



Amiloidosis nodular pulmonar

Sr. Director: La amiloidosis es una entidad clínica que se caracteriza por el depósito extracelular de amiloide (sustancia proteínica patológica) en diversos órganos y tejidos¹.

La afectación del tracto respiratorio en esta enfermedad suele darse en la mayoría de los casos en el contexto de una amiloidosis sistémica primaria; la amiloidosis nodular pulmonar (ANP) es muy infrecuente².

Habitualmente la ANP no presenta síntomas, afecta por igual a ambos sexos en la quinta o sexta décadas de la vida y es generalmente un hallazgo radiológico inesperado^{1,2}.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 71 años, con antecedente de una neoplasia de origen otorrinolaringológico y nódulo en el lóbulo superior de pulmón derecho, cuyo diagnóstico final fue el de amiloidosis nodular pulmonar.

Varón de 71 años, no fumador, con antecedente de neoplasia de lengua tratado con braquiterapia, obteniéndose buena respuesta al tratamiento. Posteriormente presentó recidiva tumoral a los dos años del tratamiento inicial y fue intervenido quirúrgicamente, realizándose hemiglosectomía y linfadenectomía. En los controles radiológicos de seguimiento se detectó un nódulo en el lóbulo superior del pulmón derecho. La analítica básica y el electrocardiograma fueron normales. La radiografía de tórax posteroanterior demostró un nódulo en el lóbulo superior del pulmón de-

recho. La tomografía axial computarizada (TAC) torácica realizó un nódulo de 3 cm de diámetro, de bordes espiculados, que se hallaba en contacto con el mediastino posterior en la región paravertebral (fig. 1).

Los valores obtenidos en las pruebas de función respiratoria fueron: FVC de 3,28 l (76%) y FEV₁ de 2,49 l (82%). En la broncoscopia se detectó broncomalacia de tipo I y el BAS fue negativo para células malignas. Se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión, guiada por tomografía, siendo la muestra obtenida no valorable citológicamente. Orientado con el probable diagnóstico de segunda neoplasia, el paciente fue intervenido quirúrgicamente. Se realizó toracotomía posterolateral derecha, por quinto espacio intercostal, constatándose la presencia de un nódulo de 3 cm en el lóbulo superior derecho, sin retracción ni umbilicación, de consistencia dura, pétreo, y ante esta característica se decidió realizar resección en cuña de la lesión.

El estudio anatomopatológico describió lesión pseudotumoral con abundante depósito de material extracelular eosinofílico rojo Congo positivo en el parénquima pulmonar, además de reacción gigantocelular a cuerpo extraño, calcificación y osificación focal. El diagnóstico definitivo fue de amiloidosis nodular pulmonar. El paciente fue dado de alta en buenas condiciones, sin presentar posteriormente signos de recidiva.

La amiloidosis no asociada a enfermedad sistémica puede afectar al aparato respiratorio en las siguientes formas: traqueobronquial, alveoloseptal y nodular parenquimatosa³.

Las manifestaciones clínicas se encuentran relacionadas con el grado de afectación y varían desde tos, hemoptisis o atelectasia por obstrucción en las formas traqueobronquiales, hasta alteraciones fisiológicas similares a las observadas en la neumonía usual intersticial o algunas formas de fibrosis pulmonar en la alveoloseptal difusa^{2,3}.

El depósito de amiloide se produce usualmente a partir de precursores solubles (inmunoglobulinas, betamicroglobulinas y otros) que se convierten en insolubles, siendo éstas resistentes a la fagocitosis y a la proteólisis, lo que podría explicar la naturaleza progresiva de la lesión.

En la forma nodular parenquimatosa, la ANP habitualmente no ocasiona síntomas y representan hallazgos radiológicos casuales, afecta generalmente al lóbulo inferior del pulmón y en ocasiones se encuentra asociada a

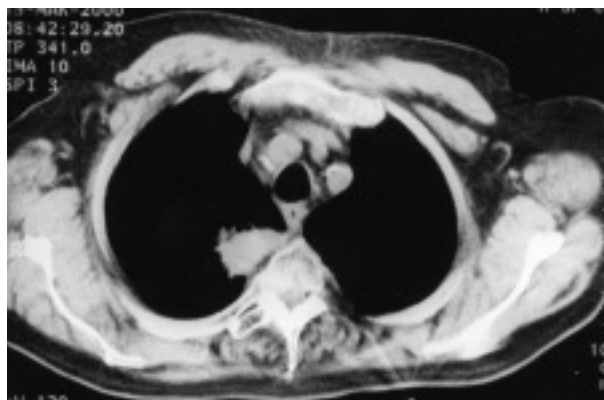


Fig. 1. Nódulo pulmonar superior derecho, de bordes espiculados, en contacto con el mediastino posterior en la región paravertebral.

CARTAS AL DIRECTOR

procesos linfoproliferativos, gammapatía monoclonal, síndrome de Sjögren, enfermedad de Crohn o abusos de drogas por vía intravenosa¹⁻⁴. En el presente caso no se detectó ninguno de los procesos citados.

La disyuntiva que se plantea en la ANP es determinar si se trata de una lesión benigna o maligna y, en este caso, si se trata de una metástasis o de un carcinoma primario, lo que no siempre resulta fácil.

No existe una característica radiológica definida. En nuestro caso los datos eran indicativos más bien de una neoplasia primaria. Algunos autores⁵ señalan que la resonancia magnética nuclear puede tener alguna utilidad para diferenciar un carcinoma broncogénico.

El diagnóstico definitivo sólo es posible por el estudio histológico de la lesión. La fibrobroncoscopia en esta forma de afectación no aporta mayores datos, y la punción torácica guiada por pantalla tomográfica es señalada por muchos autores como una gran

ayuda^{1,2}. No obstante, en nuestro caso el procedimiento no fue determinante. Histológicamente la característica principal es la birrefringencia verde bajo luz polarizada con la tinción de rojo Congo. La calcificación y osificación focal vistas en este caso son infrecuentes.

En conclusión, aunque el pronóstico es benigno, debe considerarse la resección no sólo ante la imposibilidad de descartar un proceso neoplásico, sino también por el hecho de que el depósito de amiloide puede localizarse en el interior de una neoplasia pulmonar^{1,6}.

C. Farina, J.J. Fibla y G. Gómez

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

1. Antolín M, Abad M, Gómez F, Gutiérrez E. Amiloidosis nodular primaria pulmonar. Arch Bronconeumol 1997;33:251-3.
2. Padbidski F, Nelson D, Pearsoll G,

Márquez G, Connolly M. Nodular pulmonary amyloidosis. J Thorac Cardiovasc Surg 1997;114:289-91.

3. Howard M, Ireton J, Daniels F, Longton D, Manolitsas N, Fogerty P, et al. Pulmonary presentations of amyloidosis. Respirol 2001;6:61-4.
4. Cordier J, Loire R, Brune J. Amyloidosis of the lower respiratory tract. Clinical and pathologic features in a series of 21 patients. Chest 1986;90:827-31.
5. Matsumoto K, Ueno M, Matsuo Y, Kudo S, Horita K, Sakao Y. Primary solitary amyloidoma of the lung: finding on CT and MRI. Eur Radiol 1997;7:566-8.
6. Utz J, Swensen S, Gertz M. Pulmonary amyloidosis. The Mayo Clinic experience from 1980 to 1993. Ann Intern Med 1996; 124:407-13.