

Bibliografía

1. Adams EP, Saucedo D, Oliver J, Cecalupo A. Isolated Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis in a 17-year-old Male. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2007;29:121-4.
2. Tazi A. Adult pulmonary Langerhans' cell histiocytosis. *Eur Respir J*. 2006;27:1272-85.
3. Alavi S, Ashena Z, Paydar A, Hemmati N. Langerhans cell histiocytosis manifesting as recurrent simultaneous bilateral spontaneous pneumothorax in early infancy. *Pediatrics International*. 2007;49:1020-2.
4. Aydin GB, Kibar E, Han Ü, Kale Y, Aslan A, Kose G. Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis in an Infant: Can Passive Smoking Accelerate the Disease Progress? *Pediatric Pulmonology*. 2007;42:565-7.
5. Nagy B, Soós G, Nagy K, Dezső B. Natural Course of Isolated Pulmonary Langerhans' Cell Histiocytosis in a Toddler. *Respiration*. 2008;75:215-20.
6. Leatherwood DL, Heitkamp DE, Emerson RE. Best Cases from the AFIP: Pulmonary Langerhans Cell Histiocytosis. *RadioGraphics*. 2007;27:265-8.

Catalina Márquez-Vega^{a,*}, Isabel Delgado-Pecellín^b y Gema Ramírez Villar^a

^a Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: catimarquez@gmail.com (C. Márquez-Vega).

doi:10.1016/j.arbres.2010.12.005

Cistoadenocarcinoma gigante mucinoso primario de pulmón: presentación de un caso y revisión de la literatura

Primary Pulmonary Mucinous Cystadenocarcinoma: Presentation of a Case and a Review of the Literature

Sr. Director:

Los tumores mucinosos pulmonares son una entidad infrecuente, siendo los malignos (cistoadenocarcinoma y mucoepidermoide), más frecuentes que los benignos (cistoadenoma o adenoma de glándula mucosa)², presentándose en pacientes de alrededor de 50 años, sin clara predilección de sexo². Sólo hay descritos 20 casos del subtipo cistoadenocarcinoma en la literatura.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años con EPOC moderado, fumadora de 30 paquetes-año. Tras tratamiento de lo que parecía ser una infección respiratoria, se observó en la tomografía computerizada (TC) de tórax una masa sólida en lóbulo superior derecho (LSD) de 3,6 cm de diámetro, con adenopatías ipsilaterales. Se realizó estudio mediante broncoscopia, biopsia y PET, sin resultados concluyentes. No se realizó tratamiento quirúrgico en este momento.

Desde entonces, no siguió revisiones médicas de ningún tipo permaneciendo asintomática. Seis años después se presenta con cuadro constitucional y síntomas de infección respiratoria. Se inicia nuevo estudio de la masa pulmonar mediante TC que mostraba ocupación completa del LSD persistiendo las adenopatías, con invasión mediastínica y derrame pleural (fig. 1). Se realizó PAAF que mostró abundante material mucinoso; dos broncoscopias evidenciaron estenosis completa del LSD cuyas biopsias bronquiales fueron informadas como mucosa bronquial no atípica con ligero aumento de las glándulas seromucosas, con BAL y cepillado negativo para malignidad. La biopsia con aguja gruesa de pulmón mostró tejido fibroso sin evidencia de tumor. El PET evidenció captación patológica periférica de la masa y de las adenopatías, sin afectación a otro nivel. Se realizó ecoendoscopia y mediastinoscopia, informándose como granulomas necrotizantes sin signos de malignidad. Ante la alta sospecha de neoplasia y la falta de confirmación diagnóstica, se procedió a toracotomía con toma de biopsias intraoperatorias hasta que se visualizó tejido tumoral suficiente para el diagnóstico, confirmando la irreseccabilidad de la masa. El diagnóstico definitivo fue de cistoadenocarcinoma mucinoso primario de pulmón. La paciente falleció seis meses después de haber recibido tratamiento quimioterápico.

El espectro de este tipo de neoplasias es amplio, habiéndose descrito con múltiples denominaciones^{1,2}. Quizá la clasificación más sencilla sea agruparlo según la OMS en tres entidades: cistoadenoma mucinoso (masa quística localizada, llena de moco y rodeada de pared de epitelio mucinoso columnar bien diferenciado), tumor quístico mucinoso con atipia (crecimiento invasivo del tejido subyacente con atipia significativa y marcada pseudoestratificación) y cistoadenocarcinoma mucinoso (adenocarcinoma quístico con abundante producción de moco que sigue un patrón similar al descrito en tumores de ovario, mama y páncreas)¹. En la mayoría de los casos son hallazgos incidentales sin clínica y sin compromiso de la función pulmonar³. Generalmente son de evolución lenta, aunque se han descrito casos de progresión, incluso con metástasis y recurrencias^{1,2}. La radiografía y la TC torácica son esenciales para el diagnóstico². Su confirmación se realiza mediante anatomía patológica⁵. El diagnóstico diferencial es amplio incluyendo quiste broncogénico, adenoma de glándula mucosa, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma mucinoso bronquioalveolar o metástasis de adenocarcinomas mucinosos. El tratamiento se basa en la resección completa del tumor. La radioterapia y quimioterapia parece que tienen un papel limitado en tumores no reseccables. El pronóstico en general es bueno^{4,5}, con una supervivencia aproximada del 75% a los 5 años y del 50% a los 10 años.



Figura 1. TC que mostraba ocupación completa del LSD persistiendo las adenopatías, con invasión mediastínica y derrame pleural.

Bibliografía

1. Gao ZH, Urbanski SJ. The spectrum of pulmonary mucinous cystic neoplasia: a clinicopathologic and immunohistochemical study of ten cases and review of literature. *Am J Clin Pathol.* 2005;124:62-70.
2. Haro Estarriol M, Baldó Padró X, Casas Tarrús M. Pulmonary mucinous tumor of low malignancy [letter]. *Arch Bronconeumol.* 2004;40:426-7.
3. Monaghan H, Salter DM, Ferguson T. Pulmonary mucinous cystic tumour of borderline malignancy: a rare variant of adenocarcinoma. *J Clin Pathol.* 2002;55:156.
4. Dixon AY, Moran JF, Wesselius LJ, McGregor DH. Pulmonary mucinous cystic tumor. Case report with review of the literature. *Am J Surg Pathol.* 1993;17:722-8.
5. Raza SA, Alexakis C, Creagh M, Lawrence DR, Wood M. Primary pulmonary mucinous cystadenocarcinoma presenting as a complex bronchocele: a case report. *J Med Case Reports.* 2009;3:8581.

María Sánchez-Carpintero Abad*, María Akiko Tamura Ezcurra y Juan Pablo de Torres Tajés

Departamentos de Neumología y Cirugía Torácica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msabad@unav.es (M. Sánchez-Carpintero Abad).

doi:10.1016/j.arbres.2010.12.006

Día mundial de la espirometría: experiencia en un centro hospitalario

World Spirometry Day: Experience in a Hospital Centre

Sr. Director:

El 14 de octubre del 2010 se celebró el primer "Día mundial de la espirometría", evento que fue promovido a nivel mundial por la *European Respiratory Society* (ERS) a través de su organismo de difusión la *European Lung Foundation* (ELF).

El objetivo de esta jornada fue el de dar a conocer entre el público general, los profesionales y las autoridades, la prueba diagnóstica más usada entre los neumólogos, "la espirometría". También, el de aumentar la conciencia sobre la importancia de las enfermedades pulmonares y las medidas preventivas para evitar su aparición y/o evolución.

Dentro de las sociedades neumológicas, la SEPAR-ALAT promovió la realización de espirometrías en los centros hospitalarios entre el público asistente.

Desde el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, queremos dar a conocer la experiencia que supuso dicho evento en nuestro centro. El día mencionado, de 9 a 14 horas, se realizaron espirometrías al público en general, según los procedimientos de la SEPAR¹. Se contó con 10 enfermeras/os técnicas/os en función pulmonar (dos por hora), un médico adjunto y un médico residente del servicio de Neumología. Se dispuso del siguiente material: dos espirometros (Datospir 600, Sibelmed, Barcelona, España), tallímetro, báscula, boquillas desechables, pañuelos y antisépticos de manos, así mismo se distribuyó material informativo sobre la espirometría² y los efectos nocivos del tabaco³ traducidos al español. Previa a la realización de la prueba se administró un cuestionario⁴ de 12 preguntas, propuesto por la ERS y la ELF y traducido al español, para obtener mayor información de las personas interesadas en realizar la prueba. Los médicos responsables informaron de las espirometrías y aquellas que resultaron alteradas fueron remitidas al médico de Atención Primaria con una carta en la que se informaba del grado de alteración. A todas las personas fumadoras se les dio consejo mínimo antitabaco, así como el material informativo del que se disponía³.

Se informó a los medios de comunicación del evento con la finalidad de que ayudaran a difundir el conocimiento de la espirometría entre la población general, así como de la importancia de la detección temprana y la prevención de algunas de las enfermedades pulmonares más prevalentes.

Se realizaron 75 espirometrías. La media (desviación estándar) de edad de los participantes fue de 56,3 (17,8) años y la del volumen espirado en el primer segundo (FEV₁) fue de 2,58 (0,92) L [88,3 (20,8)%], con un ligero predominio de mujeres 39 (52%). El porcentaje de fumadores o exfumadores fue del 49%. Se objetivó patología obstructiva (por tener la relación FEV₁/capacidad vital forzada inferior al 70%) en 20 de los sujetos participantes (27%), 6 de los cuales (30%) nunca se habían realizado una espirometría con anterioridad. De los 32 individuos fumadores activos 8 (25%) presentaron obstrucción al flujo aéreo. De todos los participantes, 29 (39%) manifestaron que se habían realizado la prueba con anterioridad y tan sólo 33 (44%) manifestaban conocer la prueba.

Este evento tuvo una muy buena participación y aceptación por parte de la población y permitió detectar algunos casos de alteraciones espirométricas desconocidos previamente.

El grado de conocimiento de esta prueba es todavía muy bajo entre la población general. Sería recomendable, pues, que se realizaran ediciones futuras de esta jornada para conseguir un mayor conocimiento y divulgación de la prueba, así como la posible detección de individuos con enfermedades respiratorias de forma precoz y poder, de esta manera, actuar con mayor contundencia sobre los factores de riesgo desencadenantes.

Bibliografía

1. P. Casan, F. Burgos, JA. Barberá, J. Giner. Manual SEPAR de procedimientos. Módulo 3. Procedimientos de evaluación de la función pulmonar. SEPAR 2002. p. 4-15.
2. Somking and the lungs. Paul Enright. Disponible en: <http://www.es.european-lungfoundation.org/index.php?id=16239#par36552>.
3. Testing your lungs: spirometry. Ricardo Polosa. Disponible en: <http://www.es.european-lung-foundation.org/index.php?id=16239#par36552>.
4. Disponible en: <http://www.es.european-lung-foundation.org/index.php?id=16239#par36558>.

Ingrid Solanes García*, Astrid Crespo Lessmann y Jordi Giner Donaire

Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isolanes@santpau.cat (I. Solanes García).

doi:10.1016/j.arbres.2010.11.008