



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

INFORMACIÓN

AMERICAN LUNG ASSOCIATION/AMERICAN THORACIC SOCIETY INTERNATIONAL CONFERENCE

Miami Beach, Florida, USA
May 17-20, 1992

Para mayor información dirigirse a:

Maureen J. O'Donnell
American Lung Association
1740 Broadway, New York
New York 10019-4374

36ème SESSION D'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DE PHYSIOPATHOLOGIE RESPIRATOIRE

Journées Paul SADOUL
24-27 Mars 1992

Un enseignement post-universitaire de Physiopathologie Respiratoire (Journées Paul SADOUL) est organisé du 24 au 27 Mars 1992 par l'Unité 14 INSERM de Physiopathologie Respiratoire et le Service des Maladies Respiratoires et Réanimation Respiratoire (CHU, Nancy-Brabois). Il s'adresse aux pneumologues, anesthésistes, réanimateurs, physiologistes et chercheurs. Outre des démonstrations pratiques, l'enseignement couvrira les thèmes suivants: Circulation pulmonaire, Pneumopathies professionnelles, Pharmacologie pulmonaire, Physiopathologie de la plèvre, Insuffisance respiratoire aiguë, Trouble respiratoires du sommeil. De nombreux orateurs invités, français et étrangers participeront aux enseignements et un large temps est prévu pour les discussions.

La Session aura lieu au Centre Culturel des Prémontrés à Pont-à-Mousson, où le logement est assuré.

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser au secrétariat de l'Unité 14 INSERM, CO n.º 10, 54511 Vandoeuvre-les-Nancy cedex. Tél. 83 44 63 00.

CURSO (VI) DE AVANCES EN NEUMOLOGÍA VALL D'HEBRON 1992

Barcelona
Del 24 al 28 de Febrero de 1992

Horario: de 14 a 21 horas.

Información e inscripciones: Sra. Maite Valdeolivas y Montse Murillo
Servei de Pneumologia
Hospital General Universitari Vall d'Hebron
Passeig Vall d'Hebron, s/n.
08035 Barcelona
Tel. (93) 427 20 00 ext. 2178 y 2020
(93) 428 61 04 (Directo)
Fax (93) 428 61 04

FE DE ERRATAS

En el artículo "TUBERCULOSIS E INFECCIÓN POR VIH, ANÁLISIS DE 36 CASOS" correspondiente al volumen 27, n.º 5 de los meses Junio-Julio de 1991, existe un error de transcripción en el apartado de "Resultados" página 198 a nivel de la línea 18. Se ha omitido una línea, repitiéndose otra en 2 ocasiones.

El párrafo debería quedar como sigue:

"Los tres casos en que no se aisló el bacilo fueron los siguientes: uno mostraba granulomas tuberculoideos en la biopsia de médula ósea; otro representaba un infiltrado local no cavitario en la radiografía de tórax y unas imágenes características de ileitis terminal en el tránsito intestinal, con PPD 20 mm, desapareciendo dichas imágenes con el tratamiento específico; el tercero era un paciente ya diagnosticado en otro hospital de TBC-P con criterios bacteriológicos, que había iniciado y abandonado el tratamiento en dos ocasiones y actualmente presentaba un patrón radiológico pulmonar focal y cavitario, que también mejoró con tratamiento".