



Hemangioma esclerosante de pulmón: a propósito de un caso de rápido crecimiento

Sr. Director: El hemangioma esclerosante pulmonar (HEP) es un tumor benigno pulmonar poco común, descrito en 1956 por Liebow y Hubbell¹; presentándose en la radiografía de tórax como un nódulo pulmonar solitario (NPS), que no suele mostrar cambios con el tiempo². Aportamos un caso de HEP con rápido crecimiento, simulando el comportamiento de una neoplasia maligna.

Mujer de 65 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó en abril de 1995, por clínica de molestias inespecíficas en hemitórax derecho. La exploración física fue anódina. Hemograma y bioquímica normales. En la radiografía de tórax destacaba la presencia de un nódulo de contornos nítidos localizado en lóbulo medio, que se confirmó en la TAC torácica; en la que se objetivó un NPS muy bien definido con nivel de captación homogéneo y pequeñas calcificaciones periféricas en su interior, que medía 2,2 cm de diámetro, sin presentar distorsión de la vasculatura pulmonar, ni crecimientos adenopáticos significativos en el mediastino. Ante el diagnóstico de NPS con características de benignidad se consideró oportuno seguir la evolución periódica de la paciente. A los 2 meses y medio, se le realizó un control radiológico, objetivándose un crecimiento del NPS en sus diámetros de aproximadamente 1 cm, persistiendo los signos radiológicos de benignidad. Se realizó fibrobroncoscopia que fue normal, y la citología negativa para malignidad. Dado su rápido crecimiento, se procedió a la realización de toracotomía derecha con exéresis de dicho nódulo, siendo el informe anatomopatológico compatible con HEP.

El HEP es una neoplasia benigna poco común, con una apariencia histológica distintiva bien definida, describiéndose cuatro patrones histológicos, dependiendo del tipo celular predominante: sólido, hemorrágico, papilar y esclerótico.

Su histogénesis es controvertida, siendo considerado según los autores su origen vascular, mesotelial, mesenquimal y epitelial.

Clínicamente, el HEP predomina en mujeres, siendo la edad de presentación comprendida entre los 7 y 83 años³; la mayoría de los pacientes están asintomáticos en el momento del diagnóstico y se descubre incidentalmente en una radiografía de tórax de rutina. A veces se refiere dolor torácico o hemoptisis. Radiológicamente, el HEP es un nódulo o una masa bien definido y homogéneo sin una predilección clara por ningún lóbulo pulmonar, siendo la calcificación intratumoral infrecuente², (presente en la paciente), así como la cavitación. Ocasionalmente los nódulos son múltiples o incluso bilaterales.

El diagnóstico del HEP, en todas las series consultadas²⁻⁶, se hace por toracotomía con resección en cuña o lobectomía, que además es curativa, sin presentar recidiva tras su escisión en ningún caso; si bien en alguno individual se describieron metástasis regionales⁶, por lo que en estos pacientes hay que tener reservas en cuanto a su pronóstico que, por norma general, es excelente, dado el nulo² o

muy lento⁶ crecimiento presente en los casos a los que se les hizo seguimiento radiológico.

En conclusión, el HEP debería ser considerado ante el hallazgo de un nódulo solitario en la radiografía de tórax, especialmente cuando la historia clínica favorezca una neoplasia benigna, aunque presente crecimiento en poco tiempo.

M. Tumbeiro, P. Penela y A. González
Sección de Neumología. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Santa María Nai-Cabaleiro Goás. Orense.

- Liebow AA, Hubbell DS. Sclerosing hemangioma (histiocytoma, xanthoma) of the lung. *Cancer* 1956; 9: 53-75.
- Katzenstein A-L A, Gmelich JT, Carrington CB. Sclerosing hemangioma of the lung. A clinicopathologic study of 51 cases. *Am J Surg Pathol* 1980; 4: 343-356.
- David D, Hammar S. Sclerosing hemangioma. En: Dail D, Hammar S eds. *Pulmonary pathology*. Nueva York: Springer-Verlag, 1994; 1.317-1.329.
- Yousem SA, Wick MR, Singh G, Katyal SL, Manivel JC, Mills SE, Legier J. So-called sclerosing hemangiomas of lung. An immunohistochemical study supporting a respiratory epithelial origin. *Am J Surg Pathol* 1988; 12: 582-590.
- Chan K-W, Gibbs AR, Lo WS, Newman GR. Benign sclerosing pneumocytoma of lung (sclerosing haemangioma). *Thorax* 1982; 37: 404-412.
- Spencer H, Nambu S. Sclerosing haemangiomas of the lung. *Histopathology* 1986; 10: 477-487.

Insuficiencia hepática fulminante secundaria a un adenocarcinoma pulmonar metastásico

Sr. Director: El tipo de histología y la estadificación son los dos factores pronósticos más importantes en el cáncer de pulmón, de forma que la presencia de lesiones metastásicas confirma su irresecabilidad¹. La afecta-

ción hepática es un signo de mal pronóstico y suele ser asintomática, asociada a una hepatomegalia dura, nodular y dolorosa, ictericia o elevación de las transaminasas, y puede prácticamente confirmarse con la ecografía o la TAC^{1,2}. Otras formas de presentación son poco conocidas y, así, describimos un caso de insuficiencia hepática fulminante secundaria a un adenocarcinoma pulmonar metastásico.

Varón de 62 años de edad, fumador de 20 cigarrillos/día con criterios clínicos de bronquitis crónica y sin antecedentes de enolismo o hepatopatía. Un mes antes de su ingreso refería un cuadro catarral persistente con escasa expectoración hemoptoica y pérdida de peso. Presentaba un mal estado general, una hepatomegalia dura, homogénea y dolorosa y sibilantes a la auscultación respiratoria. La radiografía de tórax demostraba un aumento de densidad paracardíaco izquierdo con pérdida de volumen. El PPD y tres baciloscopias de esputo fueron negativas. La gasometría arterial basal: pH 7,46, pO₂ 62,4 mmHg, pCO₂ 31,8 mmHg, HCO₃ 22,5 mmol/l y saturación de O₂ 91%. La broncoscopia objetivó una mucosa bronquial de aspecto infiltrativo en la entrada del lóbulo superior izquierdo, con biopsias compatibles con un adenocarcinoma. En la tabla I se muestran los principales hallazgos analíticos. Los valores de PSA y alfa-fetoproteína eran normales, el CEA 15,4 ng/ml (normal: 0-10). Una primera ecografía demostró una hepatomegalia homogénea y una próstata de aspecto normal. A los 6 días de su ingreso, el paciente presentó un dolor intenso, progresivo y sin peritonismo en hipocostrio derecho. La radiografía abdominal fue normal y una nueva ecografía era similar a la previa, sin signos de afectación portal o suprahepática, y una ligera ascitis. En la tabla I se muestran las alteraciones analíticas evolutivas del paciente. Las serologías de las hepatitis B y C, y del VIH fueron negativas. El empeoramiento fue progresivo hasta su fallecimiento el día 8 de su ingreso. Se realizó una laparotomía exploradora necrósica extrayendo 500 ml de líquido ascítico con citología y cultivos negativos, y se observó un hígado macroscópicamente agrandado, ho-

TABLA I
Hallazgos analíticos en el primer, sexto y octavo o últimos días del ingreso

	Día 1	Día 6	Día 8
Urea (mg/dl)	37	87	109
Creatinina (mg/dl)	1	1,1	1,7
Bilirrubina total (mg/dl)	0,8	2,8*	7,5**
GOT/AST (U/l)	128	553	936
GPT/ALT (U/l)	134	542	824
LDH (U/l)	1.021	2.405	4.410
Fosfatasa alcalina (U/l)	460	582	713
GGT (U/l)	218	410	511
Leucocitos (× 10 ³ /μl)	14	28	34
Actividad de protrombina (%)	74	43	39
Tiempo parcial tromboplastina (s)	25	24	22,5
Fibrinógeno (mg/dl)	291	107	125
Plaquetas (× 10 ³ /μl)	150	62	19
Hematócrito (%)	38	46	45

*Directa 1,6 mg/dl e indirecta 1,2 mg/dl. **Directa 5,8 mg/dl e indirecta 1,8 mg/dl.