

Fig. 1. Patrón intersticial difuso y nódulo en lóbulo superior derecho (3,5 × 4 cm).



Fig. 2. Nódulo entre flechas, claramente inferior al de la fig. 1 (1,5 × 1,5 cm).

con 50 mg de adriamicina, disueltos en suero fisiológico, manteniéndolo una hora como mínimo. En agosto de 1984 se detectó un nódulo en LSD del pulmón, sin calcio ni cavitación (fig. 1). La citología del esputo es maligna, similar a la de la orina, compatible con carcinoma de células transicionales. En diciembre de 1984: nueva RTU por reaparición de las hematurias (ya hay invasión muscular); la radiología de este momento halló una marcada reducción del nódulo del LSD (fig. 2). En junio de 1985: no hay recidiva local del tumor vesical, pero ha vuelto a crecer el nódulo pulmonar del LSD; citología del esputo similar a la de agosto de 1984; la broncoscopia es nega-

tiva; aparece un síndrome radicular por aplastamiento de D7 (hipercaptación en la gammagrafía con Tc99). El diagnóstico, en esta fase de la evolución, es de carcinoma primario de vejiga con metástasis en CV y pulmón, esta última con regresión temporal espontánea.

No se sabe a ciencia cierta por qué ocurre la regresión espontánea. Se considera que pueden ser varias las causas de esta regresión: eliminación de carcinógenos, hormonas, traumatismos, dieta, medicación<sup>2</sup>. No obstante, se cree que el mecanismo debe ser similar para los casos de regresión del tumor primario y para los casos de regresión de las metástasis. Se sabe que la velocidad de crecimiento de las neoplasias malignas no es uniforme, ya que, aunque raro, hay casos de crecimiento lento, con un tiempo de duplicación superior a los dieciséis meses, y casos que no crecen durante años<sup>3</sup>. De cualquier modo, esta regresión parece depender de la agresividad del tumor y de la respuesta del sistema de inmunovigilancia del huésped<sup>4</sup>. En nuestro paciente, la probable presencia de una enfermedad inmunológica pulmonar, no sabemos hasta qué punto ha podido influir en la relación huésped-tumor, relación que suponemos responsable de la regresión de la metástasis pulmonar, dado que las instilaciones intravesicales con adriamicina no deben haber influido, por sus exiguos niveles plasmáticos<sup>5,6</sup>.

J.L. Aller Alvarez, A.D. Reboto Rodríguez,  
Y. Ovelar Arribas\*\*, E. Hernández García  
y R. Ceña Callejo  
Servicio de Neumología\*. Servicio de Urología.\*  
Departamento de Anatomía Patológica\*\*.  
Hospital Universitario. Valladolid.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez Fuentes JA et al. Regresión espontánea de las metástasis de un carcinoma renal. *Rev Clin Esp* 1980; 158:163-166.
2. Grillet B et al. Spontaneous regression of lung metastases of adenoid cystic carcinoma. *Chest* 1984; 85:289-291.
3. Nathan MH et al. Differentiation of benign and malignant pulmonary nodules by growth rate. *Radiology* 1962; 79:221-226.
4. Moller JA, Moller A. Immunological surveillance against neoplasia. En *Immunological aspects of cancer*. Ed Castro JE. MTP Press Ltd 1978; 205.
5. Edsmyr F et al. Intravesical therapy with adriamycin in patients with superficial bladder tumors. En *The first conference on treatment of urinary tract tumors with adriamycin*, Kyowa Hakkō Kogyo Co, Tokyo 1979; 50-57.
6. Eksborg S. Measurements of plasma levels at adriamycin after intravesical instillation of adriamycin, diagnostic and treatment of superficial urinary tumors. WHO, Stockholm 1979; 55.

#### Ausencia proximal de arteria pulmonar derecha en el adulto

**Sr. Director:** La ausencia congénita unilateral de arteria pulmonar como anomalía aislada es poco frecuente. El término más apropiado es el de «ausencia

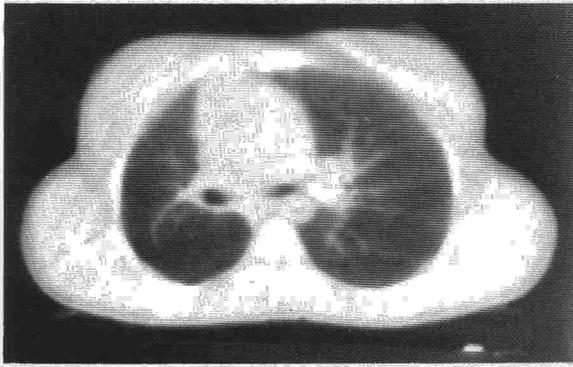
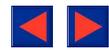


Fig. 1. Tomografía computarizada: pérdida de volumen del hemitórax derecho con pobreza vascular.

proximal» o «interrupción proximal» puesto que la arteria pulmonar no está enteramente ausente y los vasos que se hallan en el interior del pulmón suelen estar intactos y permeables<sup>1,2</sup>.

Varón de 16 años que acude por dolor en hemitórax derecho. A la exploración presenta buen estado general y una auscultación pulmonar con disminución de función en hemitórax derecho. La radiografía de tórax reveló una pérdida de volumen en este hemitórax con su hilio disminuido de tamaño. El estudio fibrobroncoscópico fue normal. En la tomografía computarizada en estudio simple se observa (fig. 1) la asimetría de ambos campos pulmonares con un parénquima pulmonar derecho pequeño y una arteria pulmonar izquierda aumentada de tamaño. Angiográficamente no se plenificó la arteria pulmonar derecha y en fases tardías, desde la aorta, se definió una vascularización de tipo bronquial irrigando el pulmón derecho. En la gammagrafía de perfusión pulmonar se evidenció una ausencia de captación en el pulmón derecho. El paciente fue dado de alta con tratamiento sintomático.

El hecho de que la ausencia proximal de la arteria pulmonar derecha se asocie usualmente con un sistema cardiovascular por lo demás normal, junto a que estos pacientes son a menudo asintomáticos, justifica que se retrase su diagnóstico hasta la edad adulta. El aporte vascular al pulmón afecto proviene de comunicaciones broncopulmonares anormales y otras colaterales sistémicas como las arterias intercostales y las arterias frénicas, existiendo una relación inversa entre el grado de colateralización bronquial y el transpleural<sup>3</sup>.

La radiografía simple de tórax muestra en el lado afecto un hemitórax pequeño con desplazamiento mediastínico hacia este lado y una simetría de los arcos costales anteriores 6.º a 10.º<sup>4</sup>; el hilio es pequeño sin observarse sombra vascular. Se puede apreciar

un fino patrón reticular perihiliar por la dilatación de las arterias bronquiales colaterales, así como muescas costales inferiores y zonas de engrosamiento pleural telangiectásicas por colaterales transpleurales<sup>5</sup>. En una placa tomada en espiración se puede observar una limitación de la movilidad diafragmática del lado afecto<sup>6</sup> permitiéndose despistar el enfisema unilateral y el síndrome de Swyer-James.

El hallazgo típico en los estudios radioisotópicos consiste en una perfusión ausente y una ventilación homogénea. Respecto a la tomografía computarizada —hasta ahora no descrita en esta entidad— creemos que su aporte diagnóstico es limitado ya que solamente recoge la pérdida de volumen del pulmón afecto con visualización en el estudio simple de vasos pulmonares de menor tamaño. Ante estos hallazgos es esencial el estudio dinámico que revelará el verdadero origen de estos vasos e incluso arterias pulmonares centrales no evidenciadas angiográficamente<sup>7</sup>.

Como conclusión sugerimos el siguiente protocolo en la valoración de un pulmón radiológicamente disminuido de volumen con su hilio pequeño. Tras la realización de una placa en espiración o exploración fluoroscópica debería realizarse una gammagrafía de ventilación/perfusión pulmonar que confirmaría el diagnóstico; el estudio vascular con TAC se reservaría para aquellos raros casos en los que esté indicada la corrección quirúrgica de la ausencia proximal de la arteria pulmonar derecha.

L. Martí-Bonmatí, M.ª T. Marín Marín,  
F.J. García Aguayo y F. Ruiz Perales  
Servicio de Radiodiagnóstico. Residencia General.  
Hospital La Fe. Valencia.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Meszaros WT. Absence of a pulmonary artery. En Charles C. Thomas Publisher: Cardiac roentgenology, 1.ª ed, Springfield, Illinois 1969; 118-122.
2. Fraser RG, Pare JAP. Ausencia (interrupción proximal) de la arteria pulmonar derecha o izquierda. En Salvat Editores SA. Diagnóstico de las enfermedades del tórax, 2.ª ed, tomo I 1980; 631-633.
3. Hislop A, Sanderson M, Reid L. Unilateral congenital dysplasia of lung associated with vascular anomalies. Thorax 1973; 28:435-441.
4. Daves ML, Walsh JA. Minihemitorax. AJR 1970; 109:508-530.
5. Kleinman PK. Pleural telangiectasia and absence of a pulmonary artery. Radiology 1979; 132:281-284.
6. Yarnal JR, Grum CM, Cook SA, Cordasco EM, Tomashefski JF. Agenesis of the right pulmonary artery. N Engl J Med 1980; 303:884-885.
7. Sondheimer HN, Oliphant M, Schneider B, Kavey REW, Blackman MS, Parker FB. Computerized axial tomography of the chest for visualization of «absent» pulmonary arteries. Circulation 1982; 65:1020-1025.