



dante el estudio de la pieza de resección. En estos casos el estudio preoperatorio suele aportar datos a favor de la existencia de estenosis bronquial o lesiones consecutivas a la misma. En nuestro paciente la intervención quirúrgica se indicó por la presencia de una tumoración endobronquial que producía una neumonía obstructiva. Debido a que no existían antecedentes conocidos de aspiración de cuerpo extraño, ya que éstos suelen impactarse a nivel de los bronquios lobares inferiores, en ningún momento se sospechó el verdadero diagnóstico.

M. Carranza, M.A. Callejas, J.L. Freixinet, J.M. Gimferrer, A. Xaubet* y J. Sánchez-Lloret
Cátedra y Servicio de Cirugía Torácica.
*Servicio de Neumología. Hospital Clínico y Provincial de la Facultad de Medicina de Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. Puzo MC, Castella J. Cuerpos extraños traqueobronquiales. Arch Bronconeumol 1982; 18:282-290.
2. Holinger PH, Holinger LD. Use of the open tube bronchoscope in the extraction of foreign bodies. Chest 1978; 73(supp): 721-724.
3. Hernández Hazañas M, Domínguez Palacios JM. Evolución atípica de cuerpo extraño intrabronquial. Arch Bronconeumol 1976; 12:131-133.
4. García de Cabo A, Guerra Janz F. Cuerpo extraño intrabronquial. Patología del adulto. Arch Bronconeumol. 1979; 15:129-131.
5. Marcos Sánchez F, Vidente Catalán LC, Turabin Fernández JL, Moreiras Jiménez JL, Pérez Nevado A, Durán Pérez-Navarro A. Evolución prolongada de cuerpo extraño intrabronquial en adulto. Arch Bronconeumol 1984; 20:139-141.
6. Reventós J, Castella J, Noguera A. Tumor endobronquial inflamatorio producido por un cuerpo extraño inhalado: problemas de diagnóstico diferencial. An Med Sta. Cruz y S. Pablo 1967; 17:528-535.
7. Franco Granado A. Bronquiectasias por cuerpo extraño. Arch Fac Med Madrid 1978; 34:371-390.

Leiomiomatosis pulmonar múltiple diagnosticada por fibrobroncoscopia

Sr. Director: La leiomiomatosis pulmonar múltiple (LPM) es una entidad muy infrecuente, existiendo en la actualidad menos de 50 casos descritos. La enfermedad se caracteriza por la existencia de nódulos pulmonares múltiples, que las más de las veces se descubren de forma casual, cuya histopatología corresponde a leiomiomas. La confirmación anatómopatológica en los casos diagnosticados hasta el presente se ha obtenido por toracotomía y biopsia. Presentamos un caso de LPM que fue diagnosticado por biopsia de una masa endobronquial a través del fibrobroncoscopio.

Se trata de una paciente de 58 años, sin hábitos tóxicos, y con antecedentes de una histerectomía 2 años antes del ingreso por leiomiomatosis uterina, que ingresa al descubrirse de forma casual nódulos pulmonares múltiples en una radiografía de tórax

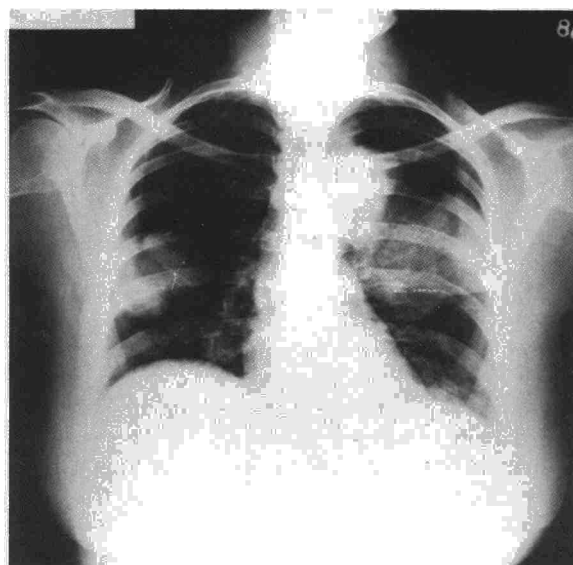


Fig. 1. Leiomiomatosis pulmonar múltiple. Radiografía posteroanterior de tórax.

(fig. 1). La exploración física al ingreso fue estrictamente normal. Hemograma, urea, glicemia, analítica hepática, pruebas de coagulación y calcemia fueron normales. Las baciloscopias y las citologías de esputo fueron negativas, así como una serología de quiste hidatídico. Las exploraciones ginecológica, otorrinolaringológica, tránsito esófago-gastrointestinal, pielografía, gammagrafía tiroidea y búsqueda de sangre en heces no aportaron nuevos datos al diagnóstico, salvo la demostración de una pequeña hernia de hiatus. Se realizó una fibrobroncoscopia, que mostró una masa endobronquial bien definida, con mucosa lisa, que ocluía parcialmente el bronquio del lóbulo superior izquierdo. Las biopsias realizadas a este nivel obtuvieron tejido muscular liso, sin atipias ni mitosis, que levantaba el epitelio de la pared bronquial sin infiltrarlo (tinciones de hematoxilina-eosina y tricrómico). La paciente se mantuvo estable durante los 4 meses siguientes al diagnóstico, falleciendo entonces de forma súbita. No se realizó necropsia.

Los leiomiomas pulmonares son infrecuentes, pues no suponen más del 2 % de los tumores broncopulmonares benignos¹. La mayoría de las veces son muy distales en el árbol bronquial, y no son accesibles con el fibrobroncoscopio². La aparición como nódulos pulmonares múltiples de dichos tumores, considerada excepcional, se interpretó inicialmente como una forma de hamartomatosis pulmonar múltiple. Sin embargo, el hecho de que prácticamente todos los casos han sido descritos en mujeres en las que existían antecedentes de leiomiomas uterinos o en las que no se habían realizado exploraciones ginecológicas³, obligó a considerar el posible origen metastásico de dichos tumores, sugiriéndose el término de leiomiomatosis metastatizante benigna. Este punto de vista se ha visto reforzado por la com-



probación de que no existen diferencias histológicas entre casos diagnosticados de hamartomas pulmonares leiomiomatosos y casos diagnosticados de leiomiomatosis metastatizante benigna⁴. Sólo se puede hablar de hamartoma pulmonar leiomiomatoso en varones o niños sin evidencia de un tumor primitivo en otra localización³ o en mujeres en las que se ha descartado un leiomioma uterino por medio de una exploración ginecológica exhaustiva⁵. Se ha cuestionado la benignidad de este proceso, sugiriéndose que puedan tratarse de leiomiomas metastáticos de baja malignidad; no obstante, la presencia de menos de 10 mitosis por campo en los casos descritos, así como la estabilidad del proceso a lo largo de décadas en casi todos los pacientes reseñados hace desestimar esta posibilidad. Las muertes en las pacientes de LPM no son frecuentes, y cuando se producen son por insuficiencia respiratoria secundaria a ocupación del parénquima pulmonar por los tumores⁶, o por oclusión del árbol vascular por los mismos⁷.

La comprobación de la presencia aumentada de receptores hormonales en los miomas respecto al miometrio normal⁸, así como el crecimiento de dichos tumores durante el período fértil de las pacientes, con estabilización en la menopausia o después de un embarazo⁹, ha orientado el tratamiento hacia la ooforectomía o la administración de progesterona, en los casos en que se demuestre evolutividad del cuadro³.

En nuestro país únicamente existen dos casos publicados de LPM¹⁰. La inexistencia de pacientes diagnosticadas por fibrobroncoscopia descritas en la literatura sin duda se justifica por la habitual localización distal de dichos tumores en el árbol bronquial². La utilidad de fibrobroncoscopia en el diagnóstico definitivo de nuestro caso debe hacer considerar dicha técnica diagnóstica en las pacientes en que se sospeche una LPM, evitando una toracotomía exploradora.

**E. Monsó, M. Sarró, R. Pujol,
B. Teixidó y M. Rubio Caballero**

Sección de Neumología. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

BIBLIOGRAFIA

1. White SH, Ibrahim NBN, Forrester-Wood CP, Jeyasingham K. Leiomyomas of the lower respiratory tract. *Thorax* 1985; 40:306-311.
2. Orłowski TM, Stasiak K, Kolodziej J. Leiomyoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 76:257-261.
3. Martin E. Leiomyomatous lung lesions: a proposed classification. *AJR* 1983; 141:269-272.
4. Piccaluga A, Capelli A. Fibroleiomyomatosi metastatizante dell'utero. *Arch Ital Anat Istol Pat* 1967; 41:99-164.
5. Jayet A, Schmidt CF, Givel JC, Saegesser F. Leiomyomas et leiomyosarcomes pulmonaires. *Schweiz Rundschau Med (Praxis)* 1978; 67:293-304.
6. Pocock E, Craig JR, Bullock WK. Metastatic uterine leiomyomata. A case report. *Cancer* 1976; 38:2096-2100.

7. Steiner PE. Metastasizing fibroleiomyoma of the uterus. Report of a case and review of the literature. *Am J Pathol* 1939; 15:89-109.

8. Wilson E. Estradiol and progesterone binding in uterine leiomyomata and in normal uterine tissues. *Obstet Gynecol* 1980; 55:20-24.

9. Horstmann JP, Pietra GG, Harman JA, Cole NG, Grinspan S. Spontaneous regression of pulmonary leiomyomas during pregnancy. *Cancer* 1977; 39:314-321.

10. Gómez Sebastián G, Maestre Alcacer JA, Bernadó LL, León C. Leiomiomatosis pulmonar múltiple. *Arch Bronconeumol* 1984; 21:48-52.

Regresión espontánea de metástasis pulmonar de carcinoma de vejiga

Sr. Director: La regresión espontánea de los tumores, o de sus metástasis, es rara, pero se ha comunicado en diversas neoplasias^{1,2}. El caso que vamos a presentar corresponde al de un paciente con fibrosis pulmonar intersticial crónica idiopática (FPICI), que desarrolló una metástasis pulmonar única, secundaria a un carcinoma de vejiga, y que regresó espontáneamente. En la revisión de la literatura en lengua española y anglosajona no hemos encontrado ningún caso de regresión espontánea de este tipo de metástasis.

Varón de 67 años, fumador de 10-20 cigarrillos/día, que acude al Servicio de Neumología en diciembre de 1982 por disnea con los grandes esfuerzos, de inicio insidioso y de un año de evolución. No hay datos profesionales u otros de interés que reseñar. Exploración: crepitantes en la mitad inferior del plano dorsal del tórax y acropaquias en las cuatro extremidades (no conoce su inicio y no son familiares). Analítica: VSG 33 mm/1.^a h; la radiología del tórax evidencia un patrón reticulonodular difuso, de predominio basal, y bullas en LSD; difusión pulmonar (DLCO) normal; en la broncoscopia, con lavado bronquial, no hay evidencia de neoplasia maligna. Es diagnosticado de FPICI, probablemente UIP (sin biopsia pulmonar). No se instaura tratamiento medicamentoso y en los últimos años la disnea, la radiología y la DLCO han empeorado levemente.

Durante los últimos tres años, a la FPICI se ha sumado una patología tumoral metastásica. En noviembre de 1983, por presentar hematurias indoloras, se le realizó una urografía: defecto de replección vesical, sospechoso de epiteloma. Se le hizo una resección transuretral (RTU), cuyo resultado anatómopatológico fue de carcinoma de células transicionales, grado III de Mostofi; las muestras de la resección de próstata objetivaron una hiperplasia adenomatosa. El antígeno carcinoembrionario, las inmunoglobulinas séricas y el estudio de extensión metastásico fueron negativos. Desde la RTU se han realizado mensualmente instilaciones intravesicales