



Figura 1. Fibrobronoscopia. Se muestra la lesión en bronquio principal derecho.

metástasis, pudo localizar una de ellas, aunque la FB con biopsia bronquial fue decisiva en el diagnóstico definitivo. La ausencia de antecedentes familiares y la edad sugieren tumores renales esporádicos.

Bibliografía

1. Prando A, Prando D, Prando P. Renal cell carcinoma: Unusual imaging manifestations. *Radiographics*. 2006;26:1795-806.
2. Sidney S, Braman MD, Michael E, Withcomb MD. Endobronchial metastases. *Arch Intern Med*. 1975;135:534-47.
3. Salud A, Porcel JM, Roviro A, Bellmunt J. Endobronchial metastatic disease: Analysis of 32 cases. *J Surg Oncol*. 1996;62:249-52.
4. Katsimbri PP, Bamias AT, Frouda Froudarakis ME, Peponis IA, Constantopoulos SH, Paulido NA. Endobronchial metastases secondary to solid tumors: Report of eight cases and review of literature. *Lung Cancer*. 2000;28:163-70.
5. Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, Iwata H, Kokubo M, Shimokawa K, et al. Endotracheal/endobronchial metastases: Clinicopathologic study with special reference to development modes. *Chest*. 2002;119:768-75.

M. Luz Mateo Lázaro^{a,*}, M. del Mar Villanueva Gimeno^a
y Eva Vilar Bonacasa^b

^a Sección de Neumología, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlmateol@salud.aragon.es (M.L. Mateo Lázaro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.11.019>

Neumonía lipoidea por aspiración accidental de parafina en un «comedor de fuego»



Lipoid Pneumonia due to Accidental Aspiration of Paraffin in a "Fire-Eater"

Sr. Director:

La neumonía lipoidea exógena es una entidad poco frecuente, conocida desde 1925, cuando Laughlen publicó un caso de neumonía lipoidea secundaria a una inyección de aceite en la zona nasofaríngea¹. Por su rareza, presentamos un nuevo caso de neumonía lipoidea; en esta ocasión, se trata de un aficionado que presentó aspiración accidental de parafina, mientras realizaba un espectáculo de circo en la calle.

Varón de 19 años, que acude por presentar un episodio de atragantamiento con parafina mientras realizaba un espectáculo de fuego, con tos seca, disnea, malestar general y dolor costal derecho. Entre los antecedentes, era fumador de 2 cigarrillos al día (grado acumulado de tabaquismo 3 «paquetes/año») y trabajaba como aficionado en espectáculos de circo en la calle. En la exploración física, temperatura 38,5 °C y sibilancias espiratorias dispersas en la auscultación. Análisis, 27.100 leucocitos/microlitro (91% neutrófilos) y PCR 298 mg/l. La radiografía de tórax presentaba infiltrados alveolares bilaterales y la TC mostraba 3 cavidades, la mayor de 35 mm de diámetro, en el lóbulo medio, y una en el lóbulo inferior izquierdo, con ocupación parcial por líquido y restos de material de baja densidad (-3 a -50 HU), compatible con origen lipídico. Fibrobronoscopia normal; lavado broncoalveolar 59% neutrófilos, 17% linfocitos y 24% histiocitos; los cultivos de bacterias, hongos y micobacterias fueron negativos. La citología de esputo mostraba numerosos macrófagos de

citoplasma claro y espumoso, compatible con aspiración de material extraño (fig. 1). Se inició tratamiento antibiótico (amoxicilina-ácido clavulánico durante 2 semanas) y corticoides (metilprednisolona 60 mg/día/iv durante una semana, seguida de prednisona 10 días más a dosis decreciente), con mejoría clínica y radiológica. En el seguimiento posterior en consultas externas se encontraba asintomático, la radiografía de tórax y la exploración funcional respiratoria eran normales (FVC 4.370 ml, 84% del valor teórico; FEV₁ 4.100 ml, 93%; FEV₁/FVC 94; TLC_{Os} 82%; TLC_O/VA 100%).

El caso actual corresponde con una forma aguda de presentación de la neumonía lipoidea, en la que destaca su origen poco habitual, la aspiración accidental de parafina de un aficionado a realizar espectáculos de circo en la calle. Su presentación clínica, a diferencia de las formas crónicas, cursa con disnea brusca, fiebre, accesos de tos, opresión torácica y en algunos casos hemoptisis. En nuestro conocimiento, el primer caso descrito de neumonía lipoidea en un comedor de fuego data de 1984² y desde entonces se han comunicado casos aislados^{3,4}.

La radiografía de tórax muestra áreas de consolidación homogénea con broncograma aéreo difuso o localizado, generalmente bilateral. La TC permite documentar la extensión del daño del parénquima y, en nuestro caso, se evidenciaron las cavidades ocupadas material de baja densidad, compatible con origen lipídico⁴. Estas cavidades corresponden a neumatoceles, que pueden tardar más de 2 meses en resolverse³.

El diagnóstico se basa en la demostración de los macrófagos con vacuolas lipídicas, tal como se observó en las muestras de esputo de nuestro paciente⁵.

En definitiva, presentamos un caso de neumonía lipoidea por aspiración de parafina en un comedor de fuego aficionado. Se trata de una patología muy infrecuente, cuya incidencia puede aumentar en los próximos años.

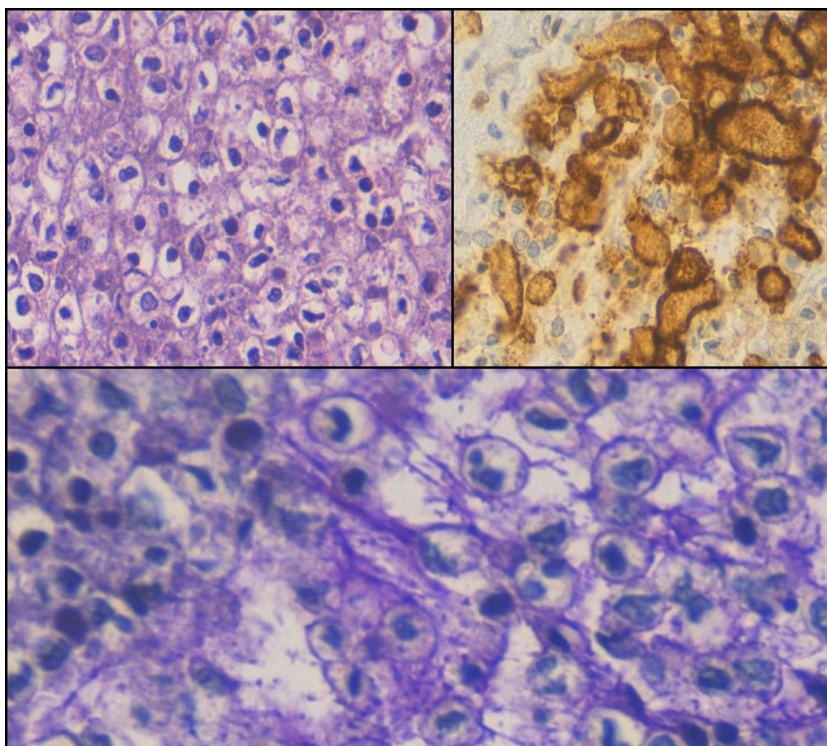


Figura 1. Arriba derecha, hematoxilina-eosina (HE), 400x. Arriba izquierda, hematoxilina-eosina (HE) con anticuerpo monoclonal CD163, 400x. Abajo, hematoxilina-eosina (HE) con ácido para aminosalicílico (PAS), 400x.

Bibliografía

1. Laughlen GF. Pneumonia following nasopharyngeal injections of oil. *Am J Pathol.* 1925;1:407-14.
2. Marchiori E, Zanetti G, Mano CM, Hochhegger B. Exogenous lipid pneumonia. Clinical and radiological manifestations. *Respir Med.* 2011;105:659-66.
3. Betancourt SL, Martínez-Jiménez S, Rossi SE, Truong MT, Carrillo J, Erasmus JJ. Lipoid pneumonia: Spectrum of clinical and radiologic manifestations. *Am J Roentgenol.* 2010;194:103-9.
4. Franquet T, Gómez Santos D, Giménez A, Torrubia S, Monill JM. Fire eater's pneumonia; radiographic CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 2000;24:448-50.
5. Burkhardt O, Meker HJ, Shakibaei M, Lode H. Electron microscopic findings in BAL of fire-eater after petroleum aspiration. *Chest.* 2003;124:398-400.

Paola Cristina Lizarzábal Suárez^a, Ester Núñez Savall^b
y Francisco Carrión Valero^{a,*}

^a Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

^b Servicio de Endocrinología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carrion_fra@gva.es (F. Carrión Valero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.12.015>

Linfangioma quístico intratorácico en paciente de edad avanzada



Thoracic Cystic Lymphangioma in an Elderly Patient

Sr. Director:

Los linfangiomas quísticos son colecciones focales de tejido linfático benigno de crecimiento lento, originados por una alteración en el desarrollo embrionario o secundario a una obstrucción crónica por cirugía, infección o irradiación^{1,2}. La localización más habitual es en la región de cabeza, cuello (75%) o axilar (20%), aunque también puede presentarse en el tórax (1%)^{2,3}. Pueden permanecer asintomáticos durante largos periodos, si bien por compresión de estructuras adyacentes pueden producir tos crónica, disnea, disfgia e incluso neumotórax y derrame pleural^{2,4}.

Presentamos el caso de una paciente de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, fibrilación auricular

paroxística en tratamiento anticoagulante, neoplasia de mama en el 2006 tratada con cirugía y radioterapia adyuvante, sin recidiva posterior, y tromboembolismo pulmonar en el 2009.

La paciente había ingresado en el servicio de Neumología por episodios repetidos en los últimos 2 años de infección respiratoria con presencia de sibilancias inspiratorias de predominio en hemitórax izquierdo. Se realizó una TAC de tórax, donde se objetivó una lesión quística de 10 × 9 cm que ocasionaba atelectasia parcial del lóbulo superior izquierdo y compresión de estructuras mediastínicas (fig. 1). Se programó una punción de dicha lesión guiada por TAC, cuyo estudio citológico fue compatible con linfangioma quístico.

Tras valoración conjunta con el servicio de Cirugía Torácica, se propuso intervención quirúrgica, realizándose resección del linfangioma mediante toracotomía anterior. En el postoperatorio inmediato presentó insuficiencia respiratoria con estridor y acúmulo de secreciones que obligó a reintubación y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. Se objetivó además, en la radiografía de control, elevación del hemidiafragma izquierdo indicativa de pará-