

de lectura de la RCT, inicialmente normal para algunos pacientes. Al respecto se han descrito limitaciones tales como la alta variabilidad entre evaluadores y la infradetección en el diagnóstico de silicosis<sup>4</sup>. Por otro lado, la TACAR proporciona una información superior a la RCT, fundamentalmente en las etapas iniciales de la silicosis<sup>5</sup>, lo que se pudo corroborar con nuestra experiencia. La TACAR ha demostrado ser más sensible y específica en el diagnóstico de silicosis al detectar las primeras opacidades redondeadas subpleurales en lóbulos superiores o ganglios linfáticos mediastínicos, no visibles mediante RCT<sup>6</sup>. Estas ventajas de la TACAR no son irrelevantes, ya que la detección precoz de un trabajador expuesto permite una intervención más temprana sobre la adecuación del puesto de trabajo y la reducción de las posibilidades de progresión de la enfermedad.

Por los motivos anteriores, resulta impropio tildar como alarmista la publicación de esta serie de casos relacionada con una exposición prevenible y con graves consecuencias para la salud pública, únicamente por no ajustarse a un patrón diagnóstico, no ignorado, sino superado en las condiciones concretas de nuestra investigación clínica. Estamos convencidos de que nuestro estudio, y tanto las reflexiones suscitadas *a posteriori* como las hipótesis generadas tras los hallazgos iniciales, son éticamente correctos, no presentan conflictos de intereses y responden a las expectativas que la sociedad tiene sobre los científicos. En este sentido, uno de los fines de la publicación era promover sinergias con otros clínicos e investigadores interesados en profundizar tanto en el conocimiento de la enfermedad como en las múltiples intervenciones necesarias para reducir el impacto de esta nueva forma de silicosis de los «marmolistas»<sup>7</sup> en nuestro medio, algunas de las cuales ya se han puesto en práctica. Esperamos que estas aclaraciones adicionales sean útiles para avanzar en ambos sentidos.

## Bibliografía

- Martínez González C, Fernández Álvarez R, Pere Casan C. Algunas precisiones obligadas sobre la silicosis. Arch Bronconeumol. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.004>
- Pérez-Alonso A, Córdoba-Doña JA, García-Vadillo C. Silicosis: diferencias relevantes entre marmolistas y mineros. Arch Bronconeumol. 2015;51:53-54.
- Pérez-Alonso A, Córdoba-Doña JA, Millares-Lorenzo JL, Figueroa-Murillo E, García-Vadillo C, Romero-Morillo J. Outbreak of silicosis in Spanish quartz conglomerate workers. Int J Occup Environ Health. 2014;20:26-32.
- Lopes AJ, Mogami R, Capone D, Tessarollo B, de Melo PL, Jansen JM. High-resolution computed tomography in silicosis: Correlation with chest radiography and pulmonary function tests. J Bras Pneumol. 2008;34:264-72.
- Sun J, Weng D, Jin C, Yan B, Xu G, Jin B, et al. The value of high resolution computed tomography in the diagnostics of small opacities and complications of silicosis in mine machinery manufacturing workers, compared to radiography. J Occup Health. 2008;50:400-5.
- Delgado García DD. Silicosis: Controversy in detection. Med Segur Trab. 2014;60:4-8.
- Madera J, Carballo M, Freijo J, Menéndez P, Fernández EM, Fernández P. Plan de Control de Silicosis en las marmolerías: Buenas prácticas desarrolladas en la Asociación de Marmolistas de Asturias. Litos: La revista de la piedra natural. 2013;118:44-52.

Aránzazu Pérez-Alonso<sup>a,\*</sup>, Juan Antonio Córdoba-Doña<sup>b</sup> y Cristina García-Vadillo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

<sup>b</sup> Servicio de Salud Pública, Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social de Cádiz, Cádiz, España

<sup>c</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aran.21.3@hotmail.com](mailto:aran.21.3@hotmail.com) (A. Pérez-Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.014>

## Expectoración hemoptoica como primera manifestación de un cáncer renal bilateral



### Bloody Expectoration as First Manifestation of Bilateral Kidney Cancer

Sr. Director:

Las metástasis endobronquiales (MEB) son poco frecuentes y se han descrito en tumores de mama, colon, riñón y páncreas. Pueden no mostrar síntomas o manifestarse como tos, hemoptisis o disnea, y suelen diagnosticarse en el curso de la enfermedad inicial. Presentamos el caso de un triple tumor renal bilateral cuya primera manifestación fue la expectoración hemoptoica.

Varón de 76 años sin hábitos tóxicos, trabajador en minería de carbón. Como antecedentes destacan una pleuritis izquierda en su juventud, hipertensión arterial y diabetes; sin antecedentes familiares de interés. Remitido a neumología por expectoración de sangre roja desde hace días, precedida de tos en número 4-5/día. Sin fiebre, dolor torácico, disnea, síntomas extratorácicos, pérdida de peso ni hematuria. Exploración: buen estado general, con leve disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo sin adenopatías ni masas. En la analítica destaca glucosa = 125 mg/dl y microhematuria. Valores funcionales respiratorios normales. La Rx de tórax mostraba ateromatosis aórtica y paquipleuritis calcificada izquierda. La TC toraco-abdominal muestra una lesión nodular de 7 mm intraluminal en la porción inicial del bronquio principal derecho (BPD) y lesión expansiva heterogénea de 6,6 cm en polo renal derecho, y otra similar en el polo inferior de 3,7 cm. En el

polo superior del riñón izquierdo otra lesión de 2,6 cm. Se realizó fibrobroncoscopia encontrando 2 lesiones polipoideas vascularizadas, una en la cara anterior del BPD (fig. 1) y otra a la entrada del bronquio lobar inferior derecho. Las biopsias se informan como metástasis de carcinoma de células claras. Citologías de orina negativas para malignidad. Debido a la extensión de la enfermedad, no se plantearon medidas diagnósticas sobre las masas renales y se remitió a oncología para valorar tratamiento.

El cáncer renal (CR) representa el 3% de los tumores. El carcinoma de células renales es el subtipo más frecuente (85%). Suelen aparecer entre la sexta y séptima décadas, con preferencia en varones (2:1). Se manifiestan como hematuria (60%), dolor lumbar (40%) o masa (30-40%). Pueden asociar poliglobulia, hipercalcemia o síndrome de Sttauffer. Los CR bilaterales suponen el 0,4-6% de los casos, y pueden ser hereditarios (edades más tempranas) o esporádicos. Los últimos representan menos del 2% de los tumores sincrónicos bilaterales<sup>1</sup>. Entre el 25-30% de los CR presentan metástasis al diagnóstico y el pulmón es el segundo órgano más afectado (36%). Las metástasis endobronquiales, descritas en diferentes tumores extratorácicos, son poco frecuentes (2% en autopsias de pacientes que fallecen por tumores de órgano sólido)<sup>2</sup>. Su manifestación clínica no las diferencia de los tumores primitivos pulmonares (tos, hemoptisis, disnea o asintomáticos hasta el 60%)<sup>3</sup>. El intervalo medio hasta su diagnóstico suele ser de 41 meses<sup>4,5</sup>.

Este caso reúne varias condiciones poco habituales: la hemoptisis lleva al diagnóstico del tumor primitivo renal, que tiene la peculiaridad de presentarse como 3 tumores sincrónicos bilaterales. La TC torácica, con poca sensibilidad para detectar las



**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<sup>a,\*</sup>, M. del Mar Villanueva Gimeno<sup>a</sup>  
y Eva Vilar Bonacasa<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sección de Neumología, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mlmateol@salud.aragon.es](mailto: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 nasofaríngea<sup>1</sup>. 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; FEV<sub>1</sub> 4.100 ml, 93%; FEV<sub>1</sub>/FVC 94; TLC<sub>Os</sub> 82%; TLC<sub>O</sub>/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 1984<sup>2</sup> y desde entonces se han comunicado casos aislados<sup>3,4</sup>.

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 lipídico<sup>4</sup>. Estas cavidades corresponden a neumatoceles, que pueden tardar más de 2 meses en resolverse<sup>3</sup>.

El diagnóstico se basa en la demostración de los macrófagos con vacuolas lipídicas, tal como se observó en las muestras de esputo de nuestro paciente<sup>5</sup>.

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.