



El primer caso de afectación pulmonar de la enfermedad de Waldenstrom, fue descrito en 1956 por Noach⁴. Su frecuencia en las distintas series oscila del 0-3 %⁵. Los hallazgos radiológicos más frecuentes son infiltrados reticulonodulares difusos de predominio basal. El derrame pleural, si existe, suele ser unilateral. La tendencia de las alteraciones radiológicas es a progresar lentamente.

En nuestro caso, la afectación pulmonar fue progresiva y su diagnóstico se realizó inicialmente mediante lavado broncoalveolar.

Queremos destacar la importancia del lavado broncoalveolar en el estudio de la MGW. Pensamos que, con una mayor utilización de esta técnica, el número de casos con afectación pulmonar detectados podría ser mayor y su frecuencia quizás sería más alta de lo que se pensaba hasta ahora.

E. Chacón, S. Bello y M. Vila

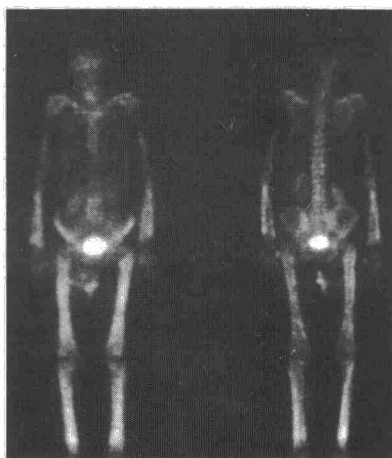
Servicio de Neumología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

1. Domingo-Albós A, Brunet S, Puig Zuza J. Macroglobulinemia de Waldenstrom. Revisión de 21 casos. *Biol Clin Hematol* 1981; 3:123-132.
2. Bergsagel DE. Macroglobulinemia. En: *Hematology*, Eds. W.S. Williams, E. Beutler, y RW Rundles. Nueva York, McGraw-Hill. 1973; 106.
3. Fraser RG, Paré JAP. En: *Diagnóstico de las enfermedades del tórax*. Barcelona, Salvat eds. 1973; 1.075.
4. Noach AS. Pulmonary involvement in Waldenstrom's macroglobulinemia. *Nederl T Geneesk* 1956; 100:3.881.
5. Winterbauer RH et al. Pleuropulmonary manifestations of Waldenstrom's macroglobulinemia. *Chest* 1974; 66:368.

Osteoartropatía hipertrófica generalizada como primera manifestación de neoplasia pulmonar

Sr. Director: La osteoartropatía hipertrófica puede ser definida como un síndrome de periostitis proliferativa crónica de los huesos largos acompañado frecuentemente de hipercalcemia digital en manos y pies, oligo o polisinovitis y manifestaciones neurovegetativas en las extremidades¹. Existe una forma primaria muy poco común de inicio en la adolescencia² y una forma secundaria que se presenta asociada en la mayoría de los casos a neoplasias pulmonares, apareciendo en un 3-5 % de las mismas, siendo el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma los tumores más frecuentemente encontrados^{3,4}. Si bien los síntomas y signos clínicos de osteoartropatía hipertrófica pueden preceder hasta en 1/3 de los casos a cualquier síntoma pulmonar de neoplasia⁵, su aparición un año antes del diagnóstico del tumor, como en el caso que presentamos, es excepcional.

Caso clínico: Varón de 70 años, con antecedentes personales de adenoma prostático intervenido a los 60 años y tabaquismo. Desde hacía un año venía presentando edemas en extremidades inferiores hasta región in-



Rastreo óseo con difosfonato de Tc99m: Hiper captación difusa y simétrica en diáfisis de huesos largos de las 4 extremidades.

guinal, acompañados de dolor en piernas que se aliviaba con la elevación de las mismas. El cuadro fue catalogado como insuficiencia venosa y tratado como tal sin encontrar mejoría. Cuatro meses antes de su ingreso en nuestro centro comenzó con astenia importante, pérdida de peso, discreto dolorimiento en costado derecho sin características pleurales y disnea de medianos esfuerzos.

En la exploración física inicial se confirmó la existencia en ambas extremidades inferiores de un edema firme con poca fovea, llamando la atención el aspecto ensanchado de las cuatro extremidades sobre todo a nivel distal, con hipercalcemia digital manifiesto. A la auscultación se escuchaban algunos estereotipos en base pulmonar derecha.

En la analítica de sangre destacaba: Hto 31 %, Hb 10,8 g/dl, 8.600 leucocitos con fórmula normal, 424.000 plaquetas, VSG de 64 mm en la primera hora y FA 636 U/l. Estudio hormonal con PTH, calcitonina y GHG dentro de límites normales. Se realizaron Rx de tórax, en las que aparece una imagen de masa en base derecha de unos 6 cm de diámetro cercana a zona diafragmática. La ecografía abdominal fue normal. En el rastreo óseo con difosfonato de Tc99m (fig. 1) se aprecia un aumento de captación de forma difusa y simétrica en diáfisis de huesos largos de las 4 extremidades y en la serie ósea un engrosamiento periosteal en vaina con doble contorno óseo a lo largo de diáfisis y metafisis, afectando simétricamente a fémures, tibias, peronés, húmeros, cúbitos, radios, metacarpianos, metatarsianos y falanges proximales.

El diagnóstico anatomopatológico de la masa pulmonar realizado por punción aspirativa transparietal fue de adenocarcinoma. Se practicó broncoscopia, visualizándose compresiones en el 1/3 inferior de la tráquea en su lado derecho por adenopatías paratraqueales derechas. Dada la edad del paciente, el importante tamaño de la masa, la presencia de adenopatías paratraqueales derechas y la comprobación de unas malas pruebas funcionales respiratorias, se desestimó la intervención. Tampoco se indicó radioterapia ni quimioterapia dada la baja sensibilidad del adenocarcinoma a estas terapéuticas, dando-

se al paciente el alta con tratamiento sintomático.

Comentarios: Llama la atención en este caso la gran extensión de las lesiones propias de la osteoartropatía hipertrófica, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, semejando una forma primaria de la enfermedad. Esta mayor extensión podría estar relacionada con la larga evolución antes del diagnóstico del tumor, apoyando la hipótesis de que las diferencias encontradas entre las formas primaria y secundaria dependen únicamente de la duración del proceso⁶.

El cuadro clínico puede inicialmente sugerir una neuritis periférica, una tromboflebitis (como en el caso que presentamos) o incluso una artritis reumatoide en las formas con polisinovitis, perdiéndose un tiempo precioso en el diagnóstico del tumor asociado si no se piensa en esta entidad y no se realiza una Rx de tórax.

F. Alonso Casas, M. Vila Justríbó* y C. Gonzalo Hernández

Departamento de Medicina Interna y *Sección de Neumología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

1. Altman RD, Tenenbaum J. Hypertrophic osteoarthropathy. En: Keley WN, Ed. *Textbook of Rheumatology*. Vol II. Philadelphia, WB Saunders Co, 1985; 1.594-1.603.
2. Peña-Sarnago JM, Martínez Alvarez A, Sáez Garmendia F, López Ruiz JA, Marco Cacho A, Rodríguez Arzadum JA, Acha Arrieta MV. Osteoartropatía hipertrófica primaria (paquidermoperiostosis). Presentación de un nuevo caso. *Gac Med Bilbao*. 1984; 81:635-639.
3. Segal AM, Mackenzie AH. Hypertrophic osteoarthropathy: a 10-year retrospective analysis. *Semin Arthritis Rheum* 1982; 12:220-232.
4. Calabro JJ. Cancer and arthritis. *Arthritis Rheum* 1967; 10:553-567.
5. Anderson G. Paramalignant syndromes in lung cancer. London, William Heinemann Medical Books LTD 1973; 66-75.
6. Pineda CJ et al. Periostitis in hypertrophic osteoarthropathy: Relationship to disease duration. *AJR* 1987; 148:773-778.

Bronquio traqueal derecho

Sr. Director: El bronquio traqueal (BT) es, dentro de su rareza, una de las variantes anatómicas más frecuentes del árbol traqueo-bronquial en el ser humano¹, siendo normal en ciertos primates y en suidos —concretamente en cerdos²— llegándose a describir incluso la teoría que atribuye su presencia en el hombre a un retroceso en la escala filogenética³, además de las teorías que hablan de factores genotípicos en unos casos y fenotípicos en otros.

El BT se origina casi siempre en la cara derecha de la tráquea y generalmente en su porción postero-lateral, a una distancia entre 1 y 2 cm de la carina, siendo el hallazgo de un bronquio traqueal izquierdo algo absolutamente excepcional⁴, aunque existe el mal llamado bronquio traqueal izquierdo que es un bronquio ectópico que nace del bronquio principal izquierdo⁵. Es conveniente distin-

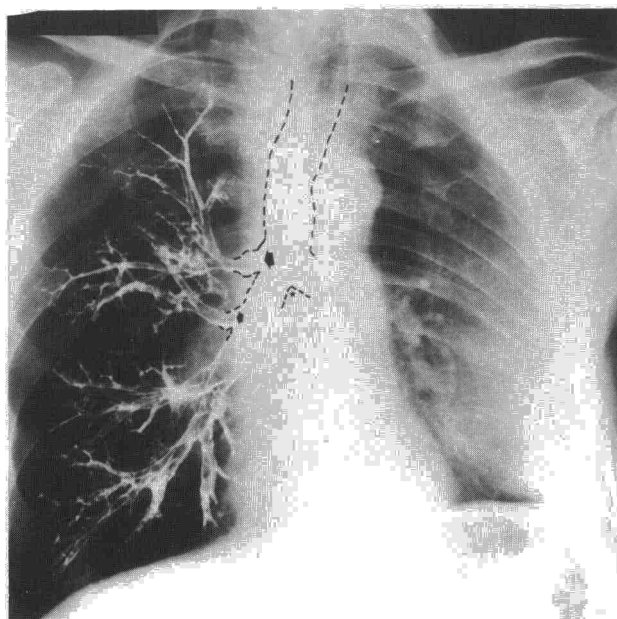


Fig. 1. Broncografía del árbol bronquial derecho (proyección PA). Flecha gruesa: entrada bronquio traqueal. Flecha inferior: entrada del bronquio del segmento posterior del LSD. Estrella: carina.

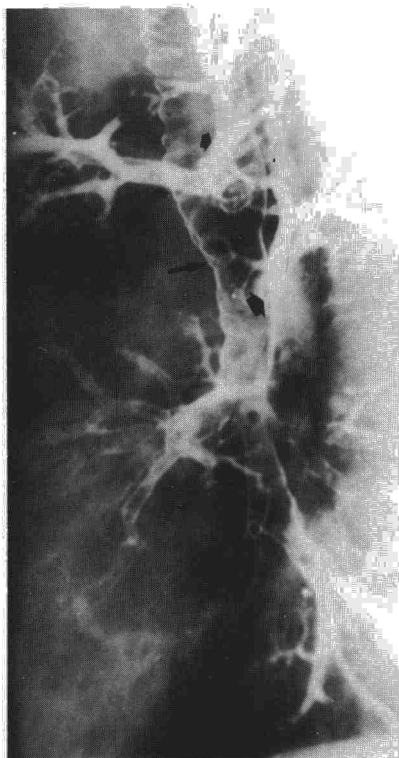


Fig. 2. Broncografía del árbol bronquial derecho (proyección lateral). Flechas superiores: bronquios de los segmentos apical y anterior del LSD que nacen del bronquio traqueal. Flecha fina: nivel de carina. Flecha gruesa: entrada del bronquio del segmento posterior del LSD.

guir entre BT supernumerario y BT desplazado⁶; éste último se presenta, según las series en un 0,13 a un 0,16 % de las bronoscopias⁷. En la presente carta describimos el hallazgo de un caso de BT con distribución segmentaria poco frecuente:

Se trata de un paciente de 61 años, fumador de 40 cigarrillos al día y con criterios clínicos de EPOC-bronquitis crónica. Entre sus antecedentes destaca haber padecido hace 12 años tuberculosis pulmonar con afectación de los lóbulos superior derecho (LSD) e inferior izquierdo (LII) y que cursó con derrame pleural izquierdo.

Ingresa en nuestro hospital por cuadro consistente en pérdida de peso de 7 kg en un mes, tos con expectoración mucopurulenta muy abundante ocasionalmente hemoptoica y sin fiebre. En la exploración física se apreciaba: Paciente delgado (55 kg), con escoliosis dorsal, sin cianosis ni acropaquias y apirético. Auscultación pulmonar: disminución generalizada del murmullo vesicular, más acusada en base izquierda y sibilancias disminuidas. En la analítica destacaba una ligera leucocitosis con fórmula normal, velocidad de sedimentación globular de 71 mm en la 1.^a hora y aumento de las alfa, globulinas (17,5 %). La tinción de Ziehl-Nelsen de muestras repetidas de esputo y los respectivos cultivos de Löwenstein fueron negativos. Radiología de tórax: En base izquierda patrón reticular grueso con engrosamiento pleural de densidad calcio; en lóbulo superior derecho patrón reticular grueso; hiperclaridad en el resto del pulmón derecho; silueta cardíaca alargada; hilio derecho ligeramente engrosado y signos de hipertensión pulmonar precapilar; hemidiafragma izquierdo sobrelevado; escoliosis dorsal de convexidad derecha.

Broncoscopia: Tráquea normal, carina afilada, el bronquio superior derecho parece nacer a la altura de carina y existe un bronquio supernumerario que arranca de la pared externa del bronquio intermediario. Resto del árbol bronquial con secreciones muy abundantes. Se recogieron muestras para microbiología y citología. El cultivo específico fue negativo y el inespecífico mostró flora mixta saprofita. En la citología no se hallaron signos de malignidad. **broncografía:** Arbol bronquial izquierdo: Bronquios de la pirámide basal apelonados y desplazados

hacia atrás y con abundantes bronquiectasias varicosas en su trayecto. Importante pérdida de volumen del lóbulo inferior izquierdo. En el árbol bronquial derecho se apreció: bronquio superior derecho con implantación en cara lateral de tráquea a 1 cm por encima de carina que se ramifica en dos bronquios: apical y anterior. Del bronquio principal derecho, a 2 cm por debajo de la salida del anteriormente citado y a 1 cm por debajo de carina, nace un bronquio que va al segmento posterior del LSD (figs. 1 y 2). Bronquio intermediario aumentado de calibre y bronquio 10 con bronquiectasias tubulares.

El BT puede, como en nuestro caso, ventilar parénquima pulmonar normal, terminar en un fondo de saco a algunos cm de su origen o ventilar una zona de parénquima rudimentario del LSD o de un lóbulo traqueal anormal⁷. En cuanto a los segmentos, el BT suele corresponder al territorio del apical del LSD⁸, saliendo los de los segmentos anterior y posterior de un bronquio lobar de implantación normal. Otra posibilidad también frecuente es el desplazamiento de todo el LSD⁷. Se trata, pues, nuestro caso, de una distribución rara de las ramas segmentarias que derivan del BT, ya que de él salían las de los segmentos apical y anterior, surgiendo la del posterior del bronquio principal. La presencia de un bronquio traqueal no tiene por qué dar sintomatología, sin embargo, es importante conocer su existencia en aquellos casos en los que se vaya a realizar una intervención quirúrgica sobre ese territorio, ya que pueden estar irrigados por arterias bronquiales de distribución también anómala que podrían, de no ser identificadas, dar lugar a problemas hemorrágicos durante la intervención⁹.

P. Val, J. A. Domingo y J. A. Carretero.

Hospital Rojo Villanova. Zaragoza.

1. Sherman W.A. Major anomalies of the tracheobronchial tree. With a list of the minor anomalies. *Dis Chest*; 1967; 52:611-615.
2. Soulas A, Mounier-Kuhn P. Deviations, compressions, malformations et anomalies tracheales ou bronchiques. En: Soulas A, et Mounier-Kuhn. *Bronchologie, technique endoscopique et pathologie tracheo-bronchique*. 2.^a Ed.; Paris 1956; 1.006-1.030.
3. Bremer J.L. Accessory bronchi in embryos. *Rec*. 1932; 54:361.
4. Felson B. Segmentos. En: Felson B. *Radiología torácica*. Ed. Científico-Médica. Barcelona. 2.^a Ed. 1982; 157.
5. Castella J, Puzo MC. Bronconeumopatías congénitas. En: Castella J y Puzo M.C. *Broncología*. Ed. Salvat. Barcelona 1982; 81-92.
6. Gerson CE, Rothstein A. An anomalous tracheal bronchus to the right upper lobe. *Am Rev Tuberc* 1951; 64:686-690.
7. García de Cabo A, Checa Pinilla J, Domínguez Reboiras A, Guerra Sanz F. Bronquio traqueal y cardíaco accesorio. *Arch Bronconeumol* 1976; 12:153-158.
8. Marks C. The ectopic tracheal bronchus: Management of a child by excision and segmental pulmonary resection. *Dis Chest* 1966; 50:652-654.
9. Robert FJ, Ernest EF. Displaced bronchus, lung abscess and retrograde perfusion. *Dis Chest* 1969; 1:69-72.