



3. Broaddus C, Dake MD, Stulberg MS et al. Bronchoalveolar lavage and transbronchial biopsy for the diagnosis of pulmonary infections in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985; 102:747-752.

4. Singer C, Armstrong D, Rosen PP, Walzer PD, Yu B. Diffuse pulmonary infiltrates in immunosuppressed patients: prospective study of 80 cases. *Am J Med* 1979; 66:110-120.

5. Greenman RL, Goodall PT, King D. Lung biopsy in the immunocompromised host. *Am J Med* 1975; 59:488-49.

6. Haverkos HW, Dowling JN, Pasculle AW et al. Diagnosis of pneumonitis in immunocompromised patients by open lung biopsy. *Cancer* 1983; 52:1.093-1.097.

7. Costabel U, Bross KJ, Matthys H. Diagnosis by bronchoalveolar lavage of cause of pulmonary of pulmonary infiltrates in haematological malignancies. *Br Med J* 1985; 290:1.041.

8. Weinberger S, Kelman JA, Elson NA et al. Bronchoalveolar lavage in interstitial lung disease. *Ann Intern Med* 1978; 89:459-466.

9. Williams D, Yungbluth M, Adams G, Glassroth J. The role of fiberoptic bronchoscopy in the evaluation of immunocompromised host with diffuse pulmonary infiltrates. *Am Rev Respir Dis* 1985; 131:880-885.

10. Xaubet A, Torres A, Ramírez J et al. Pulmonary infiltrates in immunocompromised patients: diagnosis by cytological examination of bronchoalveolar lavage fluid (abstract). *Am Rev Respir Dis* 1986; 33:183A.

Lipoma pleural. Estudio con tomografía computarizada

Sr. Director: Los lipomas intratorácicos son tumores muy poco frecuentes que se han clasificado en cinco grupos¹: endobronquiales, parenquimatosos, pleurales, mediastínicos y cardíacos. Los lipomas de localización pleural pueden originarse en el tejido conectivo de la pleura, tanto de la visceral como de la parietal, o bien de la grasa de la pared torácica; su origen, por tanto, puede ser pleural o extrapleural, pero ello no puede determinarse radiológicamente². Recientemente hemos estudiado un caso de lipoma pleural; el valor que la tomografía axial computarizada (TAC) tiene, en la actualidad, en el estudio de estas lesiones, nos ha movido a comunicar este caso.

Varón de 24 años de edad, asintomático, al cual se realizó un estudio radiológico de tórax para un reconocimiento de empresa. En la radiografía posteroanterior de tórax (fig. 1) se apreciaba una masa de características extrapulmonares en vértice derecho, no había calcificaciones visibles en su interior ni se demostró lesión costal acompañante. La exploración física, así como los análisis rutinarios de sangre y orina no demostraron alteraciones. Se realizó una TAC (fig. 2) en la que se visualizaba una masa homogénea, bien encapsulada, apical derecha, cuyo valor medio de atenuación era de -77 UH. El paciente aportó una radiografía de tórax realizada tres años antes, en la cual se observaba la misma lesión con idénticas características.

Los lipomas pleurales son tumores infrecuentes, benignos, de crecimiento muy lento, que pueden permanecer asintomáticos durante mucho tiempo, los síntomas, cuando aparecen, están en relación con estructuras comprimidas. En la radiografía de tórax aparecen como lesiones extrapulmonares, la destrucción ósea es rara debido a que se trata de tumores muy blandos y deformables, por lo que una masa de estas características sin lesión costal debe hacer sospechar este tipo de tumor. Se ha descrito el aspecto en «reloj de arena» como muy típico de los lipomas. La localización más frecuente es en el tercio superior de ambos hemitórax³, en especial, entre la cuarta y octava costillas, en donde la grasa extrapleural es más abundante². Una lesión extrapulmonar, tal y como se observa en este caso, plantea, desde el punto

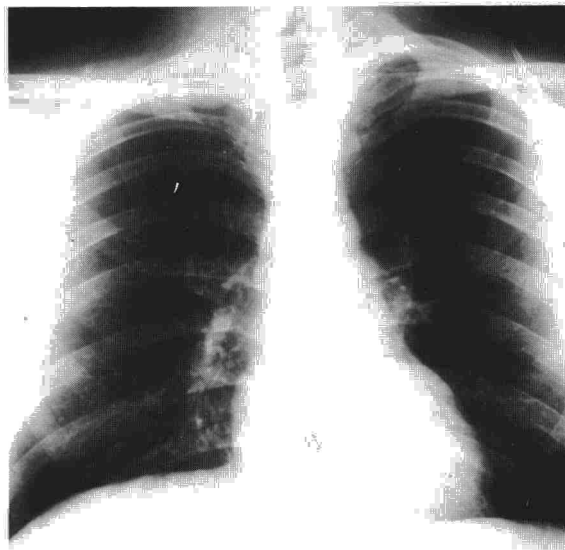


Fig. 1. Radiografía de tórax. Se observa una masa extrapulmonar apical derecha.

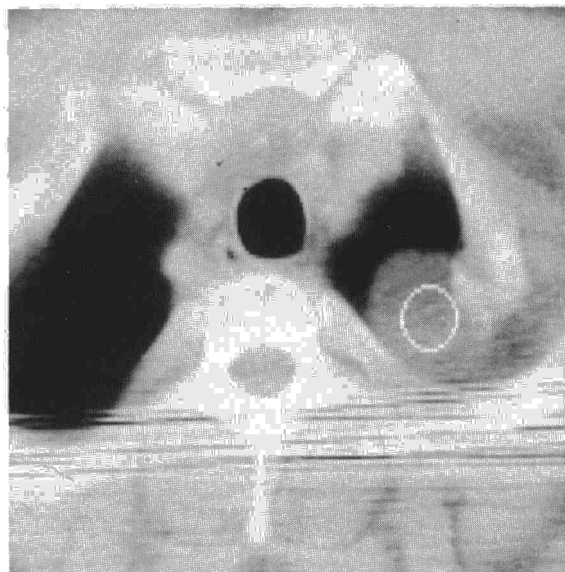
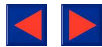


Fig. 2. TAC. Masa homogénea apical derecha.

de vista radiológico, múltiples posibilidades diagnósticas⁴: carcinoma pulmonar, mesotelioma benigno o maligno, metástasis, lesión costal o de pared torácica, etc. Estas lesiones, no hace mucho tiempo, precisaban de la cirugía para llegar a un diagnóstico definitivo. En la actualidad, la TAC es un método de extremada utilidad en el estudio de estos casos. Una masa homogénea, bien encapsulada, con valores de atenuación entre -50 y 150 UH cumple criterios suficientes para ser considerada un lipoma⁵. En estos casos puede evitarse la cirugía. La ausencia de crecimiento de la tumoración en tres años, tal y como sucede en nuestro caso, apoya la benignidad del proceso. En caso de masas con aspecto inhomogéneo en la TAC se recomienda biopsia o resección⁵.

P. Caballero, A.G. Robledo y B. Ibarrola
Centro de Salud Pozuelo de Alarcón. Madrid.
S. de Radiodiagnóstico. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.



BIBLIOGRAFIA

1. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, DeCock D, Stengel BF, Choi H. Intrathoracic lipomas. Report of three cases and review of the literature with emphasis on endobronchial lipoma. *J Thor Cardiovasc Surg* 1979; 77:550-556.
2. Vix VA. Extrapleural costal fat. *Radiology* 1974; 112:563-565.
3. Ellis K, Wolff M. Mesotheliomas and secondary tumors of the pleura. *Semin Roentgenol* 1977; 12:303-311.
4. Reeder MM. Pleural-based lesion arising from lung, pleura or chest wall. *Semin Roentgenol* 1977; 12:261.
5. Epler GR, McLoud TC, Munn CS, Colby TV. Pleural lipoma. *Chest* 1986; 90:265-269.

Derrame pleural recidivante como manifestación única y precoz de un linfoma intestinal

Sr. Director: Los derrames pleurales que no se acompañan de lesiones pulmonares ni mediastínicas suponen un reto diagnóstico para el clínico, de forma que hasta un 20 % no llegan a ser filiados¹, adquiriendo la vaga denominación de pleuritis idiopática.

La asociación linfoma-derrame pleural, si bien es relativamente frecuente en los estadios avanzados de la enfermedad (por afectación pleural directa o por adenopatías mediastínicas que bloquean el drenaje linfático), no es habitual que el derrame sea el dato más precoz y aislado del proceso. Precisamente esto fue lo que ocurrió en el paciente que presentamos, diagnosticado durante ocho meses de pleuritis idiopática.

Se trata de un varón de 42 años que, ocho días antes de su primer ingreso, comenzó con dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas, tos con expectoración mucosa escasa y disnea progresiva, sin fiebre. No tenía hábitos tóxicos ni historia de exposición al asbesto.

En la exploración física a su ingreso, destacaba una discreta obesidad armónica y una auscultación patológica en hemitórax derecho, con abolición del murmullo vesicular, disminución de la transmisión vocal y percusión mate en los dos tercios inferiores de dicho hemitórax. El resto de la exploración por órganos y aparatos fue normal. La analítica estándar, salvo una leucocitosis de 15.000 elementos (78 S; 20 L; 2 M), no mostró alteraciones. PPD, baciloscopias, cultivos y citologías de esputo fueron negativos. Rx tórax: derrame pleural derecho masivo.

Se realizó toracocentesis obteniéndose 3.000 cc de un líquido amarillento espumoso cuyo análisis ofreció los siguientes resultados: hemáties 18.000/mm; leucocitos: 1.280 (P: 56 %; M: 44 %), glucosa: 110 mg/dl; LDH: 231 U/l; proteínas totales: 4,1 g/dl. Los cultivos y baciloscopias fueron negativos y la citología se informó como inflamatoria inespecífica sin células neoplásicas. La biopsia pleural, efectuada con aguja de Abrams mostró una pleura ligeramente engrosada con una infiltración linfocitaria discreta, informándose como pleuritis crónica inespecífica.

El paciente salió del hospital asintomático, reingresando un mes más tarde con idéntica clínica y radiología que motivaron el primer ingreso. Los resultados biológicos generales y del líquido pleural fueron superponibles a los ya descritos, por lo que se realiza una toracoscopia en la que se aprecia un pulmón de aspecto normal, estando la pleura ligeramente enrojecida. Las biopsias tomadas correspondían a una pleura con inflamación crónica inespecífica. En esta situación comenzó a recibir esteroides a bajas dosis, precisando toracocentesis cada dos meses, con similares resultados analíticos a los ya comentados.



Fig. 1. TAC: Masa a nivel de fosa iliaca derecha que engloba y estenosa un asa de íleon rellena de contraste.

A los 8 meses del debut del cuadro, el paciente ingresa con clínica sugestiva de obstrucción intestinal. En el tránsito intestinal se apreciaba un íleon infiltrado. En la TAC (fig. 1) se visualizó una masa en fosa iliaca derecha que englobaba un asa de íleon terminal, estenosándola. El estudio histológico de las biopsias tomadas en la laparotomía fue compatible con un linfoma difuso linfocítico, con diferenciación plasmoblástica. Se instauró quimioterapia tipo COP permaneciendo en remisión completa 30 meses. Al cabo de este tiempo presentó una recidiva local, sin derrame pleural, respondiendo favorablemente de nuevo a la quimioterapia instaurada.

Los derrames pleurales tienen para algunos autores una prevalencia del 4 %², siendo las causas desencadenantes más frecuentes en nuestro medio las infecciones y las neoplasias³. Entre éstas, hay que tener en cuenta al linfoma.

Se admite que la frecuencia de afectación extraganglionar es mayor en los linfomas no Hodgkin (LNH) que en la enfermedad de Hodgkin⁴, siendo el tracto gastrointestinal el lugar más común de presentación extranodal⁵, aproximadamente un 10 % de todos los linfomas. Esta afectación intestinal no siempre resulta evidente y permanece oculta hasta en el 46 % de los casos, detectándose en la autopsia⁶. Dentro de las manifestaciones extraganglionares, la afectación torácica es más frecuente en la enfermedad de Hodgkin que en los LNH⁷.

El derrame pleural en los LNH⁷ es preferentemente unilateral y su incidencia varía, según las series, entre el 5,8 % y el 26 % de los pacientes⁸. Con relativa frecuencia, este derrame se presenta como manifestación única⁴, esto es, sin adenopatías ni lesiones parenquimatosas asociadas. Estos pacientes plantean problemas diagnósticos, incluso tras toracotomía y estudio de la cavidad pleural⁹. Esto fue lo ocurrido con nuestro paciente, demorándose 8 meses el conocimiento de la verdadera enfermedad causante de su «pleuritis idiopática». Teniendo en cuenta el papel etiológico de los linfomas en este tipo de derrames y la frecuencia de su localización primaria en el tubo digestivo, propugnamos la realización de TAC abdominal en todo paciente con derrame pleural no filiado con exactitud, pues esta exploración permite la detección, tanto de adenopatías, como de afectación visceral¹⁰.

J.M. Murie Carrillo de Albornoz,
J. Sánchez Alvarez, F.J. Oyarzábal Irigoyen,
C. de Miguel Medina y F.J. Domínguez del Valle
Servicios de Medicina Interna,
Hematología y Anatomía Patológica.
Hospital del INSALUD Virgen del Camino.
Pamplona.