

Fibrobroncoscopia y cáncer en pacientes con hemoptisis y radiología de tórax normal

Sr. Director: La fibrobroncoscopia (FB) constituye un procedimiento diagnóstico fundamental en pacientes con hemoptisis de causa no conocida y que presentan hallazgos patológicos en la radiología simple de tórax. Sin embargo, la necesidad de realizar FB de forma sistemática en todos los pacientes con hemoptisis y radiografía de tórax normal ha sido y aún continúa siendo motivo de controversia por diferentes autores, algunos de los cuales plantean la conveniencia de realizar sistemáticamente una FB en todos los casos, ya que a los escasos riesgos de la exploración broncoscópica, se unen los beneficios que se desprenderían de un diagnóstico precoz del cáncer. Por este motivo, desearíamos comunicar nuestra experiencia basada en el estudio de un grupo de 49 pacientes vistos en nuestro Servicio en el plazo de un año.

La causa que motivó la exploración fue la presencia de expectoración hemoptoica con una radiología de tórax normal, considerándose como tal los hallazgos compatibles con limitación crónica al flujo aéreo, la existencia de mínimos pinzamientos pleurales, un caso de lesión granulomatosa cicatricial y otro con calcificaciones ganglionares medias-tínicas. De los 49 pacientes, 44 (89 %) eran varones y 5 (11 %) mujeres, con edades comprendidas

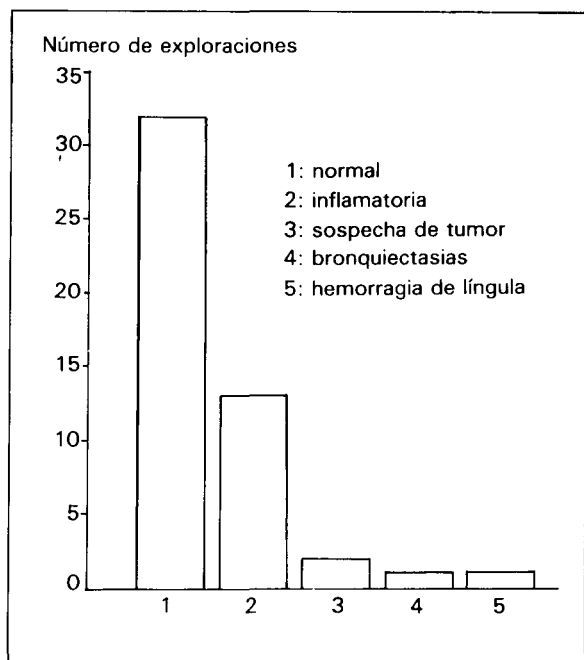


Fig. 1. Visiones endoscópicas.

entre 29 y 80 años ($\bar{X} = 57$). En la tabla I se recoge el consumo de cigarrillos, la cuantía y la duración de la hemoptisis. En todos los casos se realizó un examen completo del árbol bronquial, practicándose broncoaspirado para estudio citológico junto con biopsia y cepillado bronquial de las zonas sospechosas.

En la figura 1 se encuentran reflejadas las visiones endoscópicas.

Resultados y discusión

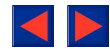
La evaluación de hemoptisis constituye aproximadamente un 10-30 % de las exploraciones broncoscópicas en la mayoría de los centros, suponiendo los pacientes con radiología de tórax normal un 20-30 % de los mismos¹⁻³. El motivo de su indicación generalmente radica en excluir un proceso neoforativo incipiente, ya que, en los últimos 30 años el carcinoma broncogénico está desplazando a ciertos procesos inflamatorios (tuberculosis, bronquiectasias, etc.) como primera causa de hemoptisis^{4,5} y el abordaje quirúrgico del mismo en fases iniciales constituye actualmente el único tratamiento efectivo.

Una revisión de la literatura revela una incidencia media de carcinoma bronquial en el 3 % de los pacientes con hemoptisis y radiología de tórax normal⁶, aunque en series como las de Rath⁷ y Zavala⁸ asciende a un 6 % y 16 % respectivamente. Esta discrepancia posiblemente radica en la distinta definición de radiografía de tórax normal de los diferentes estudios¹.

De nuestros 49 pacientes, 2 (4 %) presentaban visión endoscópica sugerente de proceso neoforativo bronquial confirmándose posteriormente en las biopsias como carcinomas epidermoides. Los dos enfermos pueden considerarse de riesgo, ya que ambos era mayores de 40 años, fumadores, y la duración de la hemoptisis fue superior a una semana. Del resto, la bronquitis crónica fue la única explicación en 27 (55 %) bien porque presentaban criterios clínicos o porque las visiones en-

TABLA I

Cuantía de la hemoptisis	
Mínima	85 %
Moderada	15 %
Masiva	0 %
Duración	
Mayor de 1 semana	69 %
Menor de 1 semana	31 %
Historia de fumador	
No	10 %
< 10 cigarrillos	2 %
10-20 cigarrillos	33 %
20-40 cigarrillos	49 %
> 40 cigarrillos	6 %



doscópicas eran de aspecto inflamatorio; dos (4 %) fueron diagnosticados de bronquiectasias, uno de los cuales fue informado como tal en el informe endoscópico; en uno (2 %) se identificó el lugar de sangrado a nivel de nasofaringe. Quedaron sin filiar 17 (34 %) siendo dados de alta con el diagnóstico de hemoptisis criptogénica. Datos similares han sido publicados por diversos autores^{3,6,9}, que hacen referencia a la escasa probabilidad de encontrar neoplasias pulmonares en este grupo de enfermos, circunstancia que queda restringida a una concreta población susceptible.

Por otro lado, a pesar de su relativa sencillez con una mejor aceptación por parte del paciente, la FB no es una prueba exenta de complicaciones¹⁰ (0,1 % de mortalidad y 8 % de morbilidad), por lo que los posibles riesgos y beneficios deben ser valorados de la misma manera que con cualquier otro método diagnóstico invasivo. Esto hace que, a la vista de los resultados obtenidos y de la literatura revisada, pensemos que los pacientes con hemoptisis, estudio clínico inespecífico y radiografía de tórax normal que no presenten factores de riesgo, entendiéndose como tales edad superior a 40 años, duración mayor de una semana y tabaquismo significativo, puedan manejarse habitualmente con observación y estudios no invasivos, especialmente en aquellos con riesgo de desarrollar complicaciones en el curso de la exploración.

**J.L. Izquierdo Alonso, J.M. Rodríguez Glez-Moro,
L. Puente Maeztu, P. Lucas Ramos, E. Tatay Martín
y J.M. Monturiol Rodríguez**
Servicio de Neumología. Hospital Provincial de Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. Kahn MA, Whitcomb ME, Snider GL. Flexible fiberoptic bronchoscopy. *Am J Med* 1976; 61:151-155.
2. Gong H, Salvatierra C. Clinical efficacy of early and delayed fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis. *Am Rev Respir Dis* 1981; 124:221-225.
3. Weaver LJ, Solliday N, Cugell DW. Selection of patients with hemoptysis for fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1979; 76:7-10.
4. Wolfe JD, Simmons DH. Hemoptysis; diagnosis and management. *West J Med* 1977; 127:383-390.
5. Selecky PA. Evaluation of hemoptysis through the bronchoscopy. *Chest* 1978; 73:741-745.
6. Jackson CV, Savage PJ, Quinn DL. Role of fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and a normal chest roentgenogram. *Chest* 1985; 87:142-144.
7. Rath GS, Schaff JT, Snider GL. Flexible fiberoptic bronchoscopy. Techniques and review of 100 bronchoscopies. *Chest* 1973; 63:689-693.
8. Zavala DC. Diagnosis with fiberoptic bronchoscopy. Techniques and results of biopsy in 600 patients. *Chest* 1975; 68:12-19.
9. Snider GL. When not to use the bronchoscope for hemoptysis. *Chest* 1979; 76:1-2.
10. Suratt PM, Smiddy JF, Grubert B. Deaths and complications associated with fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1976; 69:747-751.

Derrame pleural, gammagrafía ósea y condrosarcoma escapular

Sr. Director: El condrosarcoma es una proliferación maligna de origen cartilaginosa cuya localización primaria suele asentar en zonas metafisiarias de huesos largos, aunque puede presentar un origen extraóseo en partes blandas¹⁻⁵. Las metástasis más habituales son las pulmonares, si bien no es frecuente observarlas como manifestación inicial. Presentamos una paciente afectada de condrosarcoma primario de escápula, que debutó en forma de exudado pleural y cuyo diagnóstico se sugirió a partir de una técnica radiológica.

Se trata de una mujer de 75 años de edad, sin hábitos tóxicos y con antecedentes de peritonitis tuberculosa que requirió abordaje quirúrgico e hipertensión arterial de larga evolución tratada con dieta hiposódica y tiazidas. Doce meses atrás presentó una fractura traumática de cabeza humeral derecha. Cinco meses antes del ingreso inició dolor continuo en hombro derecho que aumentaba con la movilización y que requería el uso de analgésicos. Desde entonces presentó un progresivo deterioro del estado general con astenia, anorexia y pérdida cuantificada de 15 kg, de peso. Quince días antes del ingreso se instauró disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos; asimismo refería un aumento de intensidad del dolor en el hombro derecho que limitaba su movilización y que se irradiaba hacia el brazo derecho, no cediendo el mismo con analgésicos. No presentó tos, expectoración ni otra sintomatología acompañante. La tensión arterial era de 120/80 mmHg, el pulso 84 por minuto y la temperatura axilar 36,9 °C. En la exploración física destacaba una semiología compatible con derrame pleural derecho, con moderada afectación del estado general. Presentaba dolor a la movilización del hombro y brazo derecho, con limitación a la abducción del mismo a los 50°. La bioquímica plasmática y urinaria fue normal excepto unas fosfatasa alcalinas de 1.448 UI/l. En la radiología simple y planigrafías de tórax se observaba un derrame pleural derecho con desplazamiento del mediastino a la izquierda y en la escápula derecha una imagen heterogénea, mal definida, con zonas osteocondensantes que sobrepasaban los límites de la misma. La toracocentesis derecha dio salida a 2 litros de un líquido hemático con una glucosa de 66 mg/dl, unas proteínas de 4,4 g/dl, 150 células nucleadas/mm³ y 11.000 hematíes/mm³. El examen del mismo con tinción de Gram, Ziehl, cultivos en medios habituales y de Lowenstein fue negativo. Dos citologías practicadas no mostraron atipias por lo que se procedió a su centrifugación que evidenció algunas células neoplásicas de difícil caracterización. Una biopsia pleural no fue diagnóstica. Se practicó una gammagrafía ósea con Tc 99 m