

afectación lumbar puede ser la primera y única manifestación de esta enfermedad (2,3). En un análisis retrospectivo de 280 casos de endocarditis bacteriana y 150 casos de osteomielitis vertebral, Ninet y cols. encontraron 14 pacientes en los que se daba esta asociación, 6 de los cuales presentaban infección por *S. viridans* (4). Para confirmar el diagnóstico pueden emplearse diferentes técnicas de imagen (Rx, RMN, TAC), pero en muchos casos la gammagrafía con Galio-67 puede resultar positiva antes de que los estudios radiológicos pongan de manifiesto la afectación vertebral, como ocurrió en el paciente que presentamos. Además, los estudios isotópicos pueden dar información sobre la extensión de la infección a los tejidos adyacentes (5). En un importante porcentaje de casos, una pobre expresividad clínica, la normalidad radiológica en fases iniciales y el bajo índice de sospecha clínica hacen que el diagnóstico de espondilodiscitis se retrase considerablemente (6).

M. Rodríguez Esteban, M. Ramos, E. Soriano Vela, A. Álvarez Calero

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

1. Sarriá C, Vilacosta I, San Román JA. Manifestaciones clínicas de la endocarditis infecciosa. En: Sarriá C, Vilacosta I, San Román JA. Endocarditis Infecciosa. Barcelona: Prous Science, 2002; p. 57-77.
2. Kerr K. Low back pain as the only presenting symptom in Streptococcus sanguis endocarditis. Rev Infect Dis 1989; 11: 836-837.
3. Guilarte M, Alegre J, Pérez Vega C, Recio J, Fernández T. Espondilodiscitis lumbosacra como primera manifestación de una endocarditis bacteriana subaguda por Streptococcus sanguis tipo II. Enferm Infecc Microbiol Clin 2000; 18: 91
4. Ninet J, Gayet JL, Etienne J, Bonvoisin B, Vignon E, Berthou JD, et al. Bacterial endocarditis presenting as acute vertebral osteomyelitis: 14 cases. Eur Heart J 1984; 5 (Supl. C): 101-105
5. Lisbona R, Derbekyan V, Novales-Diaz J, Veksler A. Gallium-67 scintigraphy in tuberculous and nontuberculous infectious spondylitis. J Nucl Med. 1993; 34 (5): 853-859.
6. Carrasco I, Martínez S. Lumbalgia y afección del estado general en un varón de 79 años. Med Clin (Barc) 1994; 102: 427-433.

Paciente con esclerosis tuberosa y angiomiolipomas renales bilaterales gigantes

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de E. Álvarez y cols. titulado: *Angiomiolipomatosis renal y esclerosis tuberosa*, donde sus autores presentan un caso de una paciente con esclerosis tuberosa y hematoma retroperitoneal secundario a sangrado de angiomiolipoma renal izquierdo, nos gustaría presentar un nuevo caso, resaltando la importancia de diagnosticar precozmente estas malformaciones tumorales en los pacientes con esclerosis tuberosa e incidir en el valor de una prueba diagnóstica incruenta y muy accesible hoy en día como es la ecografía abdominal.

Presentamos el caso de una mujer de 19 años diagnosticada de esclerosis tuberosa a los 2 años de edad, en tratamiento con antiepilépticos por epilepsia secundaria y que presenta angiofibromas de predominio centofacial. Entre sus antecedentes también destaca un neumotórax espontáneo derecho a los 14 años. Acude a consulta por dolor en hemiabdomen superior y náuseas tras la comida. Se realiza una endoscopia digestiva alta que es normal y

una ecografía abdominal apreciándose en esta, un hígado normal, vesícula con pequeño colesteroloma y barro biliar, bazo y área pancreática sin alteraciones. Ambos riñones están aumentados de tamaño, presentando deformidad completa de su contorno y múltiples lesiones parenquimatosas y en médula, de ecogenicidad mixta y de aspecto pseudotumoral con un tamaño de 13 x 6 cm en el derecho y 16 x 7 cm en el izquierdo (Fig. 1). Con la sospecha de angiomiolipomas renales bilaterales, se realiza TAC abdominal con contraste, que muestra las lesiones anteriores y confirma el diagnóstico ecográfico. Analíticamente la paciente presentaba una insuficiencia renal moderada (creatinina 2,1 mg/dl) y anemia (hemoglobina de 10,1 g/dl y hematocrito del 23%). Considerando la naturaleza benigna de las lesiones se decidió realizar seguimiento ecográfico de las mismas cada seis meses y tratamiento sintomático.



Fig. 1. En la ecografía abdominal apreciamos una masa de aspecto pseudotumoral con diferentes ecogenicidades en riñón izquierdo.

El síndrome de Bourneville o esclerosis tuberosa es una patología poco frecuente que se caracteriza por la triada clásica de retraso mental, epilepsia y adenomas sebáceos con distribución característica en alas de mariposa en nariz, frente y mejillas. Tiene una incidencia de 1 caso por cada 10.000 personas, siendo entre el 50 y el 80% de los casos esporádicos por mutaciones de novo y el resto por transmisión autonómica dominante con una penetración del 95% y una expresividad de la enfermedad variable (1). Se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas, tumores intracraneales, rhabdomyosarcomas cardíacos y angiomiolipomas renales, hepáticos en pulmón, tiroides y testículos. Los angiomiolipomas renales y hepáticos se asocian a esclerosis tuberosa en un 50 y 10% respectivamente y predominan en mujeres (2).

El angiomiolipoma es un tumor sólido de naturaleza benigna, con un tamaño que oscila entre 1 y 20 cm, con una ecogenicidad variable que depende de la proporción de grasa, vasos y músculo.

Destacamos la utilidad de la ecografía abdominal en estos pacientes con esclerosis tuberosa, permite el diagnóstico precoz de estos tumores asociados característicamente a esta enfermedad, de sus complicaciones y seguimiento (3). A pesar de la naturaleza benigna de los angiomiolipomas, aumentan su tamaño a lo largo de la vida y pueden presentar complicaciones como hemorragia intratumoral o a retroperitoneo, a veces espontáneas y otras desencadenadas por factores como anticoagulación o traumatismos, siendo recomendable un manejo de las complicaciones poco agresivo y en formas asintomáticas seguimiento ecográfico (4).

R. Baños Madrid, M. C. Garre Sánchez, S. Morán Sánchez

Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

1. Álvarez E, Torres R, Rojano B, Gutiérrez A, Maroto M, Lozano C. Angiomiolipomatosis renal y esclerosis tuberosa. *An Med Interna* (Madrid) 2004; 21: 469.
2. Lendway TS, Marshall FF. The tuberous sclerosis complex and its highly variable manifestations. *J Urol* 2003; 169: 1635-42.
3. Bultó JA, Talens A, Navalón P, García Novales JR, Méndez M. Angiomiolipoma renal. Hallazgos en la ecografía y tomografía computarizada. *Arch Esp Urol* 1999; 52:1043-50.
4. Harabayashi T, Shinohara N, Katano H, Nonomura K, Shimizu T, Koyanagi T. Management of renal angiomyolipomas associated with tuberous sclerosis complex. *J Urol* 2004; 171: 102-5.

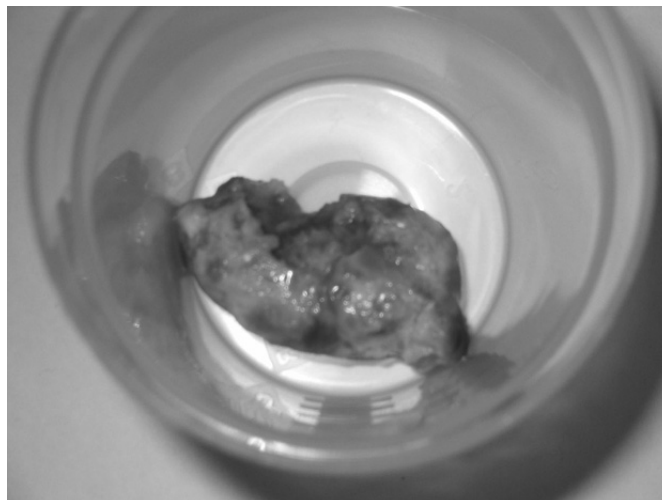


Fig. 1. Fragmento tumoral expectorado por el paciente sobre el fondo de un recipiente para recogida de muestras para análisis clínicos.

Expectoración espontánea de un fragmento tumoral

Sr. Director:

En los enfermos con cáncer de pulmón la eliminación de elementos tumorales microscópicos con el esputo es relativamente frecuente. De hecho, el estudio de estas muestras permite en ocasiones alcanzar un diagnóstico citológico. Sin embargo, la expectoración de fragmentos tumorales macroscópicos es muy rara: una revisión publicada en 1999 presentaba únicamente 17 episodios en tumores pulmonares primarios o metastáticos (1). Desde entonces los casos que se pueden añadir a esta serie son pocos y, en concreto, hasta la fecha no se ha publicado ninguno en nuestro medio. Aportamos nuestra experiencia con un paciente con metástasis pulmonares de adenocarcinoma de recto que expectoró de manera espontánea una masa tumoral.

Varón diagnosticado a los 43 años de adenocarcinoma de recto estadio III. Tras la cirugía recibió tratamiento complementario con quimioterapia y radioterapia pélvica. Al cabo de cuatro años fue atendido por presentar fiebre y tos intensa no productiva. La radiografía de tórax mostraba una condensación con un componente de atelectasia en el lóbulo superior derecho. En la broncoscopia se encontró una masa tumoral en el bronquio principal derecho. La mediastinotomía evidenció afectación tumoral también en el mediastino. El informe histológico de las biopsias pulmonar y mediastínica fue compatible con metástasis de carcinoma de recto. El paciente fue tratado entonces con quimioterapia y radioterapia sobre el pulmón y el mediastino. Transcurridos dos años desde el diagnóstico de la recidiva se presentó en la Consulta refiriendo que el día anterior había expectorado de manera espontánea en su domicilio un fragmento de tejido de aspecto tumoral y consistencia pétrea de 4 cm de longitud (Fig. 1), que había guardado desde entonces en el frigorífico. La expectoración sobrevino en un acceso de tos que no estuvo acompañado de disnea ni hemoptisis. No se le había practicado recientemente broncoscopia ni ninguna otra técnica invasiva pulmonar, diagnóstica o terapéutica. El estudio histológico de la pieza confirmó que se trataba de adenocarcinoma de tipo intestinal necrótico y calcificado.

Los episodios de expectoración de fragmentos tumorales macroscópicos son escasos. Tras realizar una revisión bibliográfica (Medline, IME) hemos encontrado datos de 25 casos, nueve en tumores primarios pulmonares (1-5) y 16 en cánceres metastáticos (1,6-9), ocho de ellos de origen renal y cuatro colorrectal. En general, se trata de fragmentos de tamaño inferior a 3 cm (1),

aunque uno llegó a alcanzar 9 cm (3), que fueron expectorados tras un acceso de tos y, en ocasiones, acompañados de hemoptisis. En la mayoría, la eliminación del fragmento tumoral se produjo de manera espontánea; sólo en tres casos se describe precedida y, probablemente, facilitada por una broncoscopia (1,3). Sorprende que una complicación tan impactante como la expectoración de una masa tumoral no se suela asociar a un agravamiento severo de la situación clínica del paciente. En todo caso, es razonable sospechar que en ocasiones la expectoración o el "arrancamiento" de fragmentos de mayor tamaño haya podido ser la causa de complicaciones agudas severas e incluso del fallecimiento del paciente por obstrucción repentina de la vía aérea. Sin embargo, esta posibilidad entra en el ámbito de la hipótesis ya que sólo sería posible evidenciarla en el estudio necrópsico de los casos en que se sospechase esta complicación.

L. Gómez Heras, A. Sanz Rubiales, M. L. del Valle Rivero, E. Uña Cidón, S. Hernansanz de la Calle

Servicio de Oncología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid

1. Kelly WF, Crawley EA, Vick DJ, Hurwitz KM. Spontaneous partial expectoration of an endobronchial carcinoid. *Chest* 1999; 115: 595-8.
2. Margolis ML. Diagnostic pulmonary function tests. *Chest* 1999; 116: 587.
3. Dixit R, Joshi N, Nuwal P, Purohit SD, Gupta RC, Gupta N. Postbronchoscopy expectoration of tumour tissue in lung cancer. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 1999; 41: 105-9.
4. Lee SH, Shim JJ, Shin JS, Baek MJ, Choi YH, Kim MK, et al. Primary endobronchial leiomyosarcoma. Diagnosis following expectoration of tumour fragment. *Respiration* 2001; 68: 99-102.
5. Dieter RA, Elynn G. Workup following tissue expectoration. *Chest* 2002; 121: 2084-5.
6. Eisser M. Spontaneous regression of lung metastasis in renal cell carcinoma with expectoration of a part of the metastasis. *Med Klin (Munich)* 1989; 84: 118-9.
7. Daryanani S, Knausenberger HP, de Takats PG, Guest PJ, Kerr DJ. Spontaneous pneumothorax associated with expectoration of a lump of metastatic renal cancer. *Clin Oncol* 1997; 9: 262-3.
8. Zias EA, Owen RP, Borczuk A, Reichel J, Frater RW. An unusual presentation of metastatic colon cancer to the lung. *Chest* 1998; 113: 244-6.
9. Sharma KB. Spontaneous expectoration of a tumour mass. *CMAJ* 2005; 172: 1182.