



A PROPOSITO DE UN CASO DE NEUMONIA LIPOIDEA DE ORIGEN DESCONOCIDO

J. SALA BARBANY, M. MESTRES CALDENTY, M. TEIXIDO VIVES
y E. MAYAYO ARTAL

Servicios de Anatomía Patológica y Radiología.
Residencia Sanitaria S.S. Joan XXIII. Centre d'Assistència
Primària del Tarragonès. Tarragona.

Presentamos un caso de neumonía lipoidea diagnosticada por punción aspiración pulmonar y comprobada por estudio histopatológico en un enfermo de 61 años, no fumador, que presentaba tos irritativa y disnea sin dolor torácico ni fiebre. Radiológicamente se objetivó en la placa simple de tórax una condensación pulmonar, el estudio tomográfico evidenció un nódulo en lóbulo superior derecho, compatible con proceso neoplásico.

Queremos recalcar la importancia de la anamnesis así como la práctica y el valor de la citología aspirativa por punción con aguja fina de nódulos pulmonares solitarios. Dicha práctica por sí sola no descarta la presencia de un proceso neoplásico, ni excluye la práctica de toracotomía exploradora, pero sí puede orientar hacia la presencia de un proceso benigno y poner en alerta hacia una conducta quirúrgica menos agresiva.

Arch Bronconeumol 1985; 21:248-250

Lipoidal pneumonia of unknown origin

A 61-year-old man presented with irritation cough and dyspnea without chest pain or fever; he was a non-smoker. Aspiration puncture established a diagnosis of lipoidal pneumonia, further confirmed through histopathological study. Plain chest films showed pulmonary condensation and tomographic studies revealed a nodule in the upper right lobe compatible with a neoplastic process.

The authors stress the anamnesis and fine needle aspiration puncture for citologic study as important diagnostic aids for solitary pulmonary nodules. Although aspiration puncture alone cannot rule out the presence of a neoplastic process nor take the place of exploratory thoracotomy it can suggest the presence of a benign process and be useful in deciding on a less aggressive mode of surgery.

Introducción

La neumonía lipoidea (NL) es un diagnóstico anatomopatológico relativamente frecuente que tiene una etiopatogenia múltiple. Se ha descrito asociada a neumonía por aspiración de material grasos, aceitoso¹⁻³ o hidrocarburos (NL exógena), y a procesos que cursan con obstrucción, con el resultado de una neumonitis colesterolósica distal con tendencia a la aparición de bronquiectasias distales¹, tales como aspiración de cuerpo extraño, síndrome del lóbulo medio⁴ y/o procesos neoplásicos (NL endógena).

Las manifestaciones clínicas dependen del material y volumen aspirados, pudiendo provocar una reacción fulminante aguda o bien una forma más crónica que adopta la modalidad de reacción insidiosa producida por la aspiración de un material

menos irritante, que puede manifestarse por tos crónica, dolor pleurítico o simplemente pacientes asintomáticos en los que se descubre una imagen radiológica pulmonar patológica en una exploración rutinaria⁵.

Observación clínica

Paciente de 61 años, con antecedentes de neumonía derecha un año antes, albañil de profesión, que presentaba duplicidad pielocalicilar con cálculo en zona ureteropelviana derecha e hipertensión arterial moderada sin problemas de control con tratamiento habitual. La radiografía de tórax fue normal siete meses antes. Acude a la consulta por presentar tos irritativa y disnea, sin dolor torácico ni fiebre, desde 20 días antes. Estaba normotenso. Se practicó nueva radiografía torácica que evidenció una condensación infraclavicular derecha, siendo remitido al Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital para estudio.

Al ingreso el paciente estaba apirético, con buen estado general. No visceromegalias ni adenopatías. La exploración del tórax evidenció discreta hipofonesis en tercio superior de hemi-

Recibido el 27-12-1984 y aceptado el 27-4-1985.

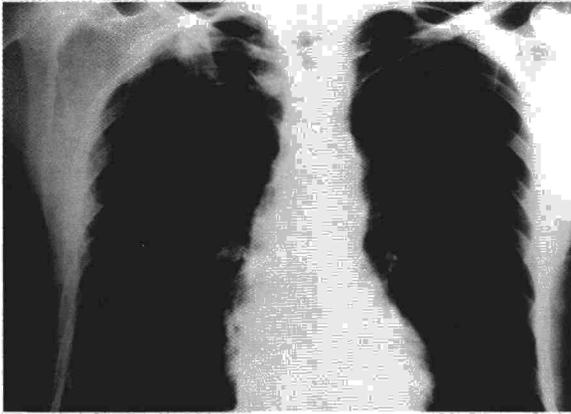
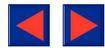


Fig. 1. Radiografía posteroanterior del tórax, mostrando condensación en LSD.

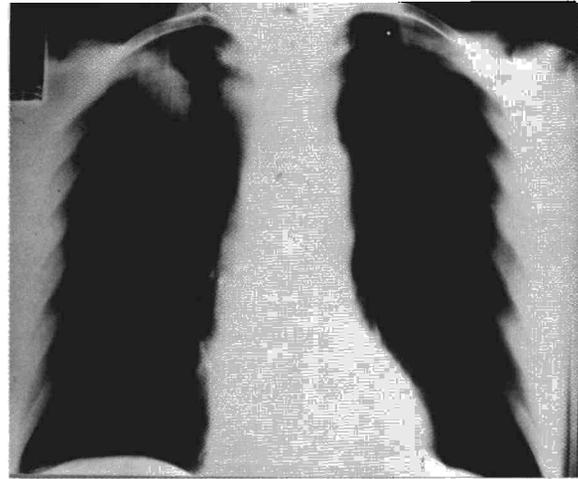


Fig. 2. Tomografía pulmonar mostrando condensación en LSD.

tórax derecho. La exploración cardíaca objetivó soplo eyectivo 2/6 en todos los focos. Analítica general: VSG 81, hemograma 10.000 leucocitos, 7 eosinófilos, 6 cayados, 58 segmentados, 22 linfocitos, seis menocitos y 1 mielocito. Hto. 42, Hb. 13,9. Pruebas de coagulación, estudio lípido y ácido úrico normales. Mantoux con 10 UI PPD negativo. Serología de la lúes y reumática negativas. Sedimento urinario: microhematuria. Estudio funcional renal normal. Cultivo de orina negativo. Exploración ORL y tacto rectal normales. Gammagrafía ósea, hepática y TAC cerebral no evidenciaron metástasis. La radiología de tórax demostró una condensación situada en el segmento posterior del LSD de bordes mal definidos, de densidad heterogénea sin apreciarse cavitaciones en su interior (fig. 1). No se hallaron otras alteraciones radiológicas pulmonares ni mediastínicas, excepto la presencia de una adenopatía mediastínica izquierda calcificada. Seis días después se practicó estudio tomográfico evidenciándose unos bordes más nítidos aunque algo lobulados y de densidad heterogénea (fig. 2). Se efectuaron baciloscopias repetidas de esputo y jugo gástrico con resultado negativo, las citologías de esputo únicamente evidenciaron material procedente de vías respiratorias altas. Estudio broncoscópico normal; la biopsia transbronquial en bronquio segmentario del LSD mostró cambios fibrosos e inflamatorios crónicos sin evidencia de lesión neoplásica. BAS igualmente negativo. Con el diagnóstico de nódulo pulmonar solitario se realizó punción transtorácica, que en el estudio mostró un fondo hemático de probable origen traumático en el que habían numerosos macrófagos con abundante citoplasma vacuolado, que al descender el diafragma era refringente (fig. 3). Practicada la tinción de PAS resultó negativa, la tinción para detectar grasa no se efectuó. No existiendo otro tipo celular se realizó el diagnóstico de citología compatible con probable neumonía lipoidea, pero sin descartar la presencia de un proceso neoplásico concomitante a la misma.

Dado que persistía la sospecha de proceso neoplásico, se practicó al paciente toracotomía exploradora, efectuándose biopsia peroperatoria, la cual no mostró patología maligna en ninguno de los cortes realizados; efectuándose segmentectomía posterior del LSD. El estudio anatomopatológico de dicha pieza mostró macroscópicamente una área amarillenta e irregular de 6,5 cm de la que se realizaron numerosos cortes de la lesión así como del parénquima adyacente y lejano a la misma para estudio microscópico, el resto de la pieza no mostraba alteraciones morfológicas relevantes, encontrándose los bronquios libres de tumoración. El estudio microscópico mostró buena arquitectura del parénquima pulmonar y bronquial observándose como única anomalía la presencia en el interior de los alveolos de numerosos macrófagos de núcleos monomorfos y citoplasmas vacuolados que eran refringentes al descender el condensador, mostrando las mismas características que las observadas en la citología por punción aspirativa del nódulo pulmonar. No se efectuó tinción específica para grasas por dificultades técnicas.

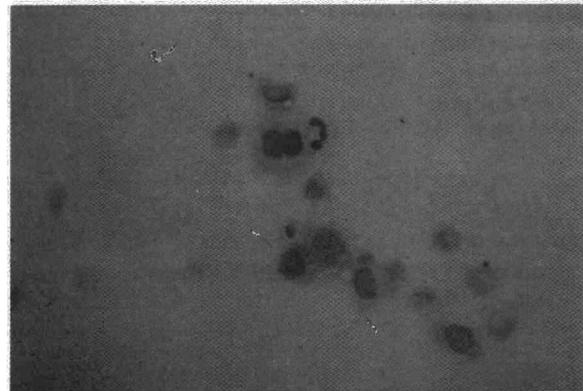


Fig. 3. Macrófagos mostrando gotas de material lipídico fagocitado en su interior; procedentes de punción aspiración de nódulo pulmonar. (Tinción PAP 400 x).

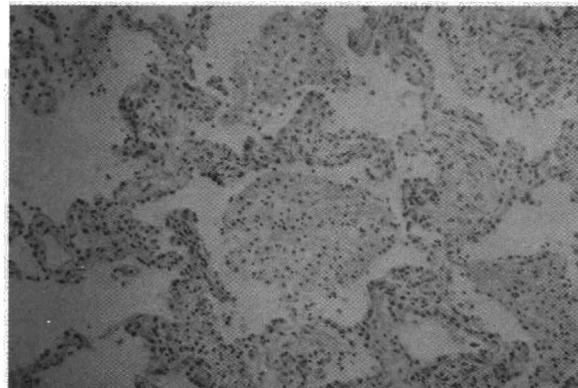
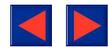


Fig. 4. Corte histológico que presenta distensión de los espacios alveolares los cuales se encuentran repletos de macrófagos microvacuolados. (Tinción HE x 100).

En todos los cortes efectuados no se evidenció lesión neoplásica, diagnosticándose de NL de probable origen endógeno (fig. 4). Posteriormente el paciente evolucionó favorablemente, con paquipleuritis residual y precisando cinesiterapia respiratoria para su total recuperación. Al año de la operación el paciente está asintomático, siendo controlado ambulatoriamente.



Discusión

Las manifestaciones clínicas de la NL por aspiración dependen del material y volumen aspirados, pudiendo provocar una reacción fulminante aguda (p.e. por aspiración del vómito que de forma casi invariable sigue a la ingesta de hidrocarburos³; o bien una forma más crónica que adopta la modalidad de reacción insidiosa producida por la aspiración de un material menos irritante (p.e. gotas de aceite nasales) que puede manifestarse por tos crónica, dolor pleurítico, o simplemente paciente asintomático en los que se descubre una imagen radiológica pulmonar patológica en una exploración de rutina⁵.

Las manifestaciones radiológicas pueden variar desde un patrón acinar en fases iniciales, a un patrón mixto de predominio intersticial. La forma más frecuente de presentación es la de una condensación predominantemente homogénea que puede localizarse en uno o varios segmentos, la mayoría de las veces en lóbulos inferiores. Asimismo otra forma de manifestación radiológica, casi tan frecuente como la anterior, es la de una masa periférica bien delimitada que simula un carcinoma broncogénico^{1,3,6,7}. Esta última forma de presentación es la que corresponde a nuestro caso, en el que no obstante no fue posible recoger ningún antecedente valorable de aspiración de material lipóideo, ni de patología esofágica que justificara el hallazgo anatómopatológico de NL. Interesa resaltar recientes publicaciones que destacan el gran valor diagnóstico en estos casos del TAC torácico, que no se efectuó en nuestro paciente^{8,9}. También se ha descrito la sobreinfección por gérmenes oportunistas (micobacterias atípicas^{1,10}, y *Cryptococcus neoformans*¹¹, al parecer el material lipóideo favorece la colonización por estos gérmenes.

Desde el punto de vista histopatológico, dicha neumonía se evidencia macroscópicamente por la presencia de una zona firme e irregular de coloración amarillenta. El cuadro histológico de la NL exógena cabe distinguirlo de la endógena, que si bien en ambos procesos existen macrófagos carga-

dos de lípidos en el interior de los espacios alveolares, en la neumonía exógena éstos aparecen además en el interior del espacio intersticial, así como la presencia de células gigantes a cuerpo extraño rodeando gotas lipídicas y un ligero infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, sin embargo en los macrófagos de la «neumonía de oro» (endógena) no existen grandes gotas de grasa en su interior ni grandes acúmulos de grasa en el intersticio⁶.

Por todo lo expuesto, cabe concluir, que delante de un paciente en el que se le halla un nódulo pulmonar solitario debe incluirse en el diagnóstico diferencial aparte del carcinoma broncogénico, los tumores metastásicos, lesiones granulomatosas, tumores benignos, pseudotumores inflamatorios (neumonía nodular organizada) y como el caso que presentamos, la NL. Ya que si bien no es frecuente hallarla por sí sola sin antecedentes de aspiración ni patología asociada, debemos tenerla presente en dicho diagnóstico diferencial para una conducta terapéutica adecuada.

BIBLIOGRAFIA

1. Fishman. Tratado de Neumología, págs. 1263-64, 1197, 1152.
2. Hugues RL et al. Clinical conference in pulmonary disease aspiration and occult esophageal disorders. Chest 1981; 4:489-495.
3. Fraser RG, Paré JAP. Diagnóstico de las enfermedades del tórax, p. 907-9, 911-20.
4. Bordow RA, Stool EW, Moser KM. Manual of Clinical Problems in Pulmonary Medicine, pág. 232.
5. Eade NR, Taussing LM, Marks MI. Hydrocarbon pneumonitis. Pediatrics 1974; 54:351-7.
6. Katzenstein A, Askin FB. Surgical pathology of non-neoplastic lung disease. WB Sanders Co 1982; 385-388.
7. Kennedy SD et al. Exogenous lipid pneumonia. Am J Rad 1981; 136:1145-1149.
8. Wheeler DS et al. Diagnosis of lipid pneumonia buy Computed T. JAMA 1981; 245:65-66.
9. Siegelmann SS et al. Computed tomography of the solitary pulmonary nodule. Am J Rad 1980; 139:1-13.
10. Hutchins GM, Boinott JK. Atypical mycobacterial infection complicating mineral oil pneumonia. JAMA 1978; 240:539-541.
11. Subramanian S et al. Lipoid pneumonia with *Cryptococcus neoformans* colonisation. Thorax 1982; 37:319-320.