



estenosis manifiesta⁵. La Rx de tórax es variable desde la normalidad a la existencia de un estrechamiento de la tráquea o bronquio con infiltrados recurrentes secundarios, o la presencia de atelectasias⁶. El diagnóstico suele realizarse por medio de la broncoscopia y biopsia endoscópica, en razón de las afinidades tintoriales de la sustancia amiloide. El tratamiento de la A traqueobronquial ha sido sujeto de controversia. Experiencias recientes aportan buenos resultados en el tratamiento con láser YAG de la A traqueobronquial cuando las lesiones asientan en tráquea, bronquios principales o bronquios lobares, con escasas complicaciones^{4,7,8}. En nuestro caso decidimos mantener, de momento, una actitud expectante, dado el buen estado clínico del enfermo y las escasas complicaciones locales que ha presentado.

**J. Ancochea Bermúdez,
C. López-Elzaurdía, C. Jimenez Ruiz,
F.J. Aspa Marco, M. Lobo Gallardo
y A. González González.**

Servicios de Neumología y Anatomía Patológica.
Hospital de la Princesa.
Universidad Autónoma de Madrid.

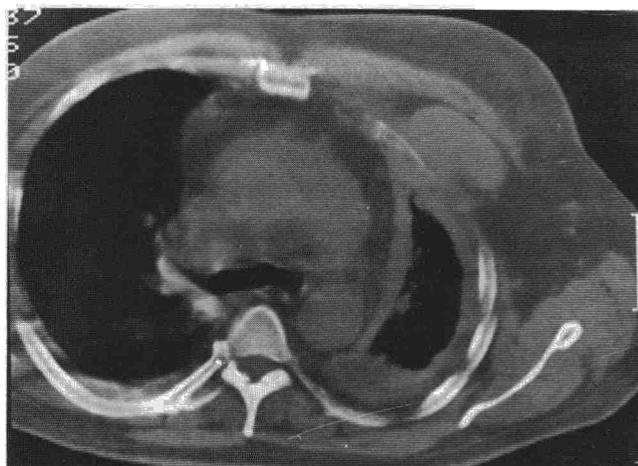
BIBLIOGRAFIA

1. Gertz MA, Greipp PR. Clinical aspects of pulmonary amyloidosis. *Chest* 1986; 90: 790-791.
2. Atkinson BF, Pietra GG. Pulmonary amyloidosis and calcifications. En: Fishman AP. *Pulmonary diseases and disorders*. New York, Mc Graw Hill 1980; 962-969.
3. Prowse CB. Amyloidosis of the lower respiratory tract. *Thorax* 1958; 13: 308-320.
4. Hernández Hernández JR, González Budiño T, Escudero Bueno C, Molinos Martín L, Martínez González del Río J. Amiloidosis traqueobronquial: aportación de 2 nuevos casos. *Arch Bronconeumol* 1986; 22: 45-49.
5. Peuchmaur M, Capron F, Dessirier JL, Fenoyl D, Roque d'Orbecastel O, Reche-maure J. L'amylose et ses localisations broncho-pulmonaires. A propos de trois observations. *Poumon-Coeur* 1983; 39: 115-120.
6. Himmelfarb E, Wells S, Rabinowitz JG. The radiologic spectrum of cardiopulmonary amyloidosis. *Chest* 1977; 72: 327-332.
7. Díaz Jiménez JP. El láser en patología traqueobronquial. *Arch Bronconeumol* 1986; 22: 28-33.
8. Herman DP, Colchen A, Milleron B, Bentata-Pessayre M, Personne C, Akoun G. Le traitement de l'amylose tracheo-bronchique par broncho-laser. A propos d'une serie de treize cas. *Rev Fr Mal Resp* 1985; 2: 19-23.

Derrame pleural recidivante como primera manifestación de un hemangiopericitoma torácico

Sr. Director: Presentamos un caso de hemangiopericitoma torácico (HP), manifestado por derrame pleural recidivante que du-

Fig. 1. TAC torácica.
Se aprecia la extensión a partes blandas, pericardio y pleura contralateral.



rante un período de dos años, evolucionó a fibrotórax con un crecimiento masivo del tumor hacia la pared torácica.

Varón de 58 años, sin antecedentes patológicos de interés, que en noviembre de 1984 comienza con cuadro de dolor en hemitórax izquierdo, febrícula y disnea, hallándose un derrame pleural izquierdo que tras las exploraciones practicadas, quedó sin filiar. Vuelve a ingresar en agosto de 1986 por disnea progresiva, deformación de la morfología torácica y aparición de una masa dolorosa en pared anterior de hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax mostraba un fibrotórax izquierdo. La TAC (fig. 1) mostraba importante engrosamiento pleural izquierdo y del pericardio y una masa que afloraba a la pared costal hasta el pectoral mayor, con afectación de la pleura derecha. Se biopsió dicha tumoración de partes blandas, cuyo resultado histológico fue de tumoración sólida e infiltrante, con patrón vascular de morfología típica en «asta de ciervo», con células endoteliales aplanadas sobre una fina membrana basal, por fuera de la cual se disponen grupos o células separadas por escaso estroma hialino o mixoide. Estos elementos celulares tienen límites imprecisos, citoplasma anfófilo y núcleos redondeados ovales con escaso pleomorfismo y cuyo índice mitótico es de 1-2/10 campos de gran aumento in seco. No existe necrosis ni hemorragia. Con la técnica de reticulina se manifiestan las fibras que rodean individualmente a las células tumorales. La presente tumoración, por los parámetros histológicos^{1,3}, no es plenamente catalogable como maligna, si bien, su comportamiento biológico lo es, siendo todo ello compatible con hemangiopericitoma de la cavidad torácica.

El HP es un tumor de tejidos blandos poco frecuente¹, que suele manifestarse como una masa indolora, de crecimiento lento. Los lugares de aparición más frecuentes^{1,2,4} son las extremidades inferiores, pelvis y retroperitoneo. Histológicamente² se han establecido tres tipos de tumor según el grado de fibrosis y de diferenciación celular⁵. En ausencia de un estudio ultraestructural³ es difícil de distinguir de otras neoplasias ricamente vascularizadas como el histiocitoma fibroso ma-

ligno, el sarcoma sinovial, el condrosarcoma mesenquimatoso, el fibroxantoma maligno y el liposarcoma mixoide².

A destacar nuestro caso su localización excepcional pleuropulmonar, que llevó a establecer el diagnóstico diferencial con el mesotelioma pleural, si bien, por su distribución arquitectónica, la falta de exposición al asbesto, el tiempo de evolución y la buena respuesta al tratamiento, hacen del HP el diagnóstico de elección, a falta del estudio ultraestructural.

El pronóstico de estos tumores es incierto, existiendo HP benignos y HP malignos, apoyando su naturaleza maligna, el incremento de la celularidad, la actividad mitótica prominente y la existencia de focos de necrosis o de hemorragia.

Como tratamiento de elección se acepta la cirugía, siempre que sea abordable, y la radioterapia⁶ como tratamiento paliativo o en aquellos casos que sean irreseccables o de escisión incompleta del tumor, con respuesta dosis dependiente. Actualmente se considera la quimioterapia⁷ en aquellos tumores con imposibilidad de usar los tratamientos anteriores o con metástasis a distancia.

**J. Campillo Fuentes, F. Herrero Huerta,
J. Alonso Pardo, A. Pérez Gracia,
M.J. García Puche
y J. García-Estañ Candela**
Hospital del Insalud
Virgen de la Arrixaca. Murcia

1. Enzinger FM, Weiss SN. Tumores de tejidos blandos. Ed. Médica Panamericana, 1985; 501-520.

2. Angervall L, Kindblom LG, Nielsen JM, Stener B, Svendsen P. Hemangiopericytoma: A clinicopathologic, angiographic and microangiographic study. *Cancer* 1978; 42: 2412-2427.

3. Nunnery EW, Kahn LB, Reddick RL, Lipper S. Hemangiopericytoma: A light microscopic and ultrastructural study. *Cancer* 1981; 47:906-914.

4. Tavassoli FR, Weiss S. Hemangiopericytoma of the breast. *Am J Surg Pathol* 1981; 5: 745.



5. Battifora H. Hemangiopericytoma. Ultrastructural study of five cases. *Cancer* 1973; 31: 1418.

6. Mira JG, Chu FCH, Fortner JG. The role of radiotherapy in the management of malignant hemangiopericytoma. *Cancer* 1977; 39: 1254-1529.

7. Wong PP, Yagoda A. Chemotherapy of malignant hemangiopericytoma. *Cancer* 1978; 41: 1256-1260.

Varón de 67 años con historia de bronquitis crónica desde 10 años antes. Se encontraba a tratamiento con colirio de pilocarpina desde hacía cinco días, por aumento en la tensión ocular. Ingresó en nuestro servicio por disnea de reposo, taquipnea, cianosis y datos auscultatorios de broncoespasmo generalizado, con PaO₂ de 51 mm Hg y PaCO₂ de 45 mm Hg. El tratamiento con atropina y corticoides parenterales produjo mejoría espectacular, tanto desde el punto de vista clínico como gasométrico.

No encontramos otros factores desencadenantes de broncoespasmo, por lo que sospechamos que el tratamiento oftálmico con pilocarpina pudo ser el causante en este paciente. Nuestro caso no revistió la gravedad del aportado por Franco Serrano et al, pero creemos que resulta ilustrativo de la posible toxicidad de los colirios parasimpaticomiméticos, al igual que la referida con los betabloqueantes, sobre el árbol bronquial de personas predisuestas.

Si bien es conocida la posible aparición de broncoespasmo como manifestación de la intoxicación muscarínica², desconocemos la existencia de otros casos de broncoespasmo

provocado por la instilación oftálmica de pilocarpina, aunque en nuestro paciente la predisposición individual pudo jugar un papel importante.

L.A. Masa Vázquez, I. Requena Caballero, A. Antela López, C. Antela Carrera y E. Barrio Gómez

Servicio de Medicina Interna.
Hospital General de Galicia
Clínico Universitario.
Santiago de Compostela

¿Broncoespasmo por pilocarpina?

Sr. Director: Recientemente hemos tenido ocasión de leer en su revista, la carta de Franco Serrano et al «Broncoespasmo casi fatal inducido por instilación oftálmica de timolol»¹, en la que se aboga por una cuidadosa selección de pacientes antes de instaurar tratamiento con colirios oftálmicos a base de betabloqueantes, con el fin de evitar posibles complicaciones respiratorias. Aportamos el caso de un paciente con crisis grave de broncoespasmo tras tratamiento con colirio de pilocarpina.

BIBLIOGRAFIA

1. Franco Serrano J, De Casimiro Calabuig E, Navarro Ibáñez R et al. Broncoespasmo casi fatal inducido por instilación de timolol. *Arch Bronconeumol* 1987; 23: 269-270.
2. Taylor P. Agonistas colinérgicos. En: Goodman Gilman A, Goodman LS, Gilman A, Las bases farmacológicas de la terapéutica. 6.ª ed Editorial Interamericana, 1981; 105-132.

INFORMACION

II CONGRESO MUNDIAL DE RONCOPATIA CRONICA

Fecha: 22, 23 y 24 de mayo de 1989

Lugar: Universidad Autónoma. Facultad de Medicina
Unidad Docente de Valle Hebrón

Temas: RONQUIDO Y SINDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DURANTE EL SUEÑO

- Sus relaciones con las enfermedades neumológicas.
- Sus relaciones con las enfermedades cardiovasculares.
- El OSAS en el niño.
- Tratamiento médico y quirúrgico del OSAS.

Secretaría Técnica: BRP-Barcelona Relaciones Públicas
Edificio Layetana
Pau Claris, 138, 7.º, 4.ª
08009 Barcelona -
Tel. (93) 215 72 14

Convocatoria Becas SEPAR 1988

Las Memorias podrán dirigirse a cualquiera de los apartados previstos en la convocatoria (tema libre, monográfico, bolsa de viaje o trabajos de procedencia extrahospitalaria y/o hospitales comarcales). En caso de concurrir a más de una Beca, es condición imprescindible remitir una Memoria para cada una de las Becas que se soliciten:

Beca Boehringer Ingelheim

Dotada con 1.000.000 de pesetas para el mejor protocolo de investigación. (Tema libre.)

Beca C. M. (Oxifar)

Dotada con 1.000.000 de pesetas para el mejor protocolo de investigación sobre el tema «Tratamiento de los trastornos respiratorios durante el sueño».

Beca FAES

Dotada con 1.200.000 pesetas para el mejor protocolo de investigación sobre el tema «Obstrucción crónica del flujo aéreo».