

No todo lo que silba es asma

Silvia Colmenero-Zubiate,* Carlos Ibarra-Pérez,** Javier Kelly-García,**
Ricardo Sánchez-Martínez*

Paciente femenino de 57 años con hipertensión arterial sistémica leve tratada con propranolol y luego con lisinopril. Nefrectomía derecha efectuada en 1992 por adenocarcinoma renal. En noviembre de 1995 inició broncoespasmo pertinaz con exacerbaciones en las que aparecían disnea, aleteo nasal, poltiro y cianosis. Ameritó tratamiento con metilxantinas, beta 2 agonistas y corticoesteroides en grandes dosis, con inducción de Síndrome de Cushing e hiperglucemia, pero sin control satisfactorio del broncoespasmo. Por anomalía en la radiografía de tórax (Figura 1) se envió a nuestro servicio, en donde se practicaron tomografía axial computada del tórax (Figura 2) y fibrobroncoscopia (Figura 3).

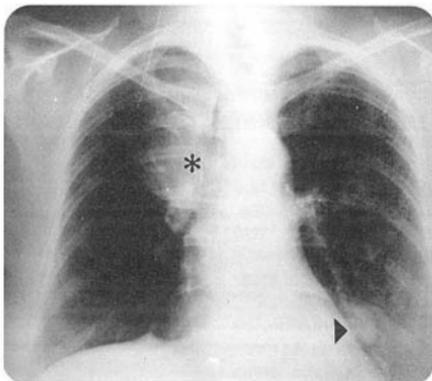


Figura 1. Telerradiografía posteroanterior de tórax. Hay disminución volumétrica y opacidad del lóbulo superior derecho (asterisco) por atelectasia; también hay un nódulo paracardiaco izquierdo de aproximadamente 2.5 cm de diámetro (cabeza de flecha)

* Departamento de Inhaloterapia

** Departamento de Cirugía de Tórax

Todos los autores están adscritos al Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Departamento de Cirugía Tórax, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Av. Cuauhtémoc Núm. 330, Doctores 06725, México, D.F.

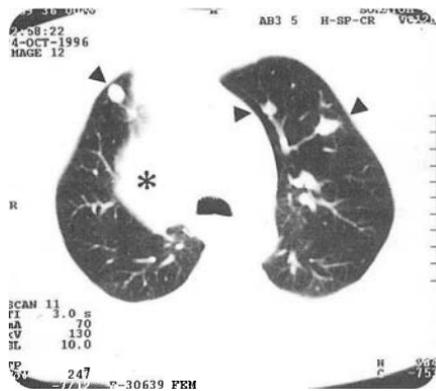


Figura 2. Corte de tomografía axial computada inmediatamente por arriba de la carina traqueal. se observan opacidades paramediastinales derechas correspondientes a atelectasias del lóbulo superior derecho (asterisco) y 3 nódulos de 0.8 a 1.5 de diámetro en el parénquima de ambos pulmones (cabezas de flecha). El corte es a la altura de la tráquea por lo que no se observa el nódulo paracardiaco izquierdo.

Diagnóstico

Metástasis de adenocarcinoma renal al parénquima de ambos pulmones y al bronquio del lóbulo superior derecho.

La enferma recibió quimioterapia; la atelectasia del lóbulo superior derecho cedió parcialmente y fue posible disminuir las dosis de beta 2 agonistas, metilxantinas y corticosteroides. No se consideró necesario dar tratamiento local con radiaciones o Láser, debido a la respuesta satisfactoria al tratamiento sistémico.

Las causas de broncoespasmo son numerosas e incluyen a diversos tipos de lesiones de las grandes vías aéreas, de la laringe hacia abajo, como lesiones inflamatorias y tumores primarios o secundarios de la tráquea y los bronquios: puede haber metástasis endobronquiales en el 2 al 5% de los enfermos con tumores extratorácicos sólidos.

Las neoplasias malignas que con mayor frecuencia producen metástasis intrabronquiales, pueden producir colapso pulmonar o atrapamiento de

aire y tienen potencial para inducir broncoespasmo son las de mama, colon, riñón, ovario, tiroides, esófago, endometrio, melanomas, leiomiomas, neuroblastomas y tumores germinales. Además, se pueden manifestar por tos persistente, hemoptisis o episodios de asfixia por obstrucción de bronquios gruesos o de la tráquea.^{2,5}



Figura 3. Imagen de la fibrobroncoscopia, vista desde el nacimiento del bronquio principal derecho. Hay una masa pediculada que proviene del segmento apical y que se mueve libremente hacia arriba y hacia abajo hasta el bronquio lobar al que obstruye hasta en un 80%; se tomó biopsia del tumor; resto del árbol traqueobronquial, sin anomalía.

Referencias

1. Sahn SA, Heffner JE. *Pulmonary Pearls*. CV Mosby Co, 1988:81-82.
2. Temesck BK, Pass HI. Chapter 44: intrathoracic Metastases. In: *Comprehensive Textbook of Thoracic Oncology*. Aisner J, Arriagada R, Green MR, Martini N, Perry MC (Editors). Baltimore: Williams & Wilkins, 1996:906-921.
3. Holmes EC. Chapter 31: Pulmonary Metastases. In: *Thoracic Surgery* Pearson FG, Desai RS, J Ginsberg RJ, Hebert C, McKneally MF, Urschel HC (Editors) New York: Churchill Livingstone; 1995:827-834.
4. Prakash UBS, Cavaliere S. Chapter 32: Atlas of Bronchoscopy. In: *Bronchoscopy*. Pranas UBS. New York: Raven Press. 1994:502-512.
5. Cavaliere S, Venuta F, Foccoli P, Toninelli C, La Face B. Endoscopic Treatment of Malignant Airway Obstructions in 2,008 Patients. *Chest* 1996;110:1536-1542.