

13,8% en los pacientes con VIH). Estas diferencias pueden deberse a que en los pacientes oncológicos, existía un nivel de estudios medios y superiores en el 73% de los pacientes y sin embargo en los pacientes afectados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, únicamente existía un nivel de estudios medios-bachiller en el 22% de los casos y ningún paciente tenía un nivel de estudios superior.

**F. Marcos Sánchez, M. I. Albo Castaño, S. Casallo Blanco, L. de Matías Salces**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo*

1. Marcos Sánchez F, Albo Castaño MI, Viana Alonso A, Moyano Jato A. Utilización de Internet en los pacientes de oncología. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 101.
2. Ortega-Centeno N, Callejas Rubio JL, Benticuaga Martínez MN, Navarro Pelayo F, de la Higuera Torres-Puchol J. Utilización de Internet como fuente de información por los pacientes de una consulta de enfermedades Autoinmunes sistémicas. *Rev Clin Esp* 2005; 205: 255-258.
3. O'Connor B, Johanson JF. Use for the Web for medical information by a gastroenterology clinic population. *JAMA* 2000; 284: 1962-1964.
4. Panes J, de Lacy AM, Sans M, Soriano A, Pique JM. Frequent Internet use among Catalan patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25: 306-309.
5. García F, Romeu J. Internet y Sida. En *Guía práctica del SIDA*, de Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J. Ediciones Masson. Barcelona 2002; 531-538.
6. Tassone P, Georgalas C, Patel NN, Appleby E, Kotecha B. ¿Do otolaryngology out-patients use the internet prior to attending their appointment? *J Laryngol Otol* 2004; 118: 34-38.

## Metástasis endobronquial por hipernefroma

Sr. Director:

Las metástasis endobronquiales (ME) por tumores no pulmonares son raras y las neoplasias implicadas con más frecuencia son mama, riñón y colon (1-5). Suele haber un largo intervalo entre el diagnóstico del tumor primitivo y la aparición de ME pero le confieren mal pronóstico (1-4). Presentamos un caso de ME 20 años después de una nefrectomía por un hipernefroma.

Mujer de 66 años que consultaba por un cuadro de 6 meses de lumbalgia con mala respuesta a tratamiento antiinflamatorio, astenia, anorexia y pérdida de aproximadamente 6 kg de peso. En sus antecedentes destacaba enfermedad de Graves Basedow y nefrectomía izquierda por hipernefroma a los 46 años. En la exploración física destacaba hepatomegalia de 3 cm. En la analítica presentaba anemia normocítica con colestasis disociada. Se realizó una ecografía abdominal objetivando múltiples nódulos hepáticos y una masa paraaórtica izquierda de 5,6 cm. En la radiografía de tórax se visualizaba un aumento de densidad mal definido a nivel retrocardíaco. Se realizó una tomografía computarizada torácica que confirmó la presencia de una masa en el lóbulo inferior izquierdo (LII) con adenopatías hiliares ipsilaterales y mediastínicas contralaterales. En la gammagrafía ósea había focos de hipercaptación a nivel lumbar. Se intentó una punción-aspiración con aguja fina de los nódulos hepáticos pero se suspendió por sangrado de las lesiones. Posteriormente se realizó una broncoscopia que objetivó a la entrada del LII una masa

vegetante de aspecto necrosado y muy sangrante, la biopsia fue indicativa de ME de hipernefroma. La paciente recibió tratamiento con interferón y radioterapia a nivel lumbar pero la evolución fue mala y falleció a los 6 meses.

La incidencia de ME por tumores no pulmonares oscila entre 2-50% (1,3,4), según los criterios usados para su definición. Cuando se incluye la afectación primaria o secundaria de la pared bronquial por estructuras adyacentes la prevalencia es mayor, mientras que si sólo se consideran las metástasis directas en la pared bronquial es mucho menor. Los tumores implicados con más frecuencia son los de mama, riñón y colon (1-5). Aunque el hipernefroma suele metastatizar a pulmón la afectación endobronquial sólo ocurre en 5-25% de los casos (5). En 2001 Kiryu y cols. propusieron la clasificación de las ME en 4 tipos en función de su modo de desarrollo: tipo I, afectación primaria de la luz bronquial, tipo II, invasión de la luz bronquial por una lesión parenquimatosa, tipo III, invasión de la pared bronquial desde ganglios mediastínicos o hiliares, tipo IV, una lesión periférica que se extiende a lo largo del bronquio proximal (3). Aunque es difícil diferenciar entre el tipo II y IV, cuando hay invasión de la mucosa, al igual que en este caso, se trata del tipo IV que es el más frecuente (3). El tipo III es el que se asocia a peor pronóstico mientras que entre los otros no hay diferencias significativas (3). Los síntomas más frecuentes son tos, disnea y hemoptisis, pero entre el 20-60% de los pacientes pueden estar asintomáticos (1,3). Tanto las manifestaciones clínicas como los hallazgos radiológicos son similares al carcinoma broncogénico por lo que para su diagnóstico es importante realizar broncoscopia y estudio histológico. Las ME pueden aparecer de manera aislada pero lo más frecuente, como en este caso, es que se asocie a recidiva de la enfermedad en otros lugares (1-3). En el caso del hipernefroma son lesiones muy vascularizadas y sangrantes (1,5,6) lo cual puede dificultar la realización de la broncoscopia. Entre el diagnóstico del tumor primitivo y las ME suelen pasar entre 4-5 años pero también pueden aparecer sincrónicamente (1-5) y una vez diagnosticadas se asocian mal pronóstico con una supervivencia media inferior a los 2 años (1,2). El tratamiento de las ME depende de la extensión de la enfermedad y de la situación del paciente (3). Si no se asocia a metástasis en otros lugares se puede considerar la resección quirúrgica. En caso contrario pueden plantearse tratamientos locales como braquiterapia endobronquial (1,5), la embolización de la arteria bronquial (5), recanalización broncoscópica (5) y en el caso del hipernefroma la inmunoterapia (3).

**C. Martínez-Rey, M. Rodríguez-Framil, S. Paredes-Vila, I. Villamil-Cajoto**

*Servicio de Medicina Interna y Neumología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña*

1. Sorensen JB. Endobronchial metastases from extrapulmonary solid tumors. *Acta Oncol* 2004; 43: 73-9.
2. Katsimbri PP, Bamias AT, Froudarakis ME, Peponis IA, Constantopoulos S, Pavlidis NA. Endobronchial metastases secondary to solid tumours: report of eight cases and review of the literature. *Lung Cancer* 2000; 28: 163-70.
3. Kiryu T, Hoschi H, Matsui E, Iwata H, Kokubo M, Shimokawa K, Kawaguchi S. Endotracheal/endobronchial metastases: clinicopathologic study with special reference to developmental modes. *Chest* 2001; 119: 768-75.
4. Dursun AB, Demirag F, Bayiz H, Sertkaya D. Endobronchial metastases: a clinicopathological analysis. *Respirology* 2005; 10: 510-4.
5. Dobbertin I, Dierkesmann R, Kwiatkowski J, Reichardt W. Bronchoscopic aspects of renal cell carcinoma (RCC). *Anticancer Res* 1999; 19: 1567-72.
6. Campos Álvarez C, Hernández González JI, Chapulle AG, Duo Buendía AM, Lobo Fernández J, Suárez González JA. Metástasis endobronquiales y laríngeas. Una forma poco habitual de diseminación del hipernefroma. *Arch Esp Urol* 2000; 53: 734-6.