



Linfoma pulmonar primario con afectación pleural como manifestación inicial de sida

Sr. Director: Los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tienen una mayor predisposición para desarrollar linfomas no hodgkinianos (LNH), con lesiones extranodales en cerca del 90% de los casos¹. Si bien las series necrópsicas muestran un 70% de afectación pleuropulmonar en pacientes con LNH sistémico asociado a sida², el linfoma pulmonar primario (LPP) es una rara eventualidad en este tipo de enfermos, habiéndose descrito alrededor de una treintena de casos (MEDLINE, 1980-2002; palabras clave: *pulmonary lymphoma, HIV, AIDS*)³. El que aquí presentamos tiene dos hechos excepcionales: el LPP representó la primera manifestación del sida y se demostró afectación linfomatososa de la pleura.

Mujer de 60 años, sin antecedentes conocidos, que ingresó por tos, expectoración, disnea de esfuer-

zo, anorexia y pérdida de 7 kg de peso de un mes de evolución. En la exploración destacaban una temperatura de 38 °C, ausencia de muguet oral, pequeñas adenopatías laterocervicales y axilares, y semiología de derrame pleural derecho. La radiografía de tórax mostró un aumento de densidad en el lóbulo inferior derecho asociado a derrame pleural. Estos hallazgos se confirmaron en una tomografía computarizada torácica, que definía la lesión pulmonar como una masa cavitada heterogénea, sin que se apreciaran adenomegalias (fig. 1). En la analítica destacaban: leucocitos, $3,6 \times 10^9/l$; hemoglobina, 9,8 g/dl; VCM, 81 fl; plaquetas, $380 \times 10^9/l$; lactatodeshidrogenasa, 729 U/l, y proteínas, 6,7 g/dl. Las características del líquido pleural fueron: hematíes, $0,56 \times 10^9/l$; leucocitos, $0,5 \times 10^9/l$ (90% linfocitos); glucosa, 95 mg/dl; proteínas, 5,18 mg/dl; lactatodeshidrogenasa, 1.016 U/l; ADA, 32,5 U/l, y pH, 7,44. Los cultivos bacterianos y micobacterianos realizados fueron negativos y no se detectó la presencia de células atípicas. En la broncoscopia no se detectaron lesiones endobronquiales y los estudios citológicos y microbiológicos del broncoaspirado fueron negativos. La biopsia pleural con aguja se informó de pleuritis inespecífica. La paciente permaneció febril durante tres semanas mientras recibía tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico. Se efectuó una toracotomía, en el curso de la cual se extirpó el lóbulo inferior derecho pulmonar. El examen histológico del pulmón y la pleura parietal fue diagnóstico de LNH B de alto grado de malignidad. Un aspirado medular, una tomografía computarizada abdominal y un examen del líquido cefalorraquídeo resultaron normales. Se solicitaron anticuerpos anti-VIH, que fueron positivos, así como el perfil linfoide (linfocitos CD4, $0,10 \times 10^9/l$) y la carga viral del VIH (40.000 copias/ml). En la anamnesis, la paciente no refería drogadicción, aunque había tenido contactos heterosexuales diversos. Aceptó un tratamiento antirretroviral de gran actividad, pero no la quimioterapia. A los 18 meses del diagnóstico reingresó por progresión de la enfermedad tumoral y falleció.

La definición de LPP exige la ausencia de adenopatías mediastínicas e hiliares y de extensión extratorácica durante los tres meses que siguen al diagnóstico. Se trata de una enfermedad rara que representa menos del 1% de los LNH⁴. La mayor parte de LPP son tumores de células B de bajo grado de malignidad (linfomas BALT/MALT), pero en los pacientes con inmunodeficiencias predomina el tipo histológico de células B grandes con alto grado de malignidad⁵. En una serie de 12 pacientes con LPP asociado a sida, el diagnóstico de la infección por el VIH precedió de uno a 8 años al del linfoma³. Sólo tres de estos pacientes no habían padecido aún ningún cuadro definitorio de sida cuando desarrollaron el LPP³. Todos eran sujetos con inmunodepresión intensa, con cifras de linfocitos CD4 inferiores a $0,05 \times$

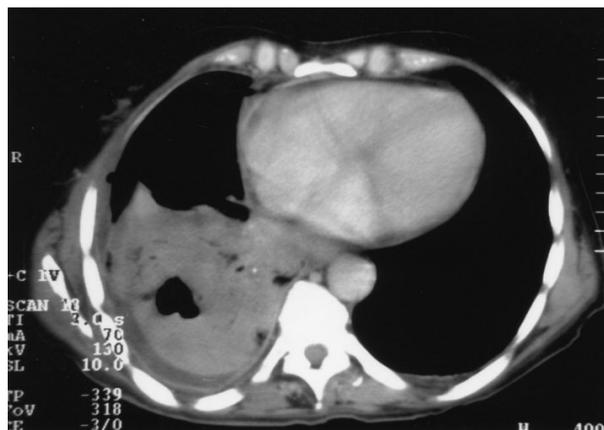


Fig. 1. Tomografía axial computarizada torácica: masa pulmonar cavitada con derrame pleural asociado.

CARTAS AL DIRECTOR

10⁹/l. La expresión radiológica del LPP consiste en nódulos uni o bilaterales o en un infiltrado o una masa pulmonar en el área subpleural, que pueden cavitarse^{3,6}. Aunque los derrames pleurales se han descrito en cerca del 15% de los sujetos inmunocompetentes con LPP^{4,7}, sólo se detectó en uno de los pacientes positivos para el VIH del estudio antes mencionado³. Probablemente se trata del mismo sujeto referido en otra serie de los mismos autores⁶, donde se especifica que el derrame pleural coincidió con el postoperatorio de una biopsia pulmonar, sin que se demostrara afectación linfomatosa de la pleura en la autopsia. En nuestro caso, la pleura se pudo ver afectada por contigüidad. El diagnóstico de LPP requiere el examen de una biopsia pulmonar obtenida mediante aguja transtorácica, toracoscopia o toracotomía. En la serie referida la supervivencia media fue de 4 meses (< 1 a 17 meses) y los pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad o infecciones oportunistas³. El tratamiento debe individualizarse, pero incluye la

combinación de antirretrovirales, cirugía y quimioterapia.

J.M. Porcel Pérez y M. Rubio Caballero
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Arnau de Vilanova.
Lleida, España.

1. Spano JP, Atlan D, Breau JL, Farge D. AIDS and non-AIDS-related malignancies: a new vexing challenge in HIV-positive patients. Part I: Kaposi's sarcoma, non-Hodgkin's lymphoma, and Hodgkin's lymphoma. *Eur J Intern Med* 2002;13:170-9.
2. Eisner MD, Kaplan LD, Herndier B, Stulberg MS. The pulmonary manifestations of AIDS-related non-Hodgkin's lymphoma. *Chest* 1996;110:729-36.
3. Ray P, Antoine M, Mary-Krause M, Lebrette MG, Wislez M, Duvivier C, et al. AIDS-related primary pulmonary lymphoma. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158:1221-9.
4. Habermann TM, Ryu JH, Inwards DJ, Kurtin PJ. Primary pulmonary lymphoma. *Semin Oncol* 1999;26:307-15.
5. Cadranet J, Wislez M, Antoine M. Primary pulmonary lymphoma. *Eur Respir J* 2002;20:750-62.
6. Bazot M, Cadranet J, Benayoun S, Tassart M, Bigot JM, Carette MF. Primary pulmonary AIDS-related lymphoma. Radiographic and CT findings. *Chest* 1999;116:1282-6.
7. Ferraro P, Trastek VF, Adlakha H, Deschamps C, Allen MS, Pairolero PC. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the lung. *Ann Thorac Surg* 2000;69:993-7.