

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 determinado¹. 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 broncogénicos¹. 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 tumorales¹⁻³. 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^{1,4}. 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^{1,5,6}.

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.

1. Shin MS, Jackson LK, Shelton RW, Greene RE. Giant cell carcinoma of the lung: clinical and roentgenographic manifestations. *Chest* 1986; 89: 366-369.
2. Ginsberg SS, Buzaid AC, Stern H, Carter D. Giant cell carcinoma of the lung. *Cancer* 1992; 70: 606-610.
3. 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.
4. Addis BJ, Dewar A, Thurlow NP. Giant cell carcinoma of the lung-immunohistochemical and ultrastructural evidence of dedifferentiation. *J Pathol* 1988; 155: 231-240.
5. 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.
6. 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 principales¹. En la mayoría de pacientes los síntomas se inician en la cuarta o quinta década de la vida². 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 TBMG³. 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

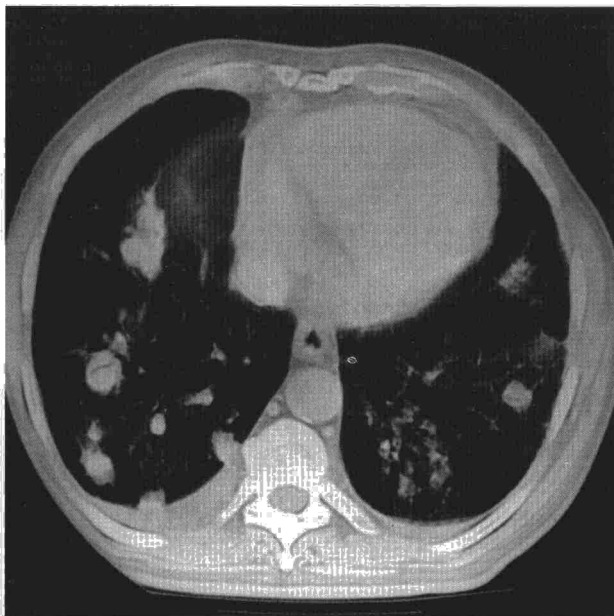


Fig. 1. Densidades pulmonares múltiples, algunas con imagen de broncograma aéreo en su interior. Derrame pleural bilateral. Colapso parcial del lóbulo medio (TC torácica).

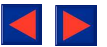


Fig. 1. Radiografía de tórax lateral. Obsérvese el aumento de tamaño de la tráquea (50 mm de diámetro) con aspecto corrugado de la pared anterior. Infiltrado neumónico en el lóbulo inferior y el lóbulo medio.

ocasión, hemoptoico. Ingresó en el hospital por persistencia de esputo purulento, fiebre y disnea a pesar de tratamiento antibiótico. En la exploración física se observó temperatura de 39 °C; en la auscultación pulmonar, crepitantes y roncus. El abdomen y extremidades eran normales. En la analítica tenía 11×10^3 leucocitos (78% de PMN, 10% linfocitos, 2% de eosinófilos). La hemoglobina, hematocrito, plaquetas, VSG, bioquímica hepática y renal eran normales. La cuantificación de alfa-1-antitripsina, inmunoglobulinas, subclases de IgG y test de cloro en sudor también fueron normales. La radiografía de tórax mostró infiltrados en lóbulo inferior derecho y lóbulo medio con aumento del diámetro de la tráquea (fig. 1). La gasometría arterial basal mostró: pH 7,43, PCO_2 32 mmHg, PO_2 69 mmHg. Se inició tratamiento antibiótico y broncodilatador mostrando buena evolución. A su alta la gasometría arterial, la espirometría, volúmenes pulmonares y difusión eran normales. En la TAC se confirmó la existencia de TBMG y no se observaron bronquiectasias ni otras alteraciones pulmonares.

La TBMG se define por un aumento del diámetro transversal de la tráquea (> 25 mm en el varón, 21 en la mujer) y de bronquios principales¹. Esta anomalía del árbol traqueo-bronquial produce alteración del aclaramiento de secreciones, con retención de moco, infecciones de repetición, desarrollo de bronquiectasias y obstrucción crónica al flujo aéreo⁴. Excepcionalmente se aportaron casos de neumonía grave y evolución tórpida, que requirieron broncoscopia aspirativa por retención masiva de secreciones^{5,3}.

Esta alteración puede ser congénita o adquirida. La forma congénita puede observarse en síndromes con alteraciones del tejido conectivo con Erhles-Danlos, *cutis laxa* y diverticulosis del tracto intestinal. Esto sugiere un factor genético^{5,6}. La forma adquirida se ob-

servó fundamentalmente en algunos casos de fibrosis pulmonar idiopática, en los que incluso se ha observado un aumento progresivo del diámetro de la tráquea en relación con el deterioro de la función pulmonar⁷. Sin embargo la TBMG adquirida parece una entidad clínica diferente. El tamaño de la tráquea generalmente es menor y no se demostró aumento de la incidencia de infecciones⁸.

Esta alteración se puede observar en la radiografía de tórax y, previo a la introducción de la TAC, se confirmaba mediante broncografía. Este último estudio permite ver el tamaño traqueo-bronquial y observar el aspecto corrugado de la pared traqueal en relación con alteración del tejido conectivo. Recientemente, como la TAC permite un estudio minucioso del diámetro de la tráquea y además del parénquima pulmonar, sustituye a la broncografía⁹.

El diagnóstico de esta alteración es importante, porque además del tratamiento broncodilatador debe realizarse drenaje bronquial. Así la TBMG debe considerarse en todo paciente con infecciones respiratorias recurrentes y, para ello y como primera medida, debe observarse cuidadosamente el tamaño de la tráquea en la radiografía de tórax.

M.C. Montero Martínez, I. Otero González y H. Vereá Hernando
Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

1. Katz L, Levine M, Hermán P. Tracheobronchomegaly: the Mounier-Kuhn Syndrome. *AJR* 1962; 88: 1.084-1.094.
2. Shuartz M, Rosoff L. Tracheobronchomegaly. *Chest* 1994; 106: 1.589-1.590.
3. Smith DL, Withers N, Holloway B, Collins JV. Tracheobronchomegaly: an unusual presentation of a rare condition. *Thorax* 1994; 49: 840-841.

4. Gea J, Serra J, Llovers P, Picado C, Agustín Vidal A. Traqueobronchomegaly asociada a bronquiectasias. *Rev Clin Esp* 1987; 180: 411.
5. Choplin RH, Wehunt WD, Theros EG. Diffuse lesions of the trachea. *Semin Roentgenol* 1983; 18: 38-50.
6. Martínez Orozco F, Ancochea L, Villalta J, Ingelmo M, Balcells Gorina A. Traqueobronchomegaly asociada a diverticulosis digestiva múltiple. *Med Clin (Barc)* 1981; 77: 435-438.
7. Woodring JH, Barret PA, Rehm SR, Nurenberg P. Acquired tracheomegaly in adults as a complication of diffuse pulmonary fibrosis. *AJR* 1989; 152: 743-747.
8. Schraufnagel DE, Boomsma JD. Tracheobronchomegaly. *Chest* 1992; 102: 1.307.
9. Shin MS, Jackson RM, Kang-Jey HO. Tracheobronchomegaly (Mounier-Kuhn syndrome): CT diagnosis. *AJR* 1988; 150: 777-779.

Cumplimiento de la prescripción en pacientes con oxigenoterapia domiciliar por catéter transtraqueal

Sr. Director: Uno de los aspectos que comprometen la efectividad de la oxigenoterapia domiciliar (OD) es el referente al cumplimiento de la prescripción. Los estudios disponibles al respecto en nuestro país detectan la existencia de un bajo porcentaje de pacientes que realmente utilizan la OD como es debido: desde el 10% de Escarrabill et al¹ hasta el 42% de Bandrés et al², obteniendo otros autores resultados intermedios³.

En 1982, Heimlich describió la oxigenoterapia por catéter transtraqueal (CTT), habiéndose convertido en uno de los pilares básicos de la OD moderna⁴ y demostrando innumerables ventajas respecto a la OD convencional⁵. Sin embargo, no existen estudios acerca del cumplimiento de la prescripción de los pacientes que realizan OD a través de un CTT. Presentamos nuestra experiencia en un grupo de 10 pacientes portadores de CTT seguidos durante 2 años.

En enero de 1990 iniciamos un programa de oxigenoterapia por CTT. Diez pacientes fueron evaluados periódicamente durante 2 años, con especial atención al cumplimiento de la OD. Todos los pacientes utilizaban el O_2 las 24 horas del día, tanto dentro de casa como durante el desarrollo de actividades fuera de su domicilio. Seis pacientes recibían el O_2 directamente de la nodriza de oxígeno líquido, mientras cuatro reservaban dicha nodriza exclusivamente para recargar la fuente portátil, utilizando en casa un concentrador de O_2 . Durante los desplazamientos, 7 pacientes utilizaban un carrito portamaletas para llevar la mochila de O_2 líquido, dos eran siempre acompañados por un familiar que les llevaba la mochila y uno la llevaba él mismo sobre el hombro. Todos los pacientes realizaban los recambios periódicos del CTT en su propio domicilio, excepto uno, soltero, que se recambia en nuestras consultas. El grado de satisfacción de los pacientes con la oxigenoterapia transtraqueal fue excelente.