



Papiloma bronquial benigno del adulto

Sr. Director: La papilomatosis traqueobronquial es una de las neoplasias pulmonares más raras en el adulto¹, mientras que el papiloma laríngeo es el tumor del tracto respiratorio más frecuente en niños y jóvenes. En el 1-2 % de estos últimos aparece también en el tracto respiratorio inferior, usualmente de forma múltiple o papilomatosis. La afectación del sistema bronquial sin lesión laríngea es muy rara y se da, fundamentalmente, en el adulto. Presentamos el caso de un varón adulto en el que se detectó un papiloma escamoso benigno solitario bronquial de forma casual al estudiar un proceso neumónico.

Observación

Varón de 63 años, jubilado, con antecedentes de bronquitis crónica, cor pulmonale crónico y poliglobulia que ingresó por un cuadro de tres días de evolución de tos intensa productiva con expectoración amarillenta, fiebre y dolor en hemitórax derecho de carácter pleurítico, disnea y sensación de hinchazón abdominal. Examen físico: t^a axilar de 39 °C, crepitantes húmedos en la base derecha con disminución del murmullo vesicular, hepatomegalia dolorosa a 3-4 travases de dedo, sin edemas en extremidades. Exploraciones biológicas: rec. y fórm. leucocitarios 12.200/mm³ (C-58, S-38, L-4), VSG 65 mm/1.^a h. Hto 54 %, Hb 17 g %, VCM

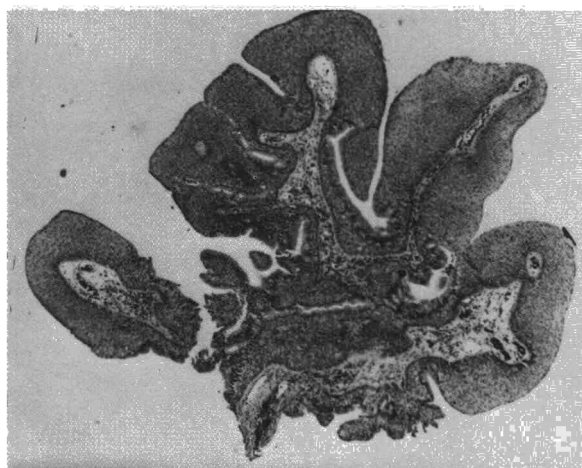
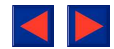


Fig. 1. Papiloma solitario bronquial con un epitelio de revestimiento de tipo escamoso maduro, excepto en la base de la lesión y en la raíz de las papilas que es cilíndrico de tipo respiratorio. Neg. 2,5 ×.

105. Radiografía de tórax: condensación basal derecha que no borra el borde cardíaco. Se instauró tratamiento con antibióticos mejorando rápidamente la sintomatología respiratoria, pero debido a lenta evolución radiológica del proceso condensativo se practicó una broncoscopia mostrando en el sistema bronquial derecho a nivel del lóbulo superior una masa vegetante que protuía ligeramente en la luz del bronquio principal. Dicha masa era muy blanda y sangraba en cuantía normal al hacer biopsia. El bronquio lobar inferior derecho estaba ligeramente enrojecido sin otras alteraciones valorables. El examen histológico mostró una tumoración papilar, revestida por epitelio escamoso maduro, no queratinizado, sin atipias celulares (fig. 1) compatible con papiloma escamoso solitario bronquial. El paciente fue enviado a un servicio de cirugía torácica donde se resecó el tumor totalmente.

La etiopatogenia de la papilomatosis traqueobronquial sigue siendo, actualmente, desconocida. Se ha extendido la teoría de infección vírica que responsabiliza al virus del papiloma humano (HPV) subgrupo de los papovavirus². Respecto al carácter benigno o maligno la conducta del papiloma juvenil y del adulto parece ser diferente. La papilomatosis juvenil no suele, generalmente, degenerar malignamente, salvo si ha habido historia de terapia con irradiación³. La tendencia a malignizarse parece ser mucho mayor en adultos^{2,4} donde constituye, habitualmente, un carcinoma escamoso bien diferenciado «in situ»⁵ que se extiende por invasión local. La papilomatosis traqueobronquial del adulto se caracteriza por afectar principalmente al varón a partir de los 40 años y sus manifestaciones clínicas⁶ son las de obstrucción de la vía aérea: tos, sibilancias y disnea, hemoptisis recurrente y neumonía o atelectasia segmentaria distal a la obstrucción. En el caso que presentamos, el hallazgo del tumor fue casual. Radiológicamente, pueden aparecer como defectos en la luz traqueobronquial o atelectasias y algunas lesiones pueden cavitarse, simulando una tuberculosis pulmonar⁷ o bronquiectasias. El diagnóstico se realiza, habitualmente, por broncoscopia que permite la visualización del tumor, exacta localización (usualmente en bronquio lobar o segmentario), toma de biopsia y resección endoscópica en formas solitarias. Algunos autores, sin embargo⁴, prefieren el uso de la toracotomía para diagnóstico y tratamiento del papiloma del adulto y el juvenil irradiado, pues su malignidad potencial es significativa y podría no ser puesta de manifiesto en las muestras biópsicas tomadas por broncoscopia. La



naturaleza benigna del tumor implica una larga supervivencia de los pacientes después de excisión tumoral⁸. Sin embargo, en algunos pacientes de edad avanzada, podría desarrollarse un pequeño foco de carcinoma «in situ» en el mismo tumor o en el epitelio bronquial adyacente, aspecto que habría de tenerse en cuenta para un seguimiento prolongado.

E. Antón Aranda, F.J. Domínguez del Valle y C. de Miguel*

Servicios de Medicina Interna y Anatomía Patológica*.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

BIBLIOGRAFIA

1. Roviato GC. Is the solitary papilloma of the bronchus always a benign tumor? *ORL* 1981; 43:301-308.
2. Rahman A, Ziment I. Tracheobronchial papillomatosis with malignant transformation. *Arch Int Med* 1983; 143: 577-578.
3. Al-Saleem T, Peale AR, Norris CM. Multiple papillomatosis of the lower respiratory tract. Clinical and pathologic study of eleven cases. *Cancer* 1968; 22:1173-1184.
4. Di Marco AF, Montenegro H, Payne Ch B, Kwon KH. Papillomas of the tracheobronchial tree with malignant degeneration. *Chest* 1978; 74:464-465.
5. Spencer H. Pathology of the lung. Oxford, Pergamon Press 1977; 884-886.
6. Freant LJ, Sawyers JL. Benign bronchial polyps and papillomas. *Ann Thorac Surg* 1971; 11:460-467.
7. Singer DB, Greensberg SD, Harrison GM. Papillomatosis of the lung. *Am Rev Respir Dis* 1966; 94:777-781.
8. Spencer H, Dail DH, Arneaud J. Non-invasive bronchial epithelial papillary tumors. *Cancer* 1980; 45:1486-1497.

Recuperación asincrónica de la parte costal y crural del diafragma

Sr. Director: El diafragma es una lámina musculofibrosa en forma de bóveda que separa la cavidad torácica de la abdominal. Su acción sobre la caja torácica y abdomen y su interacción con los otros músculos respiratorios ha despertado el interés de los fisiólogos, destacando Duchenne¹ y más recientemente Mead², Goldman³, Grassino⁴, De Troyer⁵, etc. Macklem⁶, basado en consideraciones matemáticas, ha sugerido que el diafragma actúa parcialmente en serie y parcialmente en paralelo con la caja torácica. Posteriormente De Troyer⁷ demostró, por medio de estimulación eléctrica, que estas dos diferentes acciones del diafragma sobre la caja torácica corresponden anatómicamente a las partes crural y costal del músculo. Estas dos partes tienen diferente origen embriológico⁸ y diferente inervación⁹ por lo que en todos los sentidos se deben considerar como dos músculos distintos. Tratando de abundar en esta idea, aportamos el caso de una paciente con parálisis del hemidiafragma derecho «idiopática», que ha recuperado la moti-

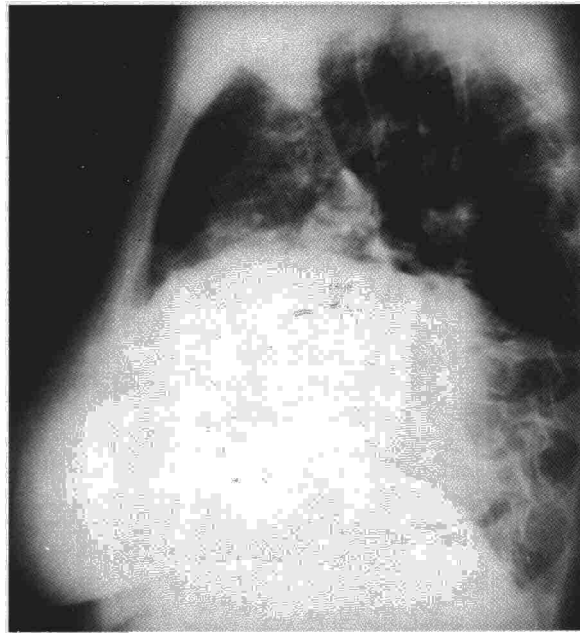


Fig. 1. Parálisis completa del hemidiafragma derecho.



Fig. 2. Parálisis de la parte costal del hemidiafragma derecho. Obsérvese que la parte crural está más baja que la costal.

lidad de la parte crural pero no de la costal, sugiriendo que también en el proceso de recuperación de una parálisis los dos músculos que componen el diafragma se comportan de diferente manera.

La paciente, de 48 años, consulta por disnea a esfuerzos moderados sin otra sintomatología respiratoria. Este cuadro se instauró dos años antes coincidiendo con un tratamiento de onda sobre el cuello y tracciones cervicales por cervicoartrosis.