

Fig. 2. Infiltración pulmonar por un linfoma linfocítico bien diferenciado. La arquitectura alveolar está parcialmente conservada (HE  $\times$  300).

Se instauró tratamiento quimioterápico que consistió en ciclos de 3 semanas de vincristina (2 mg) y ciclofosfamida (1.400 mg) en el día primero, y fluprednisolona (16 mg/d) desde el día primero al quinto. No se observó modificación de las lesiones pulmonares tras dos ciclos de quimioterapia; y el paciente experimentaba malestar y disnea al suspender los corticoides en cada ciclo. Por estas razones, se cambió el tratamiento a ciclofosfamida (100 mg) y fluprednisolona (12 mg) por vía oral diariamente. El enfermo ha continuado con este tratamiento 17 meses con escasa modificación de las lesiones radiológicas y sin evidenciar diseminación de la enfermedad.

La ausencia de síndrome linfoproliferativo extratorácico en el momento del diagnóstico ni a los 3 meses de realizado éste, es un criterio diagnóstico fundamental del linfoma primario pulmonar<sup>1</sup>. En nuestra opinión, la búsqueda para descartar enfermedad linfoproliferativa fuera del tórax ha de ser exhaustiva, incluyendo TAC abdominal, biopsia de médula ósea y linfografía. Si esta última exploración no puede realizarse debido a la mala función respiratoria del paciente, el rastreo con galio puede ser útil para la exploración de los ganglios abdominales y otros posibles focos tumorales<sup>7</sup>. La mayor parte de los casos comunicados fueron estudiados antes de la disponibilidad de estas técnicas diagnósticas<sup>2,5,6</sup>. Por tanto, es posible que algunos de estos casos representen, en realidad, la extensión pulmonar de un linfoma originado en otro lugar.

Las alteraciones radiográficas comunicadas con mayor frecuencia en casos de linfoma pulmonar, consisten en la aparición de un nódulo o masa solitaria, homogénea y no calcificada<sup>2,4</sup> con márgenes definidos<sup>4</sup>. Estas lesiones varían en tamaño desde 2 a 8 cm<sup>2,4</sup>, llegando a ocupar un pulmón entero en algunos casos<sup>3</sup>. Otro patrones de afectación pulmonar incluyen consolidación localizada, múltiples áreas de consolidación, y nódulos múltiples<sup>2,4</sup>. Puede identificarse, concomitantemente con estos hallazgos, derrame pleural y adenopatías hiliares<sup>2,4</sup>. Lesio-

nes intersticiales, como en nuestro paciente, no se han descrito para el linfoma linfocítico en la literatura reciente<sup>1-6</sup>.

En consecuencia, el patrón pulmonar intersticial puede ser una manifestación radiológica más del linfoma linfocítico primariamente pulmonar.

L. Aliaga y J. Prieto

Departamento de Medicina Interna.  
Clínica Universitaria de Navarra.  
Universidad de Navarra.

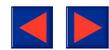
#### BIBLIOGRAFIA

1. L'Hoste RJ, Filippa DA, Lieberman PH, Bretsky S. Primary pulmonary lymphomas. A clinicopathologic analysis of 36 cases. *Cancer* 1984; 54:1397-1406.
2. Koss MN, Hochholzer J, Nichols PW, Wehunt WD, Lazarus AA. Primary non-Hodgkin's lymphoma and pseudolymphoma of lung: a study of 161 patients. *Hum Pathol* 1983; 14:1024-1038.
3. Benfield GFA. Primary lymphosarcoma of lung associated with hypertrophic pulmonary osteoarthropathy. *Thorax* 1979; 34:279-280.
4. Julsrud PR, Brown LR, Chin-Yang L, Rosenow EC, Crowe JK. Pulmonary processes of mature-appearing lymphocytes: pseudolymphoma, well-differentiated lymphocytic lymphoma and lymphocytic interstitial pneumonitis. *Radiology* 1978; 127:289-296.
5. Mark LK. Primary lymphoma of the lung. *JAMA* 1977; 237:895-896.
6. Hurt RL, Kennedy PU. Primary lymphosarcoma of the lung. *Thorax* 1974; 29:258-261.
7. Neumann RD, Sostman HD. <sup>67</sup>Ga scintigraphy of the thorax. *Chest* 1984; 86:253-256.

### Obstrucción al flujo aéreo como manifestación funcional respiratoria en paciente con artritis reumatoide

**Sr. Director:** Creemos interesante la presentación de una paciente afecta de artritis reumatoide (AR) seropositiva con repercusión intersticial bilateral que cursa funcionalmente con una severa obstrucción al flujo aéreo (OFA), sin ningún antecedente que justificase tal obstrucción.

Mujer de 53 años diagnosticada hace 5 de AR seropositiva, tratada de forma intermitente con antiinflamatorios y esteroides. No refiere antecedentes de patología respiratoria de exposición a gases, humos industriales ni polvo, nunca ha fumado. Hace aproximadamente 3 años, presenta disnea de grandes esfuerzos acompañada ocasionalmente de ruidos torácicos sin ninguna otra sintomatología respiratoria.



Cuando es vista por nosotros, la paciente refiere disnea de medianos esfuerzos a lo que se le ha añadido a los últimos meses tos y escasa expectoración amarillenta. No fiebre ni otros síntomas de interés; no presentaba en ese momento agudización de su proceso de base. La exploración física mostró una TA: 120/70 mmHg, FC: 80 lpm, y T: 36,8 °C, buena coloración de piel y mucosas, buena hidratación. En tórax, presentaba dolor a la presión en las articulaciones costoesternales, la auscultación pulmonar reveló estertores crepitantes bibasales, la auscultación cardíaca era normal. En extremidades se apreciaban deformidades en articulaciones de manos y rodillas, no había nódulos subcutáneos. En el hemograma y bioquímica sanguínea, los parámetros habituales eran normales. Latex: 1/500, Waaler Rose: +++, ANA y anticuerpos antiDNA negativos, fenómeno LE: negativo. Proteínas totales 7,4 g % (albúmina: 49,4 %, alfa-1 globulina: 4,5 %, alfa-2 globulina: 11,5 %, beta: 12,4 %, gamma: 22,3 %). Análisis de orina: normal. Las baciloscopias y el cultivo de Löwenstein del esputo fueron negativos. El estudio radiológico de tórax puso de manifiesto un patrón intersticial bilateral en ambos tercios inferiores de los pulmones y un aumento considerable de ambos hilios. Se realizó estudio hemodinámico a través de cavidades cardíacas derechas por método convencional, obteniendo los siguientes resultados: las presiones registradas (en mm de Hg) fueron: CPV: 8, AP: 40/+12 (22), VD: 40/+4, AD: 3. La inyección de contraste en arteria pulmonar confirmó el origen vascular de las imágenes hiliares. Las pruebas funcionales respiratorias (tabla I), evidenciaron una alteración ventilatoria de tipo obstructivo. La prueba broncodilatadora tras inhalación de salbutamol, resultó positiva con un incremento del FEV<sub>1</sub> del

50,1 % y de la relación FEV<sub>1</sub>/FVC del 54,5 % sobre los valores basales. Mediante estudio pletismográfico se determinó un gran atrapamiento aéreo con aumento de los valores de TLC y RV, así como incremento de las resistencias de la vía aérea. No se midió la presión de retroceso elástico por falta de colaboración de la paciente. La difusión de monóxido de carbono (single breath) se encontraba dentro de los límites de la normalidad. La gasometría arterial respirando aire ambiente, mostró una leve hipoxemia con un ligero aumento del gradiente alveoloarterial de O<sub>2</sub>. La fibrobroncoscopia mostró un árbol bronquial normal. Se practicaron 3 tomas de biopsia transbronquial, cuyo resultado anatomopatológico fue informado como parénquima con áreas de hemorragia y alveolos con escaso material acelular eosinófilo en su interior, todo ello compatible con alteraciones inespecíficas. A los 3 meses de tratamiento esteroideo se obtuvo una significativa mejoría en los parámetros de función pulmonar como puede verse en la tabla I.

Las repercusiones pleuropulmonares clásicas en la AR son: pleuresia, nódulos intrapulmonares, neumoconiosis reumatoide, fibrosis intersticial difusa, además de otros trastornos frecuentes como hipertensión pulmonar o mayor incidencia de procesos infecciosos pulmonares<sup>1</sup>. En los pacientes en los que la lesión es parenquimatosa en forma de patrón intersticial radiológico como expresión de fibrosis intersticial difusa, el comportamiento funcional es el de una restricción. La presencia de una obstrucción al flujo aéreo es explicable cuando se dan otras condiciones asociadas como tabaquismo e historia de bronquitis crónica, enfisema o la recientemente descrita bronquilitis obliterante<sup>2</sup>. En estas mismas páginas, Paredes et al<sup>3</sup>, han publicado últimamente un caso de AR asociada a bronquiolititis obliterante, dicha asociación escasamente observada en la literatura<sup>4</sup>, cursa con una severa y progresiva OFA. Hunninghake et al<sup>5</sup>, destacan la frecuente afectación de las pequeñas vías aéreas en los pacientes con lesión intersticial difusa, incluyendo la AR, debido a que en la alveolitis de este tipo de enfermedad pulmonar no sólo se afecta al espacio intersticial, sino que también incluye las vías aéreas de menor calibre. La paciente descrita aquí fue diagnosticada hace 4 años con positividad serológica y afectación pulmonar intersticial evidenciada por primera vez hace un año, asociada a hipertensión arterial pulmonar e importante OFA y atrapamiento aéreo (tabla I). La biopsia transbronquial con toma de 3 muestras de parénquima, no reveló lesión bronquiolar, negándose la enferma a realizar biopsia pulmonar abierta, procedimiento por el cual se han comprobado la mayoría de los casos publicados.

Consideramos que en esta paciente, en ausencia de patologías asociadas, la OFA es una expresión funcional de afectación pulmonar por AR aún a pesar de no contar con comprobación histológica de bronquiolititis. Dicha expresión, aunque infrecuente,

TABLA I

## Resultados de estudios de función pulmonar

	Ingreso	Tras 3 meses de tratamiento esteroideo
* FVC (cc)	1.700 (65,2)	1.360 (52,1)
* FEV <sub>1</sub> (cc)	630 (29,2)	850 (39,5)
* FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	36,7 (43,3)	62,3 (73,4)
* FEF 25-75 % (L/seg)	0,35 (11,5)	0,45 (14,9)
** TGV (cc)	6.185 (256,3)	4.420 (152,4)
** RV (cc)	5.375 (365,9)	3.320 (201,2)
** TLC (cc)	6.995 (176)	5.078 (112)
RV/TLC (%)	76,8 (207,8)	75 (214)
** SGaw (cm <sup>-1</sup> . seg <sup>-1</sup> )	0,067 (40,3)	0,080 (57,1)
*** DLCO (ml/min/mmHG)	14,6 (91,3)	—
*** DLCO/VA	4,90 (133,1)	—
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	68,9	73,7
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	37,2	40,4
pH	7,40	7,42
D(A-a) PO <sub>2</sub> (mmHg)	26,3	18,2

Entre paréntesis se expresan las unidades y % del previsto.

\*Referencia bibliográfica n.º 6.

\*\*Referencia bibliográfica n.º 7.

\*\*\*Referencia bibliográfica n.º 8.