



for diagnosis of tuberculous pleural effusion. *Chest* 1983; 84:51-53.

3. Martínez-Vázquez JM, Ocaña, I, Riber E, Capdevila JA et al. Diagnóstico temprano de la tuberculosis pleuropulmonar mediante la determinación de adenosina deaminasa. *Med Clin (Barc)* 1984; 83:578-580.

4. Cardona MJ, Orts J, Rodríguez B, Fuentes J, Manresa F. Tuberculosis pleural y determinación de adenosina deaminasa. *Med Clin (Barc)* 1985; 85:559.

5. Pettersson T, Ojala K, Weber TH. Adenosine deaminase in the diagnosis of pleural effusions. *Acta Med Scand* 1984; 215:299-304.

6. Giusti G. Adenosine deaminase. En: Bergmeyer HU Ed. «Methods of enzymatic analysis». Nueva York. Academic Press Inc 1974; 1.092-1.099.

Neumopatía por inhalación de vapores sulfurosos

Sr. Director: Las lesiones del aparato respiratorio derivadas de la inhalación de gases tóxicos son función de diversos factores, fundamentalmente concentración del gas inhalado, duración de la exposición y características fisicoquímicas del tóxico y constituyen un espectro clinicopatológico variable, desde el edema agudo de pulmón en los casos más graves hasta la bronquiolitis obliterante tardía¹⁻⁴. Exponemos a continuación un caso secundario a la inhalación de vapores de ácido sulfúrico.

Enfermo de 38 años, fumador de 40 cigarrillos/día, con criterios clínicos de bronquitis crónica en buen grado funcional. Pulidor de profesión con exposición a gases tóxicos. Dos semanas antes de su ingreso estuvo expuesto durante treinta minutos a vapores de ácido sulfúrico sin medidas de protección respiratoria, presentando al cabo de este tiempo malestar general, cefaleas, náuseas, tos y disnea, mejorando posteriormente de su sintomatología. Cuatro días antes de acudir al hospital comenzó con disnea progresiva severa, expectoración hemoptoica y fiebre de hasta 42 °C. En la exploración se objetivó taquipnea importante, palidez y crepitantes en la mitad inferior de ambos hemitórax. Analítica: leucocitos $25,5 \times 10^9/l$ con 12 % cayados y 1 % eosinófilos, hematocrito 30 %, VSG 134/138. Bioquímica sanguínea normal. Gasometría arterial con FiO_2 0.40: pH 7.48, pO_2 66.8, pCO_2 38.1. Rx tórax: infiltrado retículo-nodular intersticial difuso progresivo. Hemocultivos, cultivos y baciloscopia de esputo negativos. Estudio funcional respiratorio: FEV₁ 2.100 ml. (56 %), CV 2.760 ml. (59 %), FEV₁/CV 95 %. Difusión corregida para el valor de hemoglobina normal. El enfermo fue inicialmente tratado con antibióticos sin mejoría y posteriormente con esteroides (120 mg de metilprednisolona al día) quedando afebril al primer día de tratamiento y presentando el alta diez días después de recuperación clínica completa subjetiva y mejoría radiológica importante. No se

pudo realizar seguimiento evolutivo funcional posterior.

La clínica del enfermo que se presenta es compatible con la denominada fase tardía de la neumopatía por inhalación de gases tóxicos¹⁻⁴, cuya base anatomopatológica está conformada por una bronquiolitis obliterante. La bronquiolitis obliterante constituye la vía final común resultante de la reparación por tejido de granulación de las lesiones en la pequeña vía aérea secundarias a múltiples agentes lesivos⁴, entre los cuales se encuentra la inhalación de vapores tóxicos. Tras un período asintomático variable de 2 a 5 semanas, los enfermos que desarrollan esta forma tardía de neumopatía presentan clásicamente tos, fiebre y disnea progresiva, habitualmente con crepitantes auscultatorios pulmonares y lesiones radiológicas intersticiales. El estudio funcional respiratorio presenta un patrón obstructivo o restrictivo, según el proceso anatomopatológico se limite a la pequeña vía aérea o se acompañe de neumonía organizativa respectivamente⁴. Se ha referido la importante respuesta al tratamiento en gran parte de los enfermos, si bien la recuperación puede ser incompleta, con obstrucción parcial de la pequeña vía aérea¹⁻⁴.

G. Obeso Fernández, J.J. Cabanillas Martín* y J.M. Pereda García

Departamentos de Medicina Interna y Neumología*.

Fundación Jiménez Díaz. Clínica de Nuestra Señora de la Concepción. Universidad Autónoma Madrid.

1. Fraser RG, Paré JAP. Diagnosis of diseases of the chest. 2.^a ed. Philadelphia W.B. Saunders 1979; 1.529-1.537.

2. Charan NB, Myers CG, Lakshminarayan S, Spencer TM. Pulmonary injuries associated with acute sulfur dioxide inhalation. *Am Rev Respir Dis* 1979; 119:555-560.

3. Roig Cutillas J, Martínez Martínez M, Vidal Plá R, Morera Prat J. Fase tardía de neumopatía por inhalación de vapor nitroso. *Med Clin* 1982; 79:388.

4. Epler GR, Colby TV, McCloud TC, Carrington CG, Gaensler EA. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *N Eng J Med* 1985; 312:152-158.

Metástasis pulmonar de leiomioma en región glútea

Sr. Director: El leiomioma es un tumor maligno que se origina en células de músculo liso. Los que están localizados en tejidos blandos tienen una ligera mayor incidencia en la mujer y la edad más frecuente es alrededor de los 55 años. No existen factores etiológicos conocidos¹.

Presentamos el caso de una mujer de 36 años que consulta por la aparición cuatro días antes de un bulto en la nalga derecha

que le molesta al sentarse. A la exploración se trata de una masa de 5-6 cm, dura, desplazable con el glúteo relajado, situada algo por encima del isquion. El resto de la exploración era normal. La analítica y Rx de tórax eran normales. Se practicó extirpación quirúrgica y el diagnóstico anatomopatológico fue leiomioma con anaplasia grado II. Un mes más tarde fue tratada con cobaltoterapia. A los tres meses de la primera intervención presentó recidiva local que obligó a la extirpación casi completa del glúteo mayor, en el que estaba alojada la tumoración. La anaplasia era de grado III. A los 17 meses de esta intervención, encontrándose la paciente asintomática y con exploración física normal, se aprecia en la Rx de tórax (Fig. 1) una opacidad redondeada parahiliar derecha que en proyección lateral era posterior. En el TAC torácico se visualizó, por debajo de la carina y en la porción más posterior y medial del hemitórax derecho, una imagen de masa que contactaba con la pleura; el diagnóstico citológico de la muestra obtenida por punción-aspiración transtorácica era compatible con el de metástasis pulmonar de leiomioma. Se practicó toracotomía postero-lateral derecha y lobectomía inferior derecha. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico citológico y demostró infiltración de pleura visceral. A los cuatro meses la evolución es favorable.

El leiomioma de partes blandas es un tumor raro^{1,5}. Un 4-10 %, según las series, se localizan en región glútea^{3,4,5,6}. En un estudio multicéntrico, que comprende 1.049 casos de sarcomas de tejidos blandos superficiales², sólo 39 (3,7 %) son leiomiomas.

El comportamiento clínico del caso que referimos ha sido uno de los más habitualmente encontrados en la literatura: aparece una tumoración, generalmente dolorosa¹ de unos 5 cm en promedio, que cuando es subcutánea no produce cambios superficiales en la piel, aparte de su elevación^{1,5}. Tres meses después, esta tumoración ha recidivado, como ocurre en casi la mitad de los pacientes^{4,6} y se ha desarrollado posteriormente una metástasis pulmonar. Existe acuerdo en que, cuando la localización es subcutánea, la frecuencia de metastatización es superior que cuando es cutánea^{1,4} y el pronóstico es peor en los tumores que se desarrollan en planos profundos como el músculo⁶. El pulmón es el órgano donde más frecuentemente se producen metástasis, por vía hematogena^{5,6}; son más raras las metástasis ganglionares⁵ y en otros órganos.

El diagnóstico se ha hecho por punción-aspiración transtorácica, método importante de diagnóstico en los metástasis de sarcomas⁷.

Respecto al tratamiento, la opinión unánime es que hay que hacer una extirpación amplia con objeto de evitar recidivas locales, siempre más agresivas por su tendencia a invadir planos profundos^{1,3,5,6}. La radioterapia no ha tenido éxito, como ha ocurrido en otros casos³.

En una experiencia de más de 40 años se ha demostrado la eficacia del tratamiento