

A pesar de que la afectación pulmonar en el SCS es del 96 %⁷, los hallazgos histopatológico en la mayoría de casos descritos proceden de piel y músculo por su mejor abordaje⁸, y en menor medida de otros órganos y sistemas. Chumbley en 1977³, en una revisión de 30 casos de 39 biopsias con hallazgos característicos, 17 eran de músculo (43,5 %), nueve de piel (23 %) y sólo dos eran de procedencia bronquial (5 %). El interés de este caso de SCS reside en la extensa afectación granulomatosa bronquial y en la imagen endoscópica de la misma.

S. Bardagi Forns, M. Solans Cardús y M. Pujol Castells

Sección de Neumología y Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena. Mataró

1. Churg J, Strauss L. Allergic granulomatosis, allergic angitis and periarteritis nodosa. *Am J Pathol* 1951; 27: 227-3.
2. Lanham JG, Elkon KB, Pusey CD, Hughes GR. Systemic vasculitis with asthma and eosinophilia: a clinical approach to the Churg-Strauss syndrome. *Medicine* 1984; 63: 65-81.
3. Chumbley LC, Harrison EG, De Remece RA. Allergic granulomatosis and angitis (Churg-Strauss syndrome): report and analysis of 30 cases. *Mayo Clin Proc* 1977; 52: 447-484.
4. Orriols R, Román A, Bosch J, Sampol G, Bernadó L, Morell F. Síndrome de Churg-Strauss. Ocho casos en los últimos diez años. *Med Clin* 1989; 92: 241-244.
5. Chinchón I, Loizaga JM. Angiitis granulomatosa y alérgica (Churg-Strauss). A propósito de un caso. *Med Clin* 1979; 72: 295-298.
6. Ibáñez F, Bonal P, Fernández C, Pulido F, De la Revilla L. A propósito de un caso de Churg-Strauss con afección ocular. *Med Clin* 1983; 81: 769-771.
7. Leavitt RY, Fauci AS. Pulmonary vasculitis. *Am Rev Respir Dis* 1986; 134: 149-166.
8. Finan MC, Winkelmann RK. The cutaneous extravascular necrotizing granuloma (Churg-Strauss granuloma) and systemic disease: A review of 27 cases. *Medicine* 1983; 62: 142-158.

Evolución a largo plazo de la agenesia de la arteria pulmonar derecha en un adulto asintomático

Sr. Director: La agenesia, o también denominada interrupción proximal de la arteria pulmonar¹, es un hecho excepcional. Generalmente se acompaña de hipoplasia del pulmón ipsilateral que da un aspecto hipertransparente parecido al síndrome de Macleod, con un aumento de la circulación colateral².

Clínicamente los pacientes con agenesia de la arteria pulmonar derecha se pueden dividir en tres grupos³: grupo I, que cursa con shunt izquierda-derecha (generalmente ductus persistente) y se diagnostican en la infancia. El grupo II, se asocia a hipertensión pulmonar severa y los pacientes suelen fallecer en los primeros meses de la vida. Y el grupo III, que cursa sin hipertensión pulmonar precoz, y pueden llegar a la edad adulta con poca sintomatología: infecciones pulmonares de repetición, hemoptisis⁴.

Presentamos un caso de agenesia de la arteria pulmonar derecha perteneciente al grupo III, en una mujer joven, asintomática.

Se trata de una mujer de 24 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que es remitida por presentar una imagen radiológica anormal en una revisión de rutina. En la exploración clínica presentaba un hábito constitucional normal. Buena coloración de piel y mucosas. Era audible un soplo sistólico en el 4.º espacio intercostal, línea medio clavicular derecha. En la auscultación pulmonar presentaba roncus inspiratorios y espiratorios en hemitórax derecho. No se apreciaban edemas ni acropaquias. En la analítica destacaba Hb 16,7 g/l (9,92 mmol/l), Hto 48 % (0,48 U arb), hematías $5,3 \cdot 10^6/\mu\text{l}$ ($5,3 \cdot 10^{12}/\text{l}$). Resto de parámetros analíticos normales. En la radiografía de tórax se observaba una notable pérdida de volumen del hemitórax derecho, con hiperinsuflación compensadora del pulmón izquierdo. Los resultados de las pruebas funcionales respiratorias eran: FEV₁ 1.935 ml, CV 2.234 ml (85 % del teórico). Índice de Tiffeneau 86 %, difusión CO 21,5 ml·min⁻¹·mmHg⁻¹. Gasome-

tría arterial basal: PO₂ 68 mmHg (9kPa), PCO₂ 37,5 (4,0 kPa), pH 7,35. En el ECG aparecían signos de crecimiento de cavidades derechas. En la fibrobroncoscopia se observaba un árbol bronquial normal, con una desviación traqueal importante a la derecha. En la broncografía se observaban bronquiectasias cilíndricas en segmentos posteriores del lóbulo inferior derecho y el resto de las ramificaciones bronquiales normales. En la angiografía pulmonar no se visualizó la arteria pulmonar derecha (fig. 1). Se observaron vasos de circulación colateral sistémica que partían de la arteria axilar derecha e irrigaban el pulmón derecho. El estudio hemodinámico puso de manifiesto una hipertensión pulmonar intensa (presión media en la arteria pulmonar de 90 mmHg). Once años más tarde, la paciente sigue casi asintomática, expresando sólo palpitaciones ocasionales y disnea de grandes esfuerzos. En la exploración física se objetivan acropaquias y discreta cianosis. En la ecocardiografía bidimensional se observaron unos valores hemodinámicos similares a los previos: presión media de la arteria pulmonar 92 mmHg.

La hipertensión pulmonar ocurre en sólo el 20 % de casos con ausencia aislada de arteria pulmonar (grupos II y III), la mayoría de los cuales se convierten en sintomáticos en los primeros meses de vida⁵. En estos pacientes, la circulación arterial viene dada por ramas arteriales de la circulación sistémica que nutren al pulmón afecto, generalmente hipoplásico⁶.

A través del sistema de búsqueda bibliográfica Medline, no encontramos ningún caso de agenesia derecha tipo III aislada con estas características. En España sólo se han publicado dos casos similares^{7,8}.

En nuestro caso destaca la conservación total de la anatomía del árbol bronquial, pese al escaso desarrollo del pulmón derecho, la escasa sintomatología y la buena evolución a largo plazo sin modificaciones en el estudio hemodinámico.

I. García Talavera, S. Díaz y C. Villasante. Servicio de Neumología. Hospital de la Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

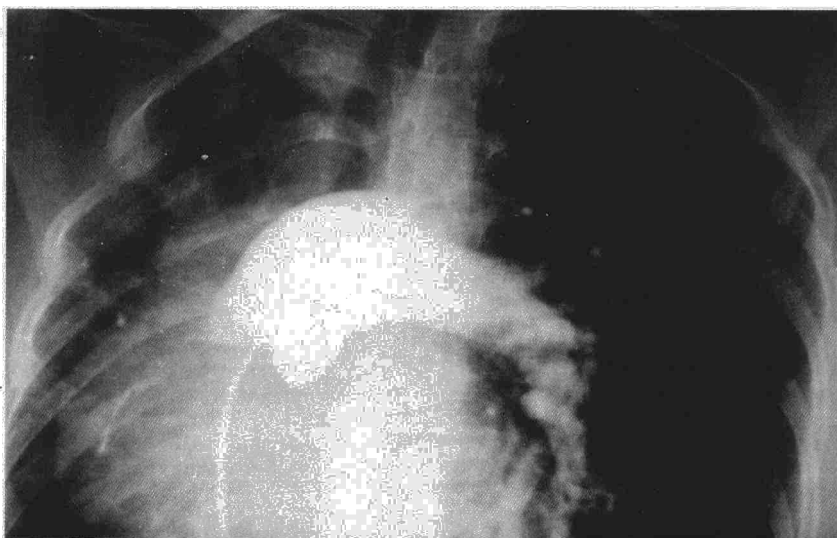
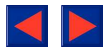


Fig. 1. Angiografía. No se visualiza la arteria pulmonar derecha.



1. Anderson RC, Char F, Adams P Jr. Proximal interruption of a pulmonary arch (absence of one pulmonary artery): Case report and a new embryologic interpretation. *Dis Chest* 1958; 34: 73-74.
2. Isawa T, Taplin GV. Unilateral pulmonary artery agenesis, stenosis, and hypoplasia. *Radiology* 1971; 99: 605-608.
3. Bahler RC, Carson P, Traks E et al. Absent right pulmonary artery. Problems in diagnosis and management. *Am J Med* 1969; 46: 64-67.
4. Cogswell TL, Singh S. Agenesis of the left pulmonary artery as a cause of hemoptysis. *Angiology* 1986; 73: 154-155.
5. Lang I, Kuzmits R, Miczoch J, Huebsch P, Braun O. Pulmonary veno-occlusive disease in a patient with unilateral absence of right pulmonary artery. *Chest* 1988; 93: 1307-1309.
6. Rees RSO, Somerville J, Underwood SR et al. Magnetic resonance imaging of the pulmonary arteries and their systemic connections in pulmonary atresia: comparison with angiographic and surgical findings. *Br Heart J* 1987; 58: 621-626.
7. Martínez Sande JL, Alonso Orcajo N, Sánchez de Posada I, Rodríguez Llorián A. Interrupción proximal de la arteria pulmonar derecha. Presentación de un caso. *Rev Clin Esp* 1989; 185: 80-81.
8. Martí-Bonmatí L, Marín Marín MT, García Aguayo FJ, Ruiz Peralez F. Ausencia proximal de la arteria pulmonar derecha en el adulto. *Arch Bronconeumol* 1986; 22: 246-247.

Carcinoma broncogénico y renal simultáneos

Sr. Director: La existencia simultánea de un tumor primitivo maligno bronquial y de un tumor maligno primitivo renal, ambos de distinta naturaleza, ha sido resaltada recientemente¹.

El uso habitual de ultrasonidos y TAC en el estadiaje de los tumores malignos puede llevar al descubrimiento de múltiples tumores primarios, especialmente en personas de edad avanzada, muchos de ellos asintomáticos¹.

Ante esta situación, el clínico puede creer que se trata de un tumor primitivo con metástasis a distancia y adoptar una actitud pasiva en el manejo de estos pacientes.

Dado que el riñón es un lugar raro de metástasis de tumores primarios del pulmón o de otros órganos², mientras que el pulmón es un sitio frecuente de metástasis de tumores renales, es habitual el considerar a un paciente con un tumor renal y pulmonar portador de un cáncer de riñón con metástasis pulmonar única.

El motivo de nuestra carta es que, como advierten Libby et al², la presencia sincrónica de un tumor renal y otro pulmonar en un anciano no es una rareza, y ambos tumores deben ser considerados de distinta naturaleza y proceder a intentar su extirpación.

Aportamos un caso en el que dos de estos tumores fueron resecaos secuencialmente, con buenos resultados.

Caso clínico: Paciente de 73 años, que con motivo de una ecografía abdominal efectua-

da rutinariamente por un dolor abdominal banal, se le detectó una masa en riñón derecho. La TAC abdominal confirmó la existencia de una masa periférica, de 3 cm, en la región inferior del riñón derecho, captadora de contraste y de densidad no homogénea. La Rx de tórax descubrió una atelectasia asintomática, confirmada con TAC, del lóbulo superior izquierdo. La broncofibroscopia diagnosticó oclusión del bronquio lobar superior izquierdo por una masa, que histológicamente resultó ser un carcinoma epidermoide. Se extirpó primero el tumor renal, concordante histológicamente con un adenocarcinoma, y tres semanas después se procedió a la exéresis del tumor bronquial, con neumonectomía izquierda, considerada como curativa (T₂N₀M₀).

En series de autopsias^{3,4}, se ha encontrado una incidencia de dobles tumores primitivos del 1,84 % al 7,8 %. Entre los cánceres primarios múltiples, la asociación pulmón-riñón es la más frecuente, aunque también es posible que se den otras asociaciones de carcinomas de pulmón, riñón, colon, próstata y estómago⁵. Los pacientes de Hajdu y Hajdu⁵ tenían una edad media de 70 años.

En consecuencia, después de la sexta década de vida, el descubrimiento de dos cánceres simultáneos de pulmón y de riñón, clínicamente silentes, no es una rareza. Ello justifica una actitud agresiva, dirigida a la resección de ambos tumores, en vez de asumir que un tumor es metástasis del otro y adoptar una postura pasiva.

I. Blanco Blanco, F. Carro del Camino y H. Canto Argiz

Sección de Neumología. Hospital Valle del Nalón. Asturias.

1. Libby DM, Altorki NK, Gold J. Simultaneous pulmonary and renal malignancy. *Chest* 1990; 98: 153-56.
2. Wagle DG, Moore RH, Murphy GP. Secondary carcinomas of the kidney. *J Urol* 1975; 114: 30-32.
3. Warren S, Gate O. Multiple primary malignant tumors—a survey of the literature and statistical study. *Am J Cancer* 1932; 16: 1358-1414.
4. Burke M. Multiple primary cancers. *Am J Cancer* 1936; 27: 316-25.
5. Hajdu SI, Hajdu EO. Multiple primary malignant tumors. *J Am Geriatric Soc* 1968; 16: 16-26.

¿Cómo es un buen jefe de Neumología?

Sr. Director: En un reciente editorial¹ recogimos los requerimientos y características que en otros países se establecen para el jefe de neumología² y, además, algunas opiniones que se originaban desde la visión del residente, de acuerdo con la solicitud del Comité de Redacción de Archivos de Bronconeumología, y con el interés de motivar la reflexión y la respuesta queafortunadamente se ha producido, y con singular ingenio, por López Mejías³ en una carta brillante y provocadora.

Es imposible estar en desacuerdo con la mayoría de comentarios de López Mejías, que no hacen sino ampliar y adornar algunas

de las reflexiones que se recogieron en el editorial. No obstante, la citada carta sugiere a su vez nuevas reflexiones. Recogiendo el símil de las relaciones familiares que propone López Mejías, probablemente no es el papel de marido tradicional (aunque polígamo) el que mejor se adapta a la figura del jefe de neumología. Si a algo se asemeja el jefe es a la figura del padre, pero de un padre peculiar, adoptante y adoptado. Él adopta la estructura y las personas que pasa a dirigir y a su vez todos ellos se ven obligados a adoptarlo. Y si de alguien es marido lo es de la administración, aunque la relación con ella pueda presentar todas las variaciones que el matrimonio permite y algunas que ni el matrimonio permite. Y los adoptados forzosos son los adjuntos del servicio, que pasan de este modo a convertirse en hermanos (o hermanastros) entre ellos, con los conflictos de todo tipo que esto supone. ¿Y los residentes? Sería excesivo considerar de la familia a los residentes, que son más bien como esos acogidos temporales que van a cuidar niños a cambio de aprender un idioma y corren el riesgo de acabar haciendo las más ingratas tareas domésticas.

López Mejías es, quizá, demasiado benevolente con la figura del jefe de servicio, al desviar hacia la administración las solicitudes que puedan plantearse (“pregúntale a tu madre”, le diría a sus adjuntos-hijastros siguiendo el símil). Por supuesto que debemos ser exigentes con la administración, pero el jefe debe asumir sus responsabilidades jerárquicas y no considerar que su cargo es un lugar ganado, como por premio, lejos de los problemas y conflictos cotidianos de su servicio.

En un final feliz, López Mejías acaba cando al jefe de servicio con el enfermo. Es indudable que ese es el objetivo primordial de todas nuestras actividades, pero la obligación del jefe con los enfermos es, a nuestro juicio, precisamente, conseguir que su grupo trabaje bien, en todos los sentidos del término.

En fin, es de agradecer que de vez en cuando surjan comentarios como los de López Mejías, no sólo por su contenido estimulante, sino también por su simpático envoltorio.

E. García Pachón

Unitat de Funció Pulmonar
Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau
Barcelona

1. García Pachón E. ¿Cómo es un buen jefe de Neumología? (Editorial). *Arch Bronconeumol* 1990; 26: 96-97.

2. Sokolowski JW. Medical director of respiratory care. *Am Rev Respir Dis* 1988; 138: 1082-1083.

3. López Mejías J. Cómo es un buen jefe de servicio de neumología (o cómo debe ser un marido perfecto). (Carta.) *Arch Bronconeumol* 1991; 27:281