



El primer caso de afectación pulmonar de la enfermedad de Waldenstrom, fue descrito en 1956 por Noach⁴. Su frecuencia en las distintas series oscila del 0-3 %⁵. Los hallazgos radiológicos más frecuentes son infiltrados reticulonodulares difusos de predominio basal. El derrame pleural, si existe, suele ser unilateral. La tendencia de las alteraciones radiológicas es a progresar lentamente.

En nuestro caso, la afectación pulmonar fue progresiva y su diagnóstico se realizó inicialmente mediante lavado broncoalveolar.

Queremos destacar la importancia del lavado broncoalveolar en el estudio de la MGW. Pensamos que, con una mayor utilización de esta técnica, el número de casos con afectación pulmonar detectados podría ser mayor y su frecuencia quizás sería más alta de lo que se pensaba hasta ahora.

E. Chacón, S. Bello y M. Vila

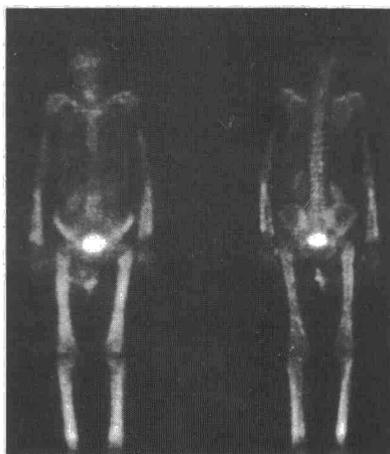
Servicio de Neumología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

1. Domingo-Albós A, Brunet S, Puig Zuza J. Macroglobulinemia de Waldenstrom. Revisión de 21 casos. *Biol Clin Hematol* 1981; 3:123-132.
2. Bergsagel DE. Macroglobulinemia. En: *Hematology*, Eds. W.S. Williams, E. Beutler, y RW Rundles. Nueva York, McGraw-Hill. 1973; 106.
3. Fraser RG, Paré JAP. En: *Diagnóstico de las enfermedades del tórax*. Barcelona, Salvat eds. 1973; 1.075.
4. Noach AS. Pulmonary involvement in Waldenstrom's macroglobulinemia. *Nederl T Geneesk* 1956; 100:3.881.
5. Winterbauer RH et al. Pleuropulmonary manifestations of Waldenstrom's macroglobulinemia. *Chest* 1974; 66:368.

Osteoartropatía hipertrófica generalizada como primera manifestación de neoplasia pulmonar

Sr. Director: La osteoartropatía hipertrófica puede ser definida como un síndrome de periostitis proliferativa crónica de los huesos largos acompañado frecuentemente de hipercalcemia digital en manos y pies, oligo o polisinovitis y manifestaciones neurovegetativas en las extremidades¹. Existe una forma primaria muy poco común de inicio en la adolescencia² y una forma secundaria que se presenta asociada en la mayoría de los casos a neoplasias pulmonares, apareciendo en un 3-5 % de las mismas, siendo el carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma los tumores más frecuentemente encontrados^{3,4}. Si bien los síntomas y signos clínicos de osteoartropatía hipertrófica pueden preceder hasta en 1/3 de los casos a cualquier síntoma pulmonar de neoplasia⁵, su aparición un año antes del diagnóstico del tumor, como en el caso que presentamos, es excepcional.

Caso clínico: Varón de 70 años, con antecedentes personales de adenoma prostático intervenido a los 60 años y tabaquismo. Desde hacía un año venía presentando edemas en extremidades inferiores hasta región in-



Rastreo óseo con difosfonato de Tc99m: Hiper captación difusa y simétrica en diáfisis de huesos largos de las 4 extremidades.

guinal, acompañados de dolor en piernas que se aliviaba con la elevación de las mismas. El cuadro fue catalogado como insuficiencia venosa y tratado como tal sin encontrar mejoría. Cuatro meses antes de su ingreso en nuestro centro comenzó con astenia importante, pérdida de peso, discreto dolorimiento en costado derecho sin características pleurales y disnea de medianos esfuerzos.

En la exploración física inicial se confirmó la existencia en ambas extremidades inferiores de un edema firme con poca fovea, llamando la atención el aspecto ensanchado de las cuatro extremidades sobre todo a nivel distal, con hipercalcemia digital manifiesto. A la auscultación se escuchaban algunos estereotipos en base pulmonar derecha.

En la analítica de sangre destacaba: Hto 31 %, Hb 10,8 g/dl, 8.600 leucocitos con fórmula normal, 424.000 plaquetas, VSG de 64 mm en la primera hora y FA 636 U/l. Estudio hormonal con PTH, calcitonina y GHG dentro de límites normales. Se realizaron Rx de tórax, en las que aparece una imagen de masa en base derecha de unos 6 cm de diámetro cercana a zona diafragmática. La ecografía abdominal fue normal. En el rastreo óseo con difosfonato de Tc99m (fig. 1) se aprecia un aumento de captación de forma difusa y simétrica en diáfisis de huesos largos de las 4 extremidades y en la serie ósea un engrosamiento periosteal en vaina con doble contorno óseo a lo largo de diáfisis y metafisis, afectando simétricamente a fémures, tibias, peronés, húmeros, cúbitos, radios, metacarpianos, metatarsianos y falanges proximales.

El diagnóstico anatomopatológico de la masa pulmonar realizado por punción aspirativa transparietal fue de adenocarcinoma. Se practicó broncoscopia, visualizándose compresiones en el 1/3 inferior de la tráquea en su lado derecho por adenopatías paratraqueales derechas. Dada la edad del paciente, el importante tamaño de la masa, la presencia de adenopatías paratraqueales derechas y la comprobación de unas malas pruebas funcionales respiratorias, se desestimó la intervención. Tampoco se indicó radioterapia ni quimioterapia dada la baja sensibilidad del adenocarcinoma a estas terapéuticas, dando-

se al paciente el alta con tratamiento sintomático.

Comentarios: Llama la atención en este caso la gran extensión de las lesiones propias de la osteoartropatía hipertrófica, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, semejando una forma primaria de la enfermedad. Esta mayor extensión podría estar relacionada con la larga evolución antes del diagnóstico del tumor, apoyando la hipótesis de que las diferencias encontradas entre las formas primaria y secundaria dependen únicamente de la duración del proceso⁶.

El cuadro clínico puede inicialmente sugerir una neuritis periférica, una tromboflebitis (como en el caso que presentamos) o incluso una artritis reumatoide en las formas con polisinovitis, perdiéndose un tiempo precioso en el diagnóstico del tumor asociado si no se piensa en esta entidad y no se realiza una Rx de tórax.

F. Alonso Casas, M. Vila Justríbó* y C. Gonzalo Hernández

Departamento de Medicina Interna y *Sección de Neumología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

1. Altman RD, Tenenbaum J. Hypertrophic osteoarthropathy. En: Keley WN, Ed. *Textbook of Rheumatology*. Vol II. Philadelphia, WB Saunders Co, 1985; 1.594-1.603.
2. Peña-Sarnago JM, Martínez Alvarez A, Sáez Garmendia F, López Ruiz JA, Marco Cacho A, Rodríguez Arzadum JA, Acha Arrieta MV. Osteoartropatía hipertrófica primaria (paquidermoperiostosis). Presentación de un nuevo caso. *Gac Med Bilbao*. 1984; 81:635-639.
3. Segal AM, Mackenzie AH. Hypertrophic osteoarthropathy: a 10-year retrospective analysis. *Semin Arthritis Rheum* 1982; 12:220-232.
4. Calabro JJ. Cancer and arthritis. *Arthritis Rheum* 1967; 10:553-567.
5. Anderson G. Paramalignant syndromes in lung cancer. London, William Heinemann Medical Books LTD 1973; 66-75.
6. Pineda CJ et al. Periostitis in hypertrophic osteoarthropathy: Relationship to disease duration. *AJR* 1987; 148:773-778.

Bronquio traqueal derecho

Sr. Director: El bronquio traqueal (BT) es, dentro de su rareza, una de las variantes anatómicas más frecuentes del árbol traqueo-bronquial en el ser humano¹, siendo normal en ciertos primates y en suidos —concretamente en cerdos²— llegándose a describir incluso la teoría que atribuye su presencia en el hombre a un retroceso en la escala filogenética³, además de las teorías que hablan de factores genotípicos en unos casos y fenotípicos en otros.

El BT se origina casi siempre en la cara derecha de la tráquea y generalmente en su porción postero-lateral, a una distancia entre 1 y 2 cm de la carina, siendo el hallazgo de un bronquio traqueal izquierdo algo absolutamente excepcional⁴, aunque existe el mal llamado bronquio traqueal izquierdo que es un bronquio ectópico que nace del bronquio principal izquierdo⁵. Es conveniente distin-