



CASO PROBLEMA

J.A. LARDIES NAVARRO, M.J. RUBIO SANZ, M. NIETO MAESTRE
y R. VELASCO BALLESTEROS

Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital General Yague (Burgos).

Historia clínica

Varón de 50 años. Ingresa porque, desde hace cuatro días, presenta adenopatías en cuello, axila e ingle, con fiebre y hepatomegalia.

Hace 15 días, coincidiendo con un cuadro de amigdalitis purulenta, le aparecieron múltiples adenopatías submandibulares; se trató con antibiótico (amoxicilina) y antiinflamatorios.

En la analítica, destaca una hipergammaglobulinemia y una leucocitosis.

Diagnóstico: Linfadenopatía inmunoblástica

La linfadenopatía inmunoblástica es un cuadro clínico y anatomopatológico descrito por Feizzera et al. en 1975¹. En los últimos años se han descrito muchos casos en la literatura, por lo que el motivo de

presentación de éste es únicamente por sus manifestaciones radiológicas en el tórax.

Se trata de un trastorno linfoproliferativo, similar a la enfermedad de Hodgkin, en el que puede haber una alteración inmunológica, con una hiperfunción de células B. Puede desencadenarse por algún medicamento: penicilinas, sulfamidas, hidantoínas, aspirina... Alrededor del 70 % son mayores de 50 años. Analíticamente suele haber una gammapatía monoclonal. El pronóstico es dispar; en un 30 % puede desarrollarse un linfoma inmunoblástico.

El diagnóstico, como en nuestro caso, suele ser por biopsia ganglionar. Los hallazgos fundamentales son una proliferación de inmunoblastos y vénulas postcapilares, y deposición de material eosinófilo amorfo²⁻⁵.

Los hallazgos radiológicos en el tórax son inespecíficos. Puede haber un patrón intersticial, con micronódulos, y derrame pleural; o un patrón lineal, o reticulonodular, con líneas septales; o un patrón alveolar. A veces puede simular una insuficiencia cardíaca, sin cardiomegalia^{1, 6-9}.



Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Hay derrame pleural bilateral; borrosidad de los contornos hiliares y de la vasculatura pulmonar; líneas B de Kerley; ensanchamiento mediastínico superior.

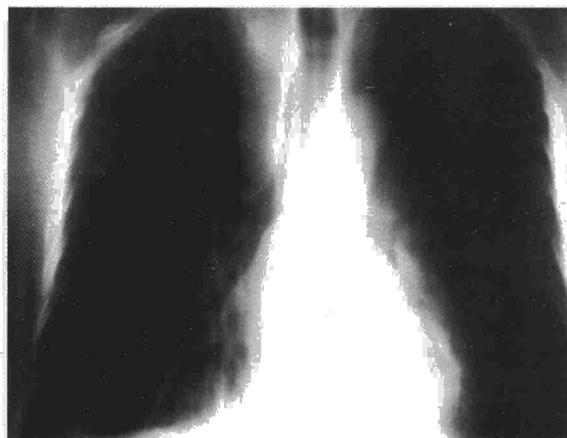
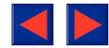


Fig. 2. Corte tomográfico que demuestra las adenopatías hiliares y para-traqueales.

Recibido el 1-10-1985



Pueden aparecer masas pulmonares, diagnosticadas por punción biopsia. La punción del derrame pleural puede demostrar la existencia de inmunoblastos⁸.

Las adenopatías pueden ser hiliares, paratraqueales, también en el mediastino anterior^{6, 8}; pese a lo descrito por Libsbitz et al⁸.

En este caso es típica la aparición de la clínica después de un proceso infeccioso tratado con amoxicilina; además de la fiebre y la gammapatía.

La radiología torácica es muy florida. Hay adenopatías hiliares, paratraqueales; derrame pleural bilateral y un patrón intersticial con borrosidad de la vasculatura pulmonar con líneas de Kerley. Todo esto recuerda una insuficiencia cardíaca.

Estas alteraciones radiográficas regresaron en un período corto de tiempo tras tratamiento poliquimioterápico.

BIBLIOGRAFIA

1. Asher R, Burgher LW, Feagler JR. Immunoblastic lymphadenopathy presenting as pulmonary interstitial fibrosis. *JAMA* 1977; 237:2411-2412.
2. Bradley SL, Dines DE, Banks PM et al. The lung in immunoblastic lymphadenopathy. *Chest* 1981; 80:312-318.
3. Díaz Mediavilla J. Linfadenopatía inmunoblástica. *Med Clin* 1983; 80:792-795.
4. Frizzera G, Morán E, Rappaport H. Angioimmunoblastic lymphadenopathy. Diagnosis and clinical course. *Am J Med* 1975; 59:803-818.
5. Montserrat E, Estruch R, Urbano Márquez A. Linfadenopatía inmunoblástica: estudio de 12 casos. *Med Clin* 1983; 80:775-779.
6. Fernández Latorre F, Pérez Villacastin B. Linfadenopatía angioinmunoblástica: hallazgos radiográficos en cuatro pacientes y revisión de la literatura. *Radiología* 1982; 24:107-110.
7. Libsbitz H, Clouser M, Zornoza J, Osborne B. Radiographic findings of immunoblastic lymphadenopathy and related immunoblastic proliferations. *An J Roentgenol* 1977; 129:875-878.
8. Limpert J, Macmahon H, Variakojis D. Angioimmunoblastic lymphadenopathy: clinical and radiological features. *Radiology* 1984; 152:27-30.
9. Zylac CJ, Banerges R, Galbraith PA. Lung involvement in angioimmunoblastic lymphadenopathy. *Radiology* 1976; 121:513-519.