cursaban con tos, esputo purulento y, en una



**Fig. 1.** Densidades pulmonares múltiples, algunas con imagen de broncograma aéreo en su interior. Derrame pleural bilateral. Colapso parcial del lóbulo medio (TC torácica).