

1. Dines DE, Arms RA, Bernatz PE, Gomez MR. Pulmonary arteriovenous fistula. *Mayo Clin Proc* 1974; 49: 460-465.

2. Álvarez Moro FJ, Comet R, Anivarro I. Diagnóstico radiológico de las fístulas arteriovenosas pulmonares. *Cardiovascular Rev* (ed. esp.) 1981; 2: 16-21.

3. Butman SM, Ashok Kumar KL, Froelicher V. Acquired atherosclerotic aortopulmonary fistula presenting as new-onset congestive heart failure. *Am J Med* 1986; 80: 530-532.

4. Ichijama Y, Minami H, Yamashita M, Azuma K, Takahashi T, Nakamura A. A case of pulmonary arteriovenous fistula with mitral stenosis. *Kyobu Geka* 1989; 37: 1396-1399.

5. Godwin JD, Webb WR. Dynamic computed tomography in the evaluation of vascular lung lesions. *Radiology* 1981; 138: 629-635.

6. Darmon Lebrun M, Le Jeune Cl, Huges FC, Buchet R. Fistules arterioveineuses pulmonaires interet de l'étude tomographique. *Ann Radiol* 1988; 31: 305-308.

Enfermedad de Hodgkin mediastínica diagnosticada por punción-aspiración a través del fibrobronscopio

Sr. Director: La disponibilidad de agujas de aspiración utilizables a través del fibrobronscopio para punción-aspiración con aguja fina (PAAF) transbronquial y transtraqueal (con aguja de Wang¹) ha potenciado las posibilidades diagnósticas de la broncoscopia, permitiendo: a) la obtención de material citológico y/o de pequeños fragmentos tisulares (minibiopsias) a partir de lesiones submucosas, periféricas y mediastínicas (fuera del alcance de la pinza de biopsia) y b) el estadiaje de neoplasias primarias broncopulmonares mediante la punción de grupos ganglionares adyacentes al árbol traqueobronquial²⁻⁴. El desarrollo de la técnica de PAAF transbronquial y transtraqueal se ha centrado, por tanto, en su interés como procedimiento útil en el manejo de neoplasias primarias broncopulmonares, con olvido, salvo casos aislados, de sus posibilidades en el diagnóstico de lesiones exclusiva o predominantemente mediastínicas⁵ y, en otros, de procesos linfoproliferativos. De hecho, en la revisión de la literatura sobre PAAF transbronquial hemos encontrado sólo cuatro casos de linfoma, uno de ellos en un paciente con enfermedad ya conocida, y ninguno de enfermedad de Hodgkin^{4,6,7}.

Presentamos un caso de enfermedad de Hodgkin diagnosticada mediante PAAF transbronquial, que ilustra la utilidad de la técnica en este campo.

Se trataba de un varón de 27 años, sin antecedentes personales o familiares de interés, que consultó por febrícula de 6 meses de evolución, con ocasionales episodios de sudoración nocturna. No se palpaban adenopatías y presentaba una hepatomegalia de dos traveses de dedo. El resto de la exploración era normal. En la analítica destacaba, únicamente, una leucocitosis de 28.500/mm³ con 63,8 % de eosinófilos.

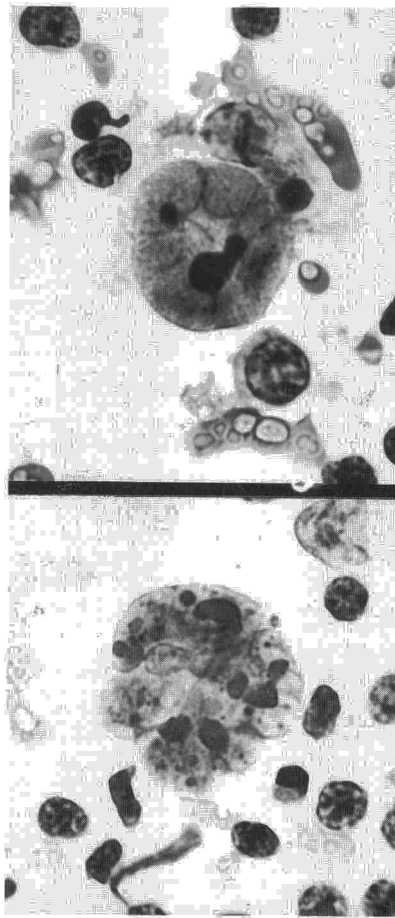


Fig. 1. Arriba: núcleo polilobulado con gran nucleolo eosinófilo irregular. Abajo: célula multinucleada con numerosos macronucleolos muy eosinófilos. (Papanicolau, $\times 1.000$).

Las placas de tórax revelaron ensanchamiento mediastínico superior de contorno redondeado, probablemente secundario a adenopatías, con infiltrado parenquimatoso periférico mal definido en campo medio pulmonar derecho. En la TAC torácica se observaron adenopatías a nivel retroesternal, retrocava y paratraqueal derecho, así como condensación basal derecha y broncograma aéreo.

Se realizó biopsia transbronquial con guía radiológica del infiltrado periférico, observándose abundantes eosinófilos, sin otras alteraciones significativas. En el mismo acto se llevó a cabo PAAF transtraqueal de una adenopatía paratraqueal derecha con agujas de 22 y 18 G (Mill-Rose Laboratories, Mentor, Ohio). Las extensiones citológicas se dejaron secar al aire para posterior tinción con Papanicolau tras rehidratación⁸. También se lavaron las agujas con suero fisiológico para ultracentrifugación. La punción con aguja de 18 G brindó la posibilidad de recoger una minibiopsia que se procesó de la manera convencional para inclusión en parafina.

En este caso, el mejor material se observa en los cristales preparados a partir del lavado con suero fisiológico de la aguja de 18 G, donde pueden reconocerse numerosas células uni- o multinucleadas, de núcleo grande,

muy irregular, con nucleolo eosinófilo prominente, sobre un fondo celular mixto constituido por linfocitos, polimorfonucleares, eosinófilos e histiocitos. El diagnóstico citológico no resultó difícil y se vio ayudado por la presencia, en la minibiopsia, de células "momificadas" y células de Reed-Sternberg clásicas. Una biopsia posterior por mediastinoscopia permitió clasificar el proceso como de tipo "celularidad mixta".

El problema que plantea este caso es el de hasta qué punto es suficiente el material obtenido por PAAF en procesos linfoproliferativos. En nuestro caso se practicó una biopsia ganglionar mediante mediastinoscopia por encontrarnos todavía en una fase previa de estudio de rentabilidad de la técnica y para la correcta tipificación, dado el diagnóstico citológico de la enfermedad de Hodgkin, del proceso. Pensamos, no obstante, que la PAAF transbronquial o transtraqueal puede permitir no solo el diagnóstico, sino también la tipificación de linfomas no Hodgkin con la ayuda de técnicas de inmunohistoquímica y citometría⁶.

En este sentido, el abordaje endobronquial de la patología mediastínica evitaría intervenciones quirúrgicas con anestesia general en muchos casos y con menos riesgos y complicaciones que utilizando PAAF percutánea bajo control ecográfico o radiológico.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los técnicos especialistas de Anatomía Patológica P.L. Castro y L. Ibáñez por su excelente labor como citopreparadores.

A. Rey, F. Rodríguez de Castro* y E. Redondo Servicios de Anatomía Patológica y de *Neumología. Hospital Ntra. Sra. del Pino. Las Palmas de Gran Canaria

1. Wang KP, Terry P, Marsh B. Bronchoscopic needle aspiration biopsy of paratracheal tumors. *Am Rev Respir Dis* 1978; 118: 17-21.

2. Rosenthal DL, Wallace JM. Fine needle aspiration of pulmonary lesions via fiberoptic bronchoscopy. *Acta Cytol* 1984; 28: 203-210.

3. Shure D. Transbronchial biopsy and needle aspiration. *Chest* 1989; 95: 1.130-1.138.

4. Harrow EM, Oldenburg FA, Lingenfelter MS, Smith AM. Transbronchial needle aspiration in clinical practice. A five year experience. *Chest* 1989; 96: 1.268-1.272.

5. Juliá G, Rodríguez de Castro F, Fernández JM, Caminero J, Díaz F, Cabrera P. Transcarinal needle aspiration in the diagnosis of mediastinal adenitis in a patient infected with the human immunodeficiency virus. *Thorax* 1990; 45: 414-415.

6. Ketaj L, Chauncey J, Duque R. Combination of flow cytometry and transbronchial needle aspiration in the diagnosis of mediastinal lymphoma. (letter). *Chest* 1985; 88: 936.

7. Wang KP. Flexible transbronchial needle aspiration biopsy for histologic specimens. *Chest* 1985; 88: 861-863.

8. Chan JKC, Kung ITM. Rehydration of air-dried smears with normal saline. *Am J Clin Pathol* 1988; 89: 30-34.