

## BIBLIOGRAFIA

1. Lawrence JB, Mazur MT. Adenoid cystic carcinoma: a comparative pathologic study of tumors in salivary gland, breast, lung and cervix. *Hum Pathol* 1982; 13:916-924.
2. Pérez-Espejo GA. Patología de los tumores broncopulmonares infrecuentes. *Arch Bronconeumol* 1980; 16:8-44.
3. Markel SF, Abell MR, Haight C, French AJ. Neoplasms of bronchus commonly designated as adenomas. *Cancer* 1964; 17:590-608.
4. Lawson RM, Ramanathan L, Hurley G, Hinson KW, Lennox SC. Bronchial adenoma: review of an 18-year experience at the Brompton Hospital. *Thorax* 1976; 31:245-253.
5. Conlan AA, Payne WS, Woolner LB, Sanderson DR. Adenoid cystic carcinoma (cylindroma) and mucoepidermoid carcinoma of the bronchus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 76:369.
6. Good JT, Berg JW, Watson WL. The nonbenign nature of bronchial carcinoids and cylindromas. *Cancer* 1961; 14:539-546.
7. McBurney RP, Kirklin JW, Woolner LB. Metastasizing bronchial adenomas. *Surg Gynecol Obstet* 1953; 96:482-492.
8. Sherman JE, Hoffman S, Goulian A. Dermal cylindroma: surgical approach. *Plast Reconstr Surg* 1981; 68:596-602.

### Carcinoma broncogénico con vitiligo paraneoplásico

**Sr. Director:** Las manifestaciones paraneoplásicas del cáncer broncopulmonar son frecuentes, pudiendo afirmarse que estos tumores son un ejemplo para el estudio de dichos síndromes dentro de la oncología<sup>1</sup>. Algunas se presentan con relativa frecuencia, en cambio otras como las cutáneas tienen escasa incidencia<sup>1-5</sup>. Entre éstas la acantosis nigricans, esclerodermia e ictiosis se describen como las más frecuentes, siendo el resto excepcionalmente raras<sup>1,3-8</sup>. Presentamos un caso de carcinoma broncogénico indiferenciado que debutó precozmente con un vitiligo focal.

Enferma de 46 años de edad, sin antecedentes de interés que dos meses y medio antes de su ingreso notó la aparición progresiva de un área hipopigmentada en región temporal derecha con extensión a párpados y pestañas (fig. 1). Al mes, se sumó dolor interescapular fijo, que aumentaba con la movilización. Tres semanas antes del ingreso refería astenia, anorexia y pérdida no cuantificada de peso, sumándose en la última semana tos irritativa cada vez más frecuente, motivo por el que consultó en Urgencias. En la exploración física, además de la lesión cutánea descrita, no había otros hallazgos patológicos. Determinaciones analíticas: hematemetría, bioquímica sanguínea y elemental de orina normales. Velocidad de sedimentación globular de 115 mm a la 1.<sup>a</sup> hora (Wintrobe), gammaglutamil transpeptidasa 67 UI/l, fosfatasa alcalina 135 UI/l, lactato deshidrogenasa 451 UI/l. En la radiografía de tórax se objetivó una masa hilar derecha con ensanchamiento mediastínico superior y engrosamiento de cisura mayor. Ecografía hepática: imagen hipere-

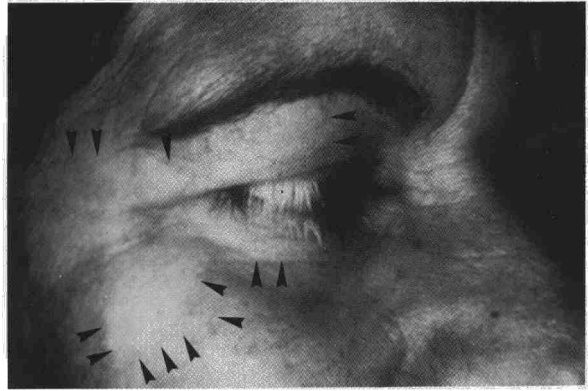


Fig. 1. Área hipopigmentada en región temporal derecha con extensión a párpados y pestañas.

cogénica de 5 cm de diámetro en lóbulo derecho. Gammagrafía ósea normal. Tomografía axial computarizada: no alteraciones a nivel craneal. Agrandamiento tumoral bilateral de ambas suprarrenales con zonas centrales necróticas. Broncofibroscopia: en la cara externa del bronquio principal derecho, bajo la salida del lobar superior, existía una neoformación con algún punto necrótico estenosando parcialmente la luz bronquial, que biopsiada fue informada como carcinoma broncogénico indiferenciado de células pequeñas.

Las alteraciones cutáneas paraneoplásicas dependen de varios mecanismos en relación con la producción y liberación tumoral de proteínas o polipéptidos con actividad biológica. Aunque no son raras su frecuencia exacta es difícil de establecer, variando del 7 al 21 % según autores<sup>3,6,7,9</sup>, debido a la propia definición de síndrome paraneoplásico, etiología desconocida en la mayor parte de los casos y, lo más importante, falta de estudios prospectivos en grandes series<sup>2</sup>.

La importancia de estas alteraciones, pese a su rareza, reside en<sup>2,6,9</sup>: a) puede ser el primer síntoma, lo que permitiría un diagnóstico precoz; b) pueden simular una metástasis induciendo erróneamente a instaurar un tratamiento paliativo en lugar de curativo; c) por el contrario, una metástasis puede simular un síndrome paraneoplásico y no darse el tratamiento apropiado; d) puede usarse como marcador tumoral en los ya tratados para detectar recidivas precoces.

Los criterios que relacionan ambas anomalías, una vez excluidas todas las causas conocidas del síndrome son el tiempo de comienzo y el curso paralelo de ambas, así como la excepcionalidad del síndrome dermatológico aislado<sup>2,6</sup>. Ambos se cumplen en nuestro caso.

L.M. Entrenas Costa, F. Santos Luna,  
L. Muñoz Cabrera, A. Salvatierra Velázquez,  
C. Baamonde Laborda y A. Cosano Povedano  
Unidad Médico-Quirúrgica Aparato Respiratorio.  
Hospital Regional Reina Sofía. Córdoba.

Recibido el 22-1-1986 y aceptado el 2-4-1986.



## BIBLIOGRAFIA

1. Ross EJ. Extrapulmonary syndromes associated with carcinoma of the lung. En: Fishman AP. Pulmonary diseases and disorders. New York, Mac Graw-Hill 1980; 1404-1416.
2. Bunn PA, Minna JD. Paraneoplastic syndromes. En: De Vita, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer. Principles and practice of oncology. Philadelphia, Lippincott 1985; 1798-1842.
3. Laval P, Kleisbauer JP, Bettendorf A, Colonna J, Poirier R. Carcinomes bronchiques primitifs. Etude radio-clinique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1980; 6022 D10, 6.
4. Minna JD, Higgins GA, Gatstein EJ. Cancer of the lung. En: De Vita VT, Heliman S, Rosenberg SA. Cancer. Principles and practice of oncology. Philadelphia, Lippincott 1985; 507-598.
5. Rassam JW, Anderson G. Incidence of paramalignant disorders in bronchogenic carcinoma. Thorax 1975; 30:86-90.
6. Nathanson L. Remote effects of cancer on the host. En: Horton J, Hill GJ. Clinical oncology. Philadelphia, WB Saunders 1977; 49-102.
7. Doyle JA, Perry HO. Dermatologic effects of cancer. En: Holland JF, Frei E. Cancer medicine. Philadelphia, Lea & Febiger 1982; 1251-1264.
8. Haynes HA, Curth HO. Cutaneous manifestations associated with malignant internal disease. En: Fitzpatrick TB et al. Dermatology in general medicine. New York, Mac Graw-Hill 1979; 1343-1352.
9. Klein E, Schwartz RA. Cancer and the skin. En: Holland JF, Frei E. Cancer Medicine. Philadelphia, Lea & Febiger 1982; 2057-2108.

## Tromboembolismo pulmonar en el lupus eritematoso sistémico

**Sr. Director:** En caso clínico descrito por Reverter et al en Archivos de Bronconeumología, página 34/36 de Enero-Febrero de 1986, bajo el título arriba enunciado, merece algún comentario. Los autores basan el diagnóstico de embolismo pulmonar (EP) en defectos subsegmentarios en la gammagrafía pulmonar de perfusión. Como es sabido, en estas circunstancias la probabilidad de que el enfermo tenga un EF es baja. Es cierto, sin embargo, que en presencia de trombosis venosa (TV), y ante un cuadro compatible con EP y descartadas otras patologías, la probabilidad de que cualquier defecto en la gammagrafía pulmonar de perfusión corresponda en realidad a un EP, es muy alta. De nuevo los autores aseguran el diagnóstico de TV en base a flebografía isotópica de extremidades inferiores y/o doppler, técnicas que tienen una correlación con la flebografía radiológica del 90 % aproximadamente en el diagnóstico de las TV del sector venoso por encima de la rodilla. Asimismo, llama la atención la escasa bibliografía específica sobre la flebografía isotópica, el doppler y la gammagrafía pulmonar de perfusión, bases sobre las que asienta el diagnóstico de esta comunicación.

Creo, por tanto, que Reverter et al presentan un caso con alta probabilidad de tromboembolismo venoso (TEV), pero que para documentarlo

de forma inequívoca, deberían haber realizado exploraciones vasculares con contraste.

**C. Barbosa Ayucar**

Sección de Neumología. Hospital 1.º de Octubre. Madrid.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cheely et al. The role of noninvasive test versus pulmonary angiography in the diagnosis of pulmonary embolism. Am J Med 1981; 70:17.
2. McNeil et al. Ventilation/perfusion studies and the diagnosis of pulmonary embolism: concise communication. J Nucl Med 1980; 21:319.
3. Ahmad et al. Radionuclide venography and lung scanning: concise communication. J Nucl Med 1979; 20:291.
4. Painter et al. Thrombophlebitis: diagnosis and techniques. Angiology 1980; 31:386.
5. Bentley et al. Radionuclide venography in the management of proximal venous occlusion. A comparison with X-ray contrast venography. Brit J Radiol 52:289.
6. Pozo A, Barbosa C. Fiabilidad y precisión de los métodos diagnósticos del TEV. PAR 1985; 33:55.

## Contestación de autores

Como bien dice el Dr. Barbosa en su carta, el conjunto de los datos clínicos, radiológicos, gammagráficos pulmonares y de exploración de la circulación periférica mediante flebografía isotópica y doppler, hacían que el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar fuera altamente probable. La evolución posterior confirmó que la orientación diagnóstica era correcta. No obstante, en su carta el Dr. Barbosa echa en falta el haber realizado una exploración vascular con contraste para confirmar de forma inequívoca la existencia de una trombosis venosa (TV). Si bien es cierto que esta exploración es considerada como la más fidedigna para el diagnóstico de TV, no fue planteada su realización en nuestro caso, ya que como ha sido señalado la probabilidad de que se tratara de un tromboembolismo pulmonar era muy elevada. Sentimos discrepar con el Dr. Barbosa, pero no creemos que sea necesaria una exploración invasiva en estos casos, en los que el diagnóstico de embolia pulmonar, es tan altamente probable, que no precisa de recurrir a más exploraciones. Como tampoco creemos necesario, por ejemplo, realizar una biopsia pulmonar para llegar al diagnóstico de asbestosis en un paciente con exposición al amianto que además tiene estertores crepitantes, acropaquia y calcificaciones pleurales, o como en el caso de la muchacha joven con poliartalgias, eritema nodoso y adenomegalias hiliares bilaterales, en la que el diagnóstico de sarcoidosis no requiere necesariamente de la práctica de una biopsia.