

Cartas al Director

Atresia bronquial junto a teratoma gonadal. ¿Cuál es la relación?

Bronchial Atresia together with a Gonadal Teratoma: What is the relationship?

Sr. Director:

Siendo los teratomas tumores germinales que se clasifican en gonadales y extragonadales¹, en la literatura médica revisada solo se han publicado casos en los que estos últimos se asocien a anomalías congénitas (alteraciones músculo-esqueléticas, cardíacas, estenosis rectal y microcefalia), con una frecuencia del 9 al 26%².

Presentamos aquí el primer caso en el que un teratoma gonadal se puede asociar con una malformación, en concreto con una atresia bronquial.

Mujer de 33 años remitida para valoración de riesgo pulmonar prequirúrgico ante cirugía abdominal laparoscópica por tumor ovárico izquierdo, hallazgo casual en su primera revisión ginecológica. Sin hábitos tóxicos ni antecedentes medicoquirúrgicos de interés, la paciente se encontraba asintomática y presentaba exploraciones física, analítica y funcional dentro de la normalidad, excepto que en las proyecciones anteroposterior y lateral de la radiografía de tórax se observaba una imagen polilobulada en el lóbulo inferior derecho (fig. 1). Los marcadores tumorales eran negativos. Mediante una tomografía computerizada torácica con contraste (fig. 1) se evidenció una lesión de 6,5 × 2,2 cm, de morfología irregular, con varias prolongaciones en forma de dedos de guante, situada en segmento 10, acompañada de un área de radiolucencia segmentaria distal.

La paciente fue sometida a exéresis laparoscópica del anejo izquierdo (ovario y trompa de Falopio) y el estudio histológico fue compatible con un teratoma maduro –las neoplasias de células germinales representan el 10–20% de todos los tumores de ovario¹–.

Posteriormente, se completó el estudio realizándose una broncofibroscopia que no evidenció lesiones endobronquiales ni anomalías en la segmentación de los bronquios hasta los límites accesibles con la técnica. De acuerdo con estos datos fue diagnosticada de una atresia bronquial congénita con broncocele distal del segmentario 10 derecho.

La atresia bronquial es una alteración caracterizada por la obliteración focal de una parte de un bronquio, que provoca acúmulo de secreciones y origina un broncocele con ausencia de ventilación del área pulmonar distal correspondiente (lo que radiológicamente se observa hiperlucen³). Aproximadamente el 50% de los pacientes está asintomático en el momento del diagnóstico; se presenta con mayor frecuencia en varones (2:1), generalmente jóvenes⁴. La tomografía computerizada torácica con contraste es diagnóstica³, permitiendo diferenciar entre anomalías congénitas, bronquiectasias u otros tipos de obstrucción bronquial. El tratamiento en los pacientes asintomáticos es conservador; solo sería necesaria la cirugía en caso de aparecer síntomas (como infecciones respiratorias recurrentes, tos crónica y disnea)³.

Tras 2 años de seguimiento, la paciente continúa asintomática y sin cambios radiológicos, por lo que se ha mantenido una actitud conservadora.

La peculiaridad de nuestro caso radica en que se observan simultáneamente 2 entidades (teratoma gonadal y atresia bronquial) que, pese a su lejanía anatómica, pudieron tener origen común en alteraciones cromosómicas todavía no completamente caracterizadas, como pérdida de homogeneidad del cromosoma 18 (generalmente expresado con las siglas LOH.18, en inglés). Se sabe que la trisomía del cromosoma 18 se relaciona con anomalías de la segmentación pulmonar⁵. Recientemente se ha establecido la importancia del locus 18q21 en el direccionamiento axonal durante el desarrollo embrionario; una deleción a este nivel generaría predisposición al desarrollo de tumores (entre ellos los ováricos, con una incidencia del 9–12%, en el contexto de síndrome de Lynch)⁶. Cada día se conoce mejor el genoma humano y es probable que en un futuro no muy lejano se halle con certeza una relación entre estas 2 alteraciones.

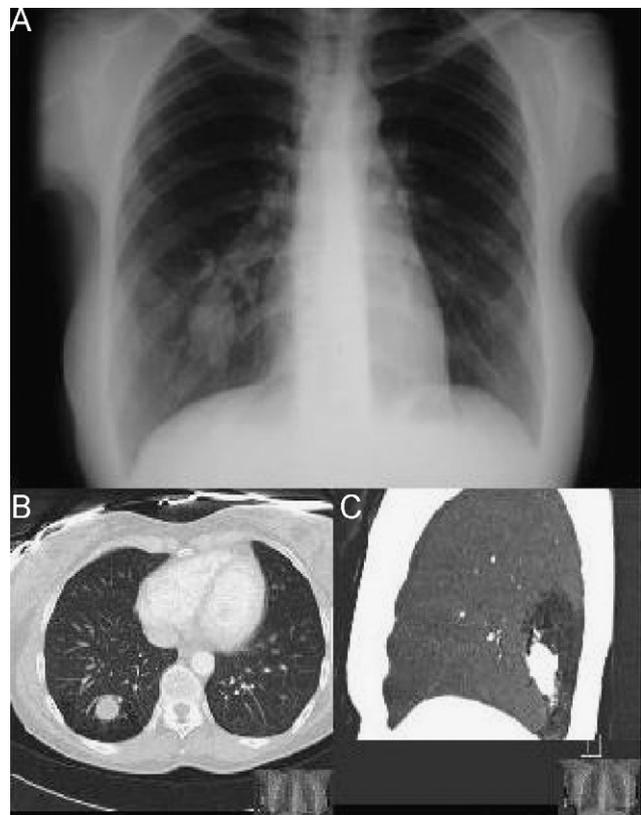


Figura 1. A) Radiografía de tórax (proyección posteroanterior): masa en el lóbulo inferior derecho. B) y C) TC torácica con contraste (corte axial y corte sagital): lesión polilobulada en segmento 10 derecho con radiolucencia segmentaria distal.

Bibliografía

1. Morillo M, Martín F, Vidal F, Jofré JJ, González E, Carrasco S. Teratoma maduro de ovario. Estudio clínico-patológico de 112 casos y revisión de la literatura. Actual obstet ginecol. 2001;XIII:249-53.
2. Sancak R, Dagdemir A, Tasdemir HA, Kucukoduk S, Baysal K. A thoracic Spinal Cord Teratoma Associated with Taussing-Bing Anomaly in a Newborn. Teratology. 2001;63:77-8.
3. Yoldi M, Flórez S, Alegre N. Atresia bronquial de localización excepcional. Arch Bronconeumol. 2001;37:514-5.
4. Kinsella D, Sissons G, Williams MP. The radiological imaging of bronchial atresia. Br J Radiol. 1992;65:681-5.
5. Baguena R, Marin J, Calpe JL, Servera E, Pérez D, Domínguez A. Las hipoplasias pulmonares. Med Esp. 1985;84:17-22.

6. Nussbaum RL, MacInnes RR, Willard HF. Genética en Medicina, 5ª Ed. Masson: Thompson & Thompson; 2009.

Lirios Sacristán Bou *, Concepción Martín Serrano y Santiago Romero Candeira

^a Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lirios_sacristan@yahoo.es (L. Sacristán Bou).

doi:10.1016/j.arbres.2009.11.016

Acrometástasis por cáncer de pulmón. A propósito de un caso Acrometastasis Due to Lung Cancer. A Case Presentation

Sr. Director:

Las acrometástasis se definen como lesiones secundarias malignas de los huesos que asientan en manos y/o pies¹. Solo entre el 0,007 y 0,3% de los pacientes con metástasis óseas desarrollan acrometástasis. Habitualmente se presentan como eventos preterminales en el contexto de una enfermedad oncológica diseminada¹. Pueden ser importantes por ser la primera manifestación de un cáncer oculto; o semejar otras enfermedades esqueléticas y ser tratadas, por lo tanto, impropia.

Varón de 63 años de edad, fumador severo, internado por hemoptisis. Contaba con el antecedente de un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado en un ganglio linfático supraclavicular metastático de tumor primario desconocido 2 años antes. La tomografía computarizada reveló una masa hilar grande con una lesión nodular periférica en el pulmón derecho. Poco después presentó una tumoración dolorosa en la

falange distal del pulgar izquierdo (fig. 1). Las biopsias endobronquiales y del dedo confirmaron un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. El estudio radiológico mostró una lesión osteolítica en la falange distal del pulgar. Se realizó la amputación a nivel de la articulación interfalángica. Al tiempo aparecieron otras metástasis y, 6 meses después, el paciente falleció.

El pulmón está implicado en la mayoría de los pacientes con acrometástasis (es el origen más frecuente de metástasis en mano con 40-47% de casos²), posiblemente debido a su capacidad de propagación a través de la vía sistémica. Hay una asociación entre el cáncer de células escamosas y el desarrollo de acrometástasis³. La mano derecha está mucho más implicada que su homóloga izquierda. Se han descrito metástasis en la falange distal de los pacientes con osteoartropatía pulmonar¹. Este hallazgo podría estar relacionado con el flujo local de sangre. Clínicamente se presentan con dolor local, eritema y edema que imitan una infección aguda o una fractura patológica⁴. A menudo, se confunden inicialmente con procesos benignos, como un panadizo, un traumatismo, artritis reumatoide, osteomielitis o gota. Los hallazgos radiológicos muestran, en casi todos los casos, las



Figura 1. Acrometástasis en dedo pulgar izquierdo.