

Linfoma de tejido linfoide asociado al bronquio (BALT)

M.M. García Clemente^a, P. Suárez Cuétara^b, M.C. Rosón Porto^c, J.E. López Anglada^d,
M.B. González Martínez^d y A.J. Seco García^a

^aSección de Neumología. Hospital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias. España.

^bServicio de Hematología. Hospital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias. España.

^cServicio de Hematología. Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias. España.

^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias. España.

Se presentan dos casos de linfoma no hodgkiniano endobronquial o de tejido linfoide asociado al bronquio (BALT), dado que se trata de una entidad extremadamente rara o infraestimada. Se hace hincapié en la necesidad de realizar un estudio endoscópico en aquellos pacientes diagnosticados de linfoma con clínica que haga pensar en la presencia de enfermedad bronquial.

Palabras clave: Linfoma endobronquial. Linfoma tipo BALT.

Bronchial-associated lymphoid tissue lymphoma

Two cases of non-Hodgkin's endobronchial or bronchial-associated lymphoid tissue lymphoma are reported; such cases are either extremely rare or underestimated. We emphasize the need to perform endoscopic examination in patients with lymphoma and clinical findings that suggest bronchial disease.

Key words: Endobronchial lymphoma. Bronchial-associated lymphoid tissue lymphoma.

Introducción

La afección endobronquial por linfoma se ha descrito en pocas ocasiones, siendo más frecuente en la enfermedad de Hodgkin (LH) que en el linfoma no hodgkiniano (LNH)^{1,2}. Presentamos dos casos de LNH con afección endobronquial diagnosticados recientemente en nuestro servicio.

Observación clínica

Caso 1

Varón de 55 años, fumador de 20 cigarrillos diarios, sin enfermedades previas, que ingresó por dolor torácico y hemoptisis. En la exploración física sólo llamaba la atención una disminución de los ruidos respiratorios en el hemitórax izquierdo, sin adenopatías periféricas. La analítica era normal, excepto en los valores de hemoglobina (12,6 g/dl), lactatodeshidrogenasa (676 UI/l) y ácido úrico (7,9 mg/dl). La radiografía de tórax evidenció atelectasia completa de todo el pulmón izquierdo (fig. 1). En la fibrobroncoscopia se objetivó una masa exofítica irregular, mamelonada, que obstruía el 100% de la luz del bronquio principal izquierdo a más de 2 cm de la carina principal. Se realizó biopsia bronquial con inmunohistoquímica, siendo el diagnóstico anatomopatológico de LNH tipo B de tejido linfoide asociado a la mucosa bronquial (BALT) (fig. 2). La tomografía axial computarizada (TAC) torácica evidenció la atelectasia izquierda y dos pequeñas imágenes nodulares en

el lóbulo inferior derecho (LID) que hacían pensar en la presencia de metástasis, sin alteraciones mediastínicas. El rastreo abdominal demostró la presencia de una masa polilobulada por delante del cuerpo pancreático de 7,9 × 5 cm y se realizaron laparoscopia y biopsia de la misma, siendo el diagnóstico histológico compatible con proceso linfoide de similares características al proceso bronquial. Con el diagnóstico de LNH maligno B de grado intermedio-alto de malignidad tipo BALT en estadio IV-A, se inició tratamiento con quimioterapia (6 ciclos de CHOP: ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona) con posterior remisión completa y radiografía de tórax normal. El paciente continúa asintomático un año después del diagnóstico.

Caso 2

Varón de 77 años, minero jubilado por neumoconiosis complicada y obstrucción crónica al flujo aéreo, no fumador, que acudió por tos y disnea. La exploración física fue normal. No se observaron adenopatías periféricas. La analítica fue normal a excepción de urea (98 mg/dl), creatinina (1,3 mg/dl) y ácido úrico (8 mg/dl). En la radiografía de tórax se observaba un patrón intersticial bilateral en relación con su enfermedad profesional, así como masa hilar derecha. En la fibrobroncoscopia se apreciaron signos de antracosis bilateral y masa exofítica en el bronquio del LID, mamelonada, con signos de infiltración de la pared bronquial. Se realizó biopsia bronquial con inmunohistoquímica, siendo el diagnóstico histológico compatible con LNH linfocítico B tipo BALT. La TAC torácica demostró la presencia de neumoconiosis y estenosis del bronquio del LID sin adenopatías mediastínicas. En el rastreo abdominal no se encontraron alteraciones. Con este diagnóstico fue remitido al Servicio de Hematología, donde inició tratamiento con quimioterapia, con buena tolerancia y evolución.

Correspondencia: Dra. M.M. García Clemente.
Rúa, 7, 2.º, 33003 Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: mgclemen@las.es

Recibido: 11-11-2002; aceptado para su publicación: 3-12-2002.

Fig. 1. Radiografía de tórax: atelectasia completa del pulmón izquierdo.

Discusión

El LNH afecta a las estructuras torácicas, fundamentalmente al mediastino y parénquima pulmonar, en más del 43% de los pacientes en algún momento a lo largo de su evolución^{1,2}. La afección endobronquial es extremadamente rara incluso en presencia de enfermedad avanzada². Sin embargo, en un estudio broncoscópico de pacientes con LNH no tratados se observó una alta incidencia de afección endobronquial, superior a la esperada en función de los datos clínicos y radiológicos, lo que indica que la frecuencia de afección de la vía aérea en el LNH está infraestimada^{3,4}. Cuando aparecen estas lesiones endobronquiales, son más frecuentes en los bronquios principales, seguidos de los bronquios lobares y la tráquea. En el 30% de los casos se demuestra afección múltiple⁵.

La primera descripción de un LNH con afección endobronquial fue realizada por Dawe et al⁶ en 1955. Desde entonces se han descrito varios casos en la bibliografía, con mayor frecuencia en el LH que en el LNH. En un estudio necrópsico realizado por Vieta y Craver⁷ se observó afección endobronquial en 5 de 51 pacientes con LH y en ninguno de los pacientes con LNH. Otro estudio necrópsico llevado a cabo por Papaioannau y Watson objetivó solamente una lesión endobronquial en 93 casos de linfoma pulmonar primario⁸.

La patogenia del LNH endobronquial no está clara. La invasión bronquial desde los ganglios linfáticos mediastínicos o hiliares afectados⁹ o la diseminación a través de los vasos linfáticos¹⁰ parecen improbables, dada la ausencia de afección en otras regiones. Una explicación más plausible sería la formación de un LNH *de novo* en el tejido linfoide asociado al bronquio (BALT). Este tejido consiste en agregados linfoides que están localizados en las bifurcaciones de la vía aérea. Otros autores consideran que las sustancias carcinogénicas en la vía aérea pueden dar lugar a la degeneración maligna de los linfocitos presentes en el BALT^{11,12}.

Rose et al¹¹ describen dos patrones clinicorradiológicos de afección endobronquial en el LNH. El patrón

Fig. 2. Biopsia bronquial con tinción inmunohistoquímica CD-20.

tipo 1 consiste en una infiltración difusa submucosa en pacientes con evidencia clínica de linfoma sistémico. Es rara la sintomatología derivada de la obstrucción bronquial. El tipo 2 se caracteriza por una masa endobronquial en las vías aéreas centrales, sin lesiones sistémicas. Este patrón se ha asociado con signos de obstrucción de la vía aérea, como tos y sibilancias.

Nuestros pacientes corresponderían a este tipo 2, si bien en el primero, aunque la presentación inicial fue endobronquial, se trataba de un linfoma sistémico con afección bronquial, pulmonar y retroperitoneal. Los síntomas de presentación son generalmente inespecíficos, siendo lo más frecuente la presencia de disnea, tos, sibilancias y hemoptisis. Los pacientes están raramente asintomáticos.

La radiografía de tórax objetiva en la mitad de los casos un colapso pulmonar⁵, como ocurrió en el primer paciente, y en el 20% de los casos se observa una masa o sombra hilar, como ocurrió en el segundo paciente. No es habitual la presencia de una radiografía de tórax normal. El estudio endoscópico y la biopsia bronquial son necesarios para confirmar el diagnóstico.

La supervivencia es variable. La supervivencia media en pacientes con enfermedad localizada (tipo 2) es de tres años, comparada con 13 meses en el caso de enfermedad sistémica (tipo 1)^{1,5}. El pronóstico depende principalmente del grado histológico. No hay razón para seguir un tratamiento diferente del realizado en otras localizaciones.

En resumen, la importancia clínica de las lesiones endobronquiales malignas es la capacidad de producir obstrucción de la vía aérea y colapso pulmonar. En nuestro primer paciente la historia de tabaquismo era altamente indicativa de carcinoma pulmonar primario, lo que estaría asociado a un peor pronóstico. Es por tanto muy importante establecer un diagnóstico de linfoma, ya que, a diferencia de muchos carcinomas localizados en la misma zona, el tratamiento puede conducir a la curación.

Aunque el crecimiento endobronquial de un LNH es raro, cuando un paciente con linfoma presenta hemopti-

sis, neumonías de repetición o atelectasia radiológica, debe tenerse en cuenta la posibilidad de una lesión endobronquial con el fin de plantearse la realización de broncoscopia. La imagen endoscópica permitiría asimismo valorar la evolución del paciente tras el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. McRae WM, Wong CS, Jeffery GM. Endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *Respir Med* 1998;92:975-7.
2. Kilgore TL, Chasen MH. Endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *Chest* 1983;84:58-61.
3. Gallagher CJ, Knowles GK, Habeshaw JA, Green M, Malpas JS, Lister TA. Early involvement of the bronchi in patients with malignant lymphoma. *Br J Cancer* 1983;48:777-81.
4. Spapen H, Impens N, Eeckhout E, Vandermoten G, Schandevyl W. Bronchial obstruction caused by a solitary endobronchial non-Hodgkin lymphoma. *Eur J Respir Dis* 1987;71:130-1.
5. Eng J, Sabanathan S. Endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *J Cardiovasc Surg* 1993;34:351-4.
6. Dawe CJ, Woolner LB, Parkhill EM, McDonald JR. Cytological studies of sputum secretions and serous fluids in malignant lymphoma. *Am J Clin Pathol* 1955;25:480-8.
7. Vieta JO, Craver LF. Intrathorac manifestations of the lymphomatoid diseases. *Radiology* 1941;37:138-59.
8. Papaioannau AN, Watson WL. Primary lymphoma of the lung: an appraisal of its natural history and a comparison with other localized lymphoma. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 1965;49:373-87.
9. Xaubet A, Santabarbara P, Llebaria C, Marín A, Agustí-Vidal A, Ingelmo M, et al. Endobronchial involvement in non-Hodgkin lymphoma. *Eur J Respir Dis* 1986;69:57-60.
10. Stern OS, Tulgan H, Budnitz J. Endobronchial presentation of malignant lymphoma. *Am Rev Respir Dis* 1968;98:872-4.
11. Rose RM, Grigas D, Strattemeir E, Harris NL, Linggood RM. Endobronchial involvement with non-Hodgkin's lymphoma. A clinical-radiologic analysis. *Cancer* 1986; 57:1750-5.
12. Padilla Navas I, Shum C, Carratalá JA, Sánchez JR, Ramos JA, García Pachón E. Afectación endobronquial en el linfoma no hodgkiniano. *Arch Bronconeumol* 1994;30:49-51.