

Figura 1

MDP (fig. 1). Observándose un acúmulo del trazador en escápula derecha así como captación difusa en todo el espacio pleural derecho con algún foco localizado a nivel costal; asimismo presentaba otros focos de captación en calota craneal, columna vertebral, parrilla costal izquierda, pelvis y fémur derecho. A los 6 días del ingreso la paciente presentó un dolor abdominal difuso, continuo, acompañado de náuseas, siendo la exploración abdominal y radiológica normales. Al día siguiente presentó un episodio de vómitos alimentarios incoercibles, presentando una broncoaspiración masiva y consiguiente parada cardio-respiratoria que no se logró remontar. El estudio necrópsico mostró un condrosarcoma grado III primario de escápula derecha de 7 cm de diámetro. Presentaba metástasis masivas a nivel de pleura derecha, en parénquima pulmonar y a nivel de varios cuerpos vertebrales. Asimismo se observó una zona de necrosis isquémica en asa ileal eventrada en la antigua cicatriz de laparotomía de unos 5 cm de longitud.

En nuestro caso, llama la atención, en primer lugar, la localización primaria escapular del tumor, presente sólo en 9 de 280 casos (3,5 %) de la serie de Pritchard et al¹ y la afectación pleural masiva,

que condicionaba la forma de debut clínico como derrame pleural exudativo. Cabe señalar que en la serie de Light⁶, los sarcomas en general (incluyendo el melanoma) fueron sólo responsables de un 2 % de los derrames pleurales malignos. De ello se deduce que la localización pleural es relativamente infrecuente en el condrosarcoma, aunque hay que sospecharla en presencia de imágenes óseas patológicas acompañantes. Asimismo, la afectación pulmonar y ósea generalizada como forma de presentación inicial es infrecuente, en nuestro caso está probablemente relacionada con el alto grado de malignidad histológica del tumor. La gammagrafía con Tc 99m MDF mostró una gran captación en la zona pleural derecha y partes blandas vecinas, hecho poco frecuente con un trazador selectivo para tejido óseo y que corroboraba la sospecha de extensión pleural del condrosarcoma escapular. Dicha afectación se correlacionaba con los hallazgos necrópsicos. Creemos que la gammagrafía isotópica con Tc 99m MDF, si bien es una técnica poco específica respecto al tipo histológico de dicha tumoración, puede ser imprescindible para la localización y grado de extensión de las metástasis.

V. Plaza, J. Fernández Solá*, X. Bosch*,
J.M. Montserrat y J.M. Grau*

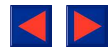
Servicio de Neumología.
Servicio de Medicina Interna General*.
Hospital Clínic. Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. Pritchard DJ, Lunke RJ, William T, Dahlin D, Medley B. Chondrosarcoma: a clinicopathologic and statistical analysis. *Cancer* 1980; 45:149-157.
2. Wu K, Collon D, Guise E. Extra-osseous chondrosarcoma. Report of five cases and review of the literature. *J Bone Joint Surg (AM)* 1980; 62:189-194.
3. Sun Ch, Kroll M, Miller J. Primary chondrosarcoma of the lung. *Cancer* 1982; 50:1.864-1.866.
4. Malhotra Ch, Doolittle Ch, Rodil J, Vezeridis M. Mesenchymal chondrosarcoma of the kidney. *Cancer* 1984; 54:2.495-2.499.
5. Rosenthal D, Schihler A, Mankin H. Chondrosarcoma: correlation of radiological and histological grade. *Radiology* 1984; 150:21-26.
6. Light RW. *Pleural diseases*. Philadelphia, Ed. Lea and Febiger 1983.

Hipertiroidismo: una causa de asma de manejo difícil

Sr. Director: Es poco conocido que el hipertiroidismo (HT) es un factor agravante del asma bronquial (AB)¹⁻³. Recientemente hemos atendido a dos mujeres, de 49 y 68 años con AB de larga evolución que, sin causa aparente, empeoraron de su proceso respiratorio requiriendo repetidos ingresos hospitalarios en distintos centros por crisis



severas de broncoespasmo resistentes a la terapéutica habitual. El diagnóstico de tirotoxicosis no se estableció hasta 11 y 24 meses después, respectivamente, de iniciada la sintomatología hipertiroidea y en ambos casos la corrección del HT condujo a una rápida mejoría del AB.

La literatura recoge un reducido número de pacientes con AB, generalmente de larga evolución, cuyo curso empeora notablemente con el desarrollo de HT. Como ocurrió en nuestros casos, el diagnóstico de HT en el contexto de un AB severo suele demorarse dado que con frecuencia los síntomas tirotóxicos se atribuyen a sobredosificación de broncodilatadores². Sin embargo, es importante descartar HT ante todo AB severo con mala respuesta al tratamiento⁴ puesto que la normalización de la función tiroidea conduce a una dramática mejoría del AB en todos los casos publicados.

En una reciente editorial, Picado⁵ analiza la problemática del asma de difícil manejo, ya sea por las características del paciente («asmático difícil») o por las de la propia enfermedad («asma resistente a la terapéutica», «asma con agudizaciones graves súbitas»). Convendría recordar que el HT es una causa fácilmente corregible de AB de difícil manejo, debiendo sospecharse ante asmáticos con personalidad lábil, con mala respuesta al tratamiento o con agravamiento inexplicable de su enfermedad.

R. Gómez Huelgas y C. San Román Terán
Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.

BIBLIOGRAFIA

1. Hoffman DA, McConahey WM. Thyrotoxicosis and asthma. *Lancet* 1982; i:808.
2. Settipane GA, Schoenfeld E, Hamolsky MW. Asthma and hyperthyroidism. *J All Clin Immunol* 1972; 49:348-355.
3. Bush RK, Ehrlich EN, Reed CE. Thyroid disease and asthma. *J All Clin Immunol* 1977; 59:398-401.
4. Fitzpatrick WJF, Foreman PS, Porter EJB, Beckett AG. Hyperthyroidism and acute bronchial asthma. *Br Med J* 1984; 288:314-315.
5. Picado C. Asma de manejo difícil. *Arch Bronconeumol* 1986; 22:207-209.

Hidatidosis pulmonar: forma inusual de presentación

Sr. Director: La hidatidosis humana es una antropozoonosis ampliamente extendida y nuestro país aún figura en los últimos mapas mundiales como zona hiperendémica¹. En adultos, la localización pulmonar es después de la hepática la más frecuente² y habitualmente no plantea problemas diagnósticos. Recientemente hemos tenido ocasión de estudiar un paciente con hidatidosis pulmonar

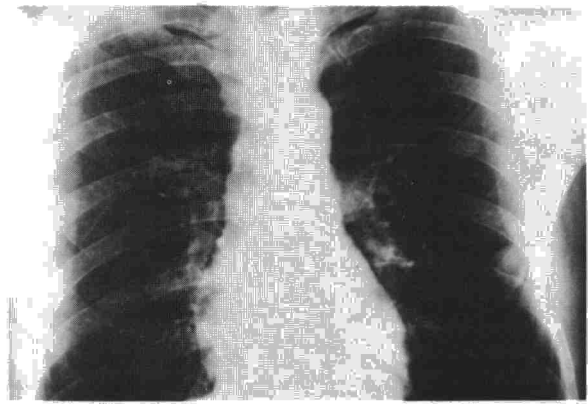


Fig. 1. Se aprecian tres nódulos pulmonares, uno parahiliar derecho, otro parahiliar izquierdo y un tercero en campo medio externo del pulmón izquierdo (radiografía posteroanterior).

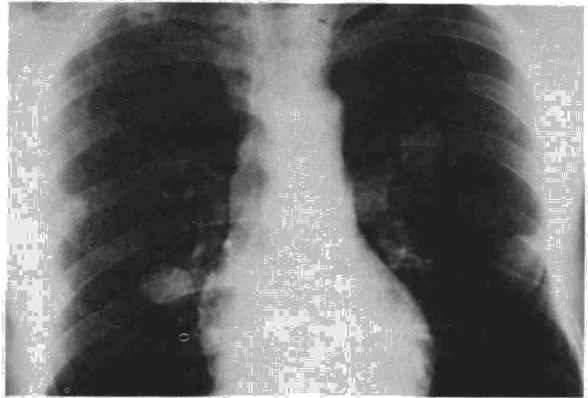


Fig. 2. Crecimiento importante de las tres imágenes nodulares, dos meses después (radiografía posteroanterior).

múltiple bilateral que por su forma de presentación y evolución nos parece de interés su comunicación.

Varón de 42 años, agricultor, sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos de interés, que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro centro por un traumatismo craneoencefálico leve, detectándose de forma casual la presencia en la radiografía de tórax de nódulos pulmonares múltiples (fig. 1).

El paciente se encontraba asintomático y la exploración física fue normal, por lo que decidió continuar su estudio por consulta ambulatoria. A los 40 días continuaba asintomático y la exploración física detallada tampoco en esta ocasión aportó datos de interés. En el estudio analítico: hemograma y fórmula leucocitaria, VSG, proteino-grama, calcemia y pruebas de función hepática resultaron normales. El estudio de marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, CEA, HCG...) resultó normal o negativo. Mantoux (-). Serología de hidatidosis (hemaglutinación indirecta e inmunoelectroforesis) negativa en dos ocasiones. La radiografía de tórax PA y L mostró un crecimiento importante de los nódulos pulmonares (fig. 2). La