



la nula respuesta de la paciente al tamoxifén podrá estar justificada por tres razones: la posibilidad real de ausencia de receptores estrogénicos, que éstos no sean normofuncionantes<sup>2</sup> y que, aun existiendo aquellos sin defectos, no hay respuesta posible dada la larga evolución y gravedad del proceso, como justificó Tomasian<sup>3</sup> en su trabajo, aduciendo que quizás una detección más temprana de la enfermedad podría permitir entonces una más clara manipulación hormonal.

Parece claro que, aunque los trabajos antecitados<sup>1-3</sup> hacen referencia a la linfangiomatosis, hoy se tienen pocas dudas de que dicha enfermedad es una forma abortada de esclerosis tuberosa<sup>4</sup>. Luna et al<sup>5</sup>, demostraron receptores estrogénicos en tejido pulmonar de la esclerosis tuberosa, lo cual dice más aún sobre la similitud de ambas enfermedades. Parece entonces necesario puntualizar que, ante la sospecha de linfangiomatosis o esclerosis tuberosa, sería conveniente la búsqueda de receptores estrogénicos en tejido, y en cualquier caso, aplicar siempre tratamiento antiestrogénico, sugiriéndose que es posible que a diagnóstico más precoz, más posibilidades de éxito.

**A. Pacheco Galván**

Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal.  
Madrid.

## BIBLIOGRAFIA

1. Banner AS, Carrington CB. Oophorectomy in lymphangiomyomatosis and benign metastasizing leiomyoma. *N Engl J Med* 1981; 305:1.1417.
2. Graham ML, Spelsberg TC, Dines De et al. Pulmonary lymphangiomyomatosis with particular reference to steroid-receptor assay studies and pathologic correlation. *Mayo Clin Proc* 1984; 59:3-11.
3. Tomasian A, Greenberg MS, Rumerman H. Tamoxifen for lymphangiomyomatosis. *N Engl J Med* 1982; 306:745-746.
4. Mark EJ. Lung biopsy interpretation. Baltimore, Williams and Wilkins 1985; 128.
5. Luna CM, Gene R, Jolly E et al. Pulmonary lymphangiomyomatosis associated with tuberous sclerosis. *Chest* 1985; 88:473-475.

## Diagnóstico de la afectación pulmonar por leucemia linfática crónica mediante el lavado broncoalveolar

**Sr. Director:** Un problema común en el curso clínico de los pacientes inmunodeprimidos portadores de hemopatías malignas es la aparición de infiltrados pulmonares de etiología difícil de identificar. Las causas más frecuentes<sup>1-4</sup> son las infecciones pulmonares (50 %), por bacterias, virus, hongos y protozoos; la infiltración por la enfermedad de base (25 %), la toxicidad por fármacos (15 %) y la hemorragia pulmonar (10 %). El procedimiento diagnóstico más eficaz, la biopsia pulmonar a cielo abierto<sup>5,6</sup>, puede evitarse actualmente con el uso de la fibrobroncoscopia (FBS) con lavado bronco-alveolar (LBA)<sup>1,2,7-9</sup>. Hemos observado una paciente portadora de leucemia linfática crónica (LLC) que desarrolló infiltrados pulmonares bilaterales, filiados gracias al LBA como secundarios al proceso de base.

Se trataba de una mujer de 52 años, diagnosticada tres meses antes de LLC estadio IV-C, por lo que había recibido dos tandas de poliquimioterapia. La paciente ingresó por fibrilación, sin otra sintomatología, junto a estertores crepitantes en la base pulmonar izquierda, adenopatías generalizadas y hepato-esplenomegalia en la exploración física. El

hemograma evidenció normalidad en las series roja y plaquetaria, con leucocitosis de  $88,5 \times 10^9/l$  (5N, 1C, 92L, 2M). La radiografía del tórax mostró infiltrados difusos bilaterales de características alveolares junto a adenopatías mediastínicas. El examen microbiológico de sangre, orina y esputo no aportó datos significativos. La FBS no evidenció ninguna alteración macroscópica del árbol bronquial. Se tomaron muestras mediante catéter telescópico de doble luz y oclusión distal para análisis microbiológico, y mediante broncoaspirado simple para análisis microbiológico y citológico. Asimismo, se practicó LBA y en el líquido obtenido se realizaron cultivos para bacterias, hongos y micobacterias, y se obtuvieron varias extensiones celulares mediante citocentrífuga, que fueron teñidas con Giemsa, hematoxilina-eosina, Papanicolau, metenamina argéntica, PAS, Perls y May-Grünwald-Giemsa, con objeto de identificar esporas e hifas de hongos, células atípicas, *Pneumocystis carinii*, cuerpos de inclusión víricos y hemosiderófagos. El estudio microbiológico de las distintas muestras obtenidas resultó negativo. El análisis celular del LBA mostró células linfoides con moderado grado de atipia, sugestivas de infiltración por LLC, lo que se confirmó en la biopsia transbronquial, que mostró una pared bronquial infiltrada por linfocitos maduros. Descartada la etiología infecciosa, se administró poliquimioterapia, con excelente respuesta clínica y desaparición de la imagen radiológica.

En el diagnóstico de infiltrados pulmonares de pacientes inmunodeprimidos, los procedimientos no invasivos (radiografía de tórax, análisis de esputo) resultan poco eficaces, mientras que los más efectivos (biopsia pulmonar) son muy agresivos. El LBA permite llegar al diagnóstico etiológico en el 83 % de las infecciones respiratorias y en el 78 % de las hemorragias pulmonares<sup>1,2,9</sup>, siendo menor su sensibilidad en las infiltraciones por la enfermedad de base y en la neurotoxicidad por fármacos. Por otra parte, la especificidad del método es superior al 95 %<sup>1</sup>.

El interés en alcanzar un diagnóstico causal preciso en pacientes como la descrita, viene dado por la posibilidad de instaurar un tratamiento altamente específico para determinadas etiologías. En nuestra experiencia<sup>10</sup>, el análisis celular del LBA condicionó cambios en la terapia de 16 de un total de 40 casos estudiados. En la observación clínica referida, el objetivo fundamental era descartar un proceso infeccioso pulmonar que impidiese el tratamiento antileucémico. Al ser negativos todos los estudios microbiológicos antes referidos, se pudo descartar una patología infecciosa con una seguridad superior al 90 %, y en concreto un origen micobacteriano, con una seguridad cercana al 100 %<sup>1,2</sup>. El hallazgo de los elementos linfoides orientó la infiltración como secundaria a la LLC, por lo que se inició poliquimioterapia con buena respuesta.

El presente caso ilustra el valor del LBA en el diagnóstico de los infiltrados pulmonares en la LLC, que evita la práctica de procedimientos invasivos y consigue índices diagnósticos similares a aquéllos.

**J. López-Guillermo, A. Xaubet,  
J.M. Montserrat y V. Plaza**  
Servicio de Neumología. Hospital Clínic.  
Barcelona.

## BIBLIOGRAFIA

1. Stover D, Zaman MB, Hajdu SI et al. Bronchoalveolar lavage in the diagnosis of diffuse pulmonary infiltrates in the immunosuppressed host. *Ann Int Med* 1984; 101:1-7.
2. Young JA, Hopkin JM, Cuthertson WP. Pulmonary infiltrates in immunocompromised patients: diagnosis by cytological examination of bronchoalveolar lavage fluid. *J Clin Pathol* 1984; 37:30-397.



3. Broaddus C, Dake MD, Stulberg MS et al. Bronchoalveolar lavage and transbronchial biopsy for the diagnosis of pulmonary infections in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985; 102:747-752.

4. Singer C, Armstrong D, Rosen PP, Walzer PD, Yu B. Diffuse pulmonary infiltrates in immunosuppressed patients: prospective study of 80 cases. *Am J Med* 1979; 66:110-120.

5. Greenman RL, Goodall PT, King D. Lung biopsy in the immunocompromised host. *Am J Med* 1975; 59:488-49.

6. Haverkos HW, Dowling JN, Pasculle AW et al. Diagnosis of pneumonitis in immunocompromised patients by open lung biopsy. *Cancer* 1983; 52:1.093-1.097.

7. Costabel U, Bross KJ, Matthys H. Diagnosis by bronchoalveolar lavage of cause of pulmonary of pulmonary infiltrates in haematological malignancies. *Br Med J* 1985; 290:1.041.

8. Weinberger S, Kelman JA, Elson NA et al. Bronchoalveolar lavage in interstitial lung disease. *Ann Intern Med* 1978; 89:459-466.

9. Williams D, Yungbluth M, Adams G, Glassroth J. The role of fiberoptic bronchoscopy in the evaluation of immunocompromised host with diffuse pulmonary infiltrates. *Am Rev Respir Dis* 1985; 131:880-885.

10. Xaubet A, Torres A, Ramírez J et al. Pulmonary infiltrates in immunocompromised patients: diagnosis by cytological examination of bronchoalveolar lavage fluid (abstract). *Am Rev Respir Dis* 1986; 33:183A.

### Lipoma pleural. Estudio con tomografía computarizada

**Sr. Director:** Los lipomas intratorácicos son tumores muy poco frecuentes que se han clasificado en cinco grupos<sup>1</sup>: endobronquiales, parenquimatosos, pleurales, mediastínicos y cardíacos. Los lipomas de localización pleural pueden originarse en el tejido conectivo de la pleura, tanto de la visceral como de la parietal, o bien de la grasa de la pared torácica; su origen, por tanto, puede ser pleural o extrapleural, pero ello no puede determinarse radiológicamente<sup>2</sup>. Recientemente hemos estudiado un caso de lipoma pleural; el valor que la tomografía axial computarizada (TAC) tiene, en la actualidad, en el estudio de estas lesiones, nos ha movido a comunicar este caso.

Varón de 24 años de edad, asintomático, al cual se realizó un estudio radiológico de tórax para un reconocimiento de empresa. En la radiografía posteroanterior de tórax (fig. 1) se apreciaba una masa de características extrapulmonares en vértice derecho, no había calcificaciones visibles en su interior ni se demostró lesión costal acompañante. La exploración física, así como los análisis rutinarios de sangre y orina no demostraron alteraciones. Se realizó una TAC (fig. 2) en la que se visualizaba una masa homogénea, bien encapsulada, apical derecha, cuyo valor medio de atenuación era de -77 UH. El paciente aportó una radiografía de tórax realizada tres años antes, en la cual se observaba la misma lesión con idénticas características.

Los lipomas pleurales son tumores infrecuentes, benignos, de crecimiento muy lento, que pueden permanecer asintomáticos durante mucho tiempo, los síntomas, cuando aparecen, están en relación con estructuras comprimidas. En la radiografía de tórax aparecen como lesiones extrapulmonares, la destrucción ósea es rara debido a que se trata de tumores muy blandos y deformables, por lo que una masa de estas características sin lesión costal debe hacer sospechar este tipo de tumor. Se ha descrito el aspecto en «reloj de arena» como muy típico de los lipomas. La localización más frecuente es en el tercio superior de ambos hemitórax<sup>3</sup>, en especial, entre la cuarta y octava costillas, en donde la grasa extrapleural es más abundante<sup>2</sup>. Una lesión extrapulmonar, tal y como se observa en este caso, plantea, desde el punto

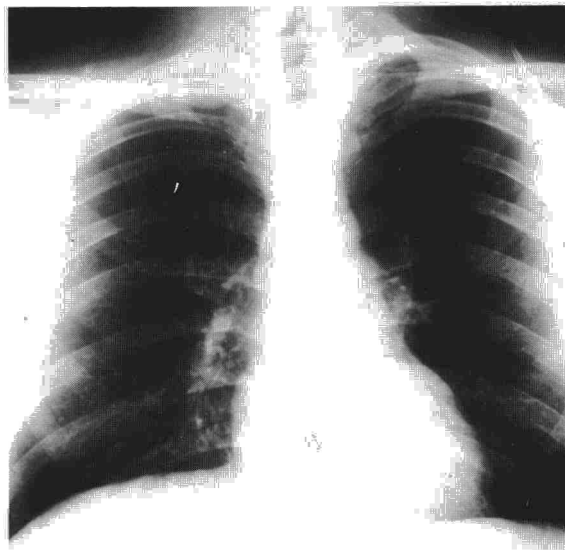


Fig. 1. Radiografía de tórax. Se observa una masa extrapulmonar apical derecha.

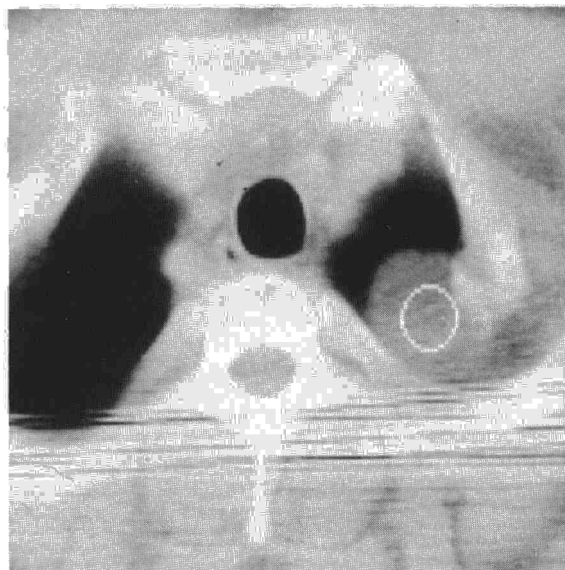


Fig. 2. TAC. Masa homogénea apical derecha.

de vista radiológico, múltiples posibilidades diagnósticas<sup>4</sup>: carcinoma pulmonar, mesotelioma benigno o maligno, metástasis, lesión costal o de pared torácica, etc. Estas lesiones, no hace mucho tiempo, precisaban de la cirugía para llegar a un diagnóstico definitivo. En la actualidad, la TAC es un método de extremada utilidad en el estudio de estos casos. Una masa homogénea, bien encapsulada, con valores de atenuación entre -50 y 150 UH cumple criterios suficientes para ser considerada un lipoma<sup>5</sup>. En estos casos puede evitarse la cirugía. La ausencia de crecimiento de la tumoración en tres años, tal y como sucede en nuestro caso, apoya la benignidad del proceso. En caso de masas con aspecto inhomogéneo en la TAC se recomienda biopsia o resección<sup>5</sup>.

**P. Caballero, A.G. Robledo y B. Ibarrola**  
Centro de Salud Pozuelo de Alarcón. Madrid.  
S. de Radiodiagnóstico. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.