

doscópicas eran de aspecto inflamatorio; dos (4 %) fueron diagnosticados de bronquiectasias, uno de los cuales fue informado como tal en el informe endoscópico; en uno (2 %) se identificó el lugar de sangrado a nivel de nasofaringe. Quedaron sin filiar 17 (34 %) siendo dados de alta con el diagnóstico de hemoptisis criptogénica. Datos similares han sido publicados por diversos autores^{3,6,9}, que hacen referencia a la escasa probabilidad de encontrar neoplasias pulmonares en este grupo de enfermos, circunstancia que queda restringida a una concreta población susceptible.

Por otro lado, a pesar de su relativa sencillez con una mejor aceptación por parte del paciente, la FB no es una prueba exenta de complicaciones¹⁰ (0,1 % de mortalidad y 8 % de morbilidad), por lo que los posibles riesgos y beneficios deben ser valorados de la misma manera que con cualquier otro método diagnóstico invasivo. Esto hace que, a la vista de los resultados obtenidos y de la literatura revisada, pensemos que los pacientes con hemoptisis, estudio clínico inespecífico y radiografía de tórax normal que no presenten factores de riesgo, entendiéndose como tales edad superior a 40 años, duración mayor de una semana y tabaquismo significativo, puedan manejarse habitualmente con observación y estudios no invasivos, especialmente en aquellos con riesgo de desarrollar complicaciones en el curso de la exploración.

**J.L. Izquierdo Alonso, J.M. Rodríguez Glez-Moro,
L. Puente Maeztu, P. Lucas Ramos, E. Tatay Martín
y J.M. Monturiol Rodríguez**
Servicio de Neumología. Hospital Provincial de Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. Kahn MA, Whitcomb ME, Snider GL. Flexible fiberoptic bronchoscopy. *Am J Med* 1976; 61:151-155.
2. Gong H, Salvatierra C. Clinical efficacy of early and delayed fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis. *Am Rev Respir Dis* 1981; 124:221-225.
3. Weaver LJ, Solliday N, Cugell DW. Selection of patients with hemoptysis for fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1979; 76:7-10.
4. Wolfe JD, Simmons DH. Hemoptysis; diagnosis and management. *West J Med* 1977; 127:383-390.
5. Selecky PA. Evaluation of hemoptysis through the bronchoscopy. *Chest* 1978; 73:741-745.
6. Jackson CV, Savage PJ, Quinn DL. Role of fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and a normal chest roentgenogram. *Chest* 1985; 87:142-144.
7. Rath GS, Schaff JT, Snider GL. Flexible fiberoptic bronchoscopy. Techniques and review of 100 bronchoscopies. *Chest* 1973; 63:689-693.
8. Zavala DC. Diagnosis with fiberoptic bronchoscopy. Techniques and results of biopsy in 600 patients. *Chest* 1975; 68:12-19.
9. Snider GL. When not to use the bronchoscope for hemoptysis. *Chest* 1979; 76:1-2.
10. Suratt PM, Smiddy JF, Grubert B. Deaths and complications associated with fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1976; 69:747-751.

Derrame pleural, gammagrafía ósea y condrosarcoma escapular

Sr. Director: El condrosarcoma es una proliferación maligna de origen cartilaginosa cuya localización primaria suele asentar en zonas metafisiarias de huesos largos, aunque puede presentar un origen extraóseo en partes blandas¹⁻⁵. Las metástasis más habituales son las pulmonares, si bien no es frecuente observarlas como manifestación inicial. Presentamos una paciente afectada de condrosarcoma primario de escápula, que debutó en forma de exudado pleural y cuyo diagnóstico se sugirió a partir de una técnica radiológica.

Se trata de una mujer de 75 años de edad, sin hábitos tóxicos y con antecedentes de peritonitis tuberculosa que requirió abordaje quirúrgico e hipertensión arterial de larga evolución tratada con dieta hiposódica y tiazidas. Doce meses atrás presentó una fractura traumática de cabeza humeral derecha. Cinco meses antes del ingreso inició dolor continuo en hombro derecho que aumentaba con la movilización y que requería el uso de analgésicos. Desde entonces presentó un progresivo deterioro del estado general con astenia, anorexia y pérdida cuantificada de 15 kg, de peso. Quince días antes del ingreso se instauró disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos; asimismo refería un aumento de intensidad del dolor en el hombro derecho que limitaba su movilización y que se irradiaba hacia el brazo derecho, no cediendo el mismo con analgésicos. No presentó tos, expectoración ni otra sintomatología acompañante. La tensión arterial era de 120/80 mmHg, el pulso 84 por minuto y la temperatura axilar 36,9 °C. En la exploración física destacaba una semiología compatible con derrame pleural derecho, con moderada afectación del estado general. Presentaba dolor a la movilización del hombro y brazo derecho, con limitación a la abducción del mismo a los 50°. La bioquímica plasmática y urinaria fue normal excepto unas fosfatasas alcalinas de 1.448 UI/l. En la radiología simple y planigrafías de tórax se observaba un derrame pleural derecho con desplazamiento del mediastino a la izquierda y en la escápula derecha una imagen heterogénea, mal definida, con zonas osteocondensantes que sobrepasaban los límites de la misma. La toracocentesis derecha dio salida a 2 litros de un líquido hemático con una glucosa de 66 mg/dl, unas proteínas de 4,4 g/dl, 150 células nucleadas/mm³ y 11.000 hematíes/mm³. El examen del mismo con tinción de Gram, Ziehl, cultivos en medios habituales y de Lowenstein fue negativo. Dos citologías practicadas no mostraron atipias por lo que se procedió a su centrifugación que evidenció algunas células neoplásicas de difícil caracterización. Una biopsia pleural no fue diagnóstica. Se practicó una gammagrafía ósea con Tc 99 m

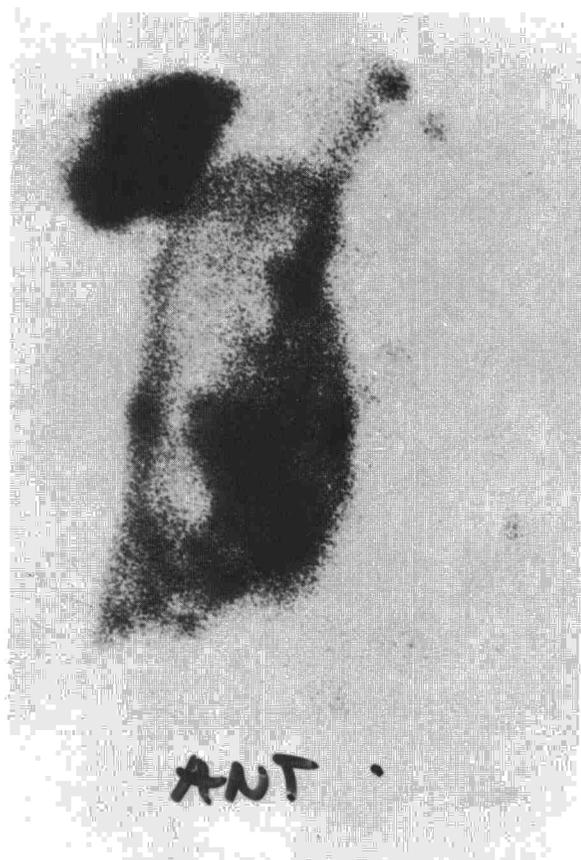


Figura 1

MDP (fig. 1). Observándose un acúmulo del trazador en escápula derecha así como captación difusa en todo el espacio pleural derecho con algún foco localizado a nivel costal; asimismo presentaba otros focos de captación en calota craneal, columna vertebral, parrilla costal izquierda, pelvis y fémur derecho. A los 6 días del ingreso la paciente presentó un dolor abdominal difuso, continuo, acompañado de náuseas, siendo la exploración abdominal y radiológica normales. Al día siguiente presentó un episodio de vómitos alimentarios incoercibles, presentando una broncoaspiración masiva y consiguiente parada cardio-respiratoria que no se logró remontar. El estudio necrópsico mostró un condrosarcoma grado III primario de escápula derecha de 7 cm de diámetro. Presentaba metástasis masivas a nivel de pleura derecha, en parénquima pulmonar y a nivel de varios cuerpos vertebrales. Asimismo se observó una zona de necrosis isquémica en asa ileal eventrada en la antigua cicatriz de laparotomía de unos 5 cm de longitud.

En nuestro caso, llama la atención, en primer lugar, la localización primaria escapular del tumor, presente sólo en 9 de 280 casos (3,5 %) de la serie de Pritchard et al¹ y la afectación pleural masiva,

que condicionaba la forma de debut clínico como derrame pleural exudativo. Cabe señalar que en la serie de Light⁶, los sarcomas en general (incluyendo el melanoma) fueron sólo responsables de un 2 % de los derrames pleurales malignos. De ello se deduce que la localización pleural es relativamente infrecuente en el condrosarcoma, aunque hay que sospecharla en presencia de imágenes óseas patológicas acompañantes. Asimismo, la afectación pulmonar y ósea generalizada como forma de presentación inicial es infrecuente, en nuestro caso está probablemente relacionada con el alto grado de malignidad histológica del tumor. La gammagrafía con Tc 99m MDF mostró una gran captación en la zona pleural derecha y partes blandas vecinas, hecho poco frecuente con un trazador selectivo para tejido óseo y que corroboraba la sospecha de extensión pleural del condrosarcoma escapular. Dicha afectación se correlacionaba con los hallazgos necrópsicos. Creemos que la gammagrafía isotópica con Tc 99m MDF, si bien es una técnica poco específica respecto al tipo histológico de dicha tumoración, puede ser imprescindible para la localización y grado de extensión de las metástasis.

V. Plaza, J. Fernández Solá*, X. Bosch*,
J.M. Montserrat y J.M. Grau*

Servicio de Neumología.
Servicio de Medicina Interna General*.
Hospital Clínic. Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. Pritchard DJ, Lunke RJ, William T, Dahlin D, Medley B. Chondrosarcoma: a clinicopathologic and statistical analysis. *Cancer* 1980; 45:149-157.
2. Wu K, Collon D, Guise E. Extra-osseous chondrosarcoma. Report of five cases and review of the literature. *J Bone Joint Surg (AM)* 1980; 62:189-194.
3. Sun Ch, Kroll M, Miller J. Primary chondrosarcoma of the lung. *Cancer* 1982; 50:1.864-1.866.
4. Malhotra Ch, Doolittle Ch, Rodil J, Vezeridis M. Mesenchymal chondrosarcoma of the kidney. *Cancer* 1984; 54:2.495-2.499.
5. Rosenthal D, Schihller A, Mankin H. Chondrosarcoma: correlation of radiological and histological grade. *Radiology* 1984; 150:21-26.
6. Light RW. *Pleural diseases*. Philadelphia, Ed. Lea and Febiger 1983.

Hipertiroidismo: una causa de asma de manejo difícil

Sr. Director: Es poco conocido que el hipertiroidismo (HT) es un factor agravante del asma bronquial (AB)¹⁻³. Recientemente hemos atendido a dos mujeres, de 49 y 68 años con AB de larga evolución que, sin causa aparente, empeoraron de su proceso respiratorio requiriendo repetidos ingresos hospitalarios en distintos centros por crisis