

Neumonía eosinofílica como manifestación paraneoplásica de un adenocarcinoma de colon



Eosinophilic pneumonia as a paraneoplastic manifestation of colon adenocarcinoma

Sr. Director:

La eosinofilia es infrecuente en el cáncer, pero está bien estudiada¹. La eosinofilia paraneoplásica se observa con mayor frecuencia en neoplasias hematológicas, aunque también se ha observado en tumores sólidos¹. Esta asociación suele ser indicativa de una evolución agresiva y un mal pronóstico¹. Las causas de la neumonía eosinofílica (NE) pueden ser diversas pero, en el contexto del cáncer, es extremadamente rara²⁻⁵. Presentamos el caso de un varón de 53 años de edad, fumador y trabajador de una fábrica de pinturas. Se trataba de un paciente hipertenso tratado con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, sin otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.

El paciente presentaba tos seca, disnea con el ejercicio moderado y síntomas generales (pérdida de 5 kg de peso) de un mes de evolución. La exploración física reveló crepitantes inspiratorios en ambas bases pulmonares y sibilancias difusas. El análisis de sangre inicial indicó leucocitosis con eosinofilia (47,3%; $6,20 \times 10^9/l$) y una elevada concentración de la proteína C reactiva (93,9 mg/dl). En la radiología de tórax se observaron infiltrados heterogéneos difusos y se detectó hipoxemia moderada (PaO₂, 64 mmHg). Los cultivos bacterianos y la tinción para micobacterias del esputo dieron resultados negativos.

La tomografía axial computarizada (TAC) torácica de alta resolución mostró áreas de opacidad subpleural en vidrio esmerilado, principalmente en los lóbulos superiores, áreas de engrosamiento del septo interlobulillar, especialmente en los lóbulos inferiores, y engrosamiento de ganglios linfáticos mediastínicos (fig. 1). En la broncoscopia no se detectaron lesiones endobronquiales. Los recuentos celulares total y diferencial del lavado broncoalveolar mostraron alveolitis eosinofílica intensa (39%), pero sin presencia de microorganismos ni de células malignas. En la biopsia transbronquial guiada mediante ecografía endobronquial de las adenopatías mediastínicas se detectaron células de adenocarcinoma. Se excluyeron todas las posibles causas de NE. La TAC abdominopélvica reveló una masa neoplásica en el ángulo hepático del colon y varias lesiones metastásicas hepáticas. A pesar del tratamiento con dosis altas de corticosteroides y quimioterapia con ácido folínico, fluorouracilo e irinotecán (FOLFIRI), el deterioro del estado del paciente continuó, con insuficiencia respiratoria y progresión de las lesiones radiológicas, y este falleció 2 meses después del diagnóstico.

Se trata de la primera comunicación de un caso de NE como manifestación principal del cáncer de colon. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, solamente se ha informado de 4 casos de NE como síndrome paraneoplásico²⁻⁵.

Se han propuesto diversas explicaciones de la eosinofilia en el cáncer, pero la más coherente parece ser la de la estimulación de la médula ósea por factores circulantes secretados por el tumor (interleucina [IL]-5, IL-3 y los factores estimuladores de colonias G-CSF y GM-CSF)¹.

En ausencia de otras lesiones orgánicas, no existe una asociación clara entre eosinofilia y NE, aunque una posible explicación sería la presencia de una metástasis pulmonar temprana con proliferación eosinofílica local, como parece haber sucedido en los demás casos notificados de NE asociada a cáncer²⁻⁵.

En el contexto de la neoplasia maligna, la eosinofilia periférica suele ser un signo de diseminación de la enfermedad y se asocia a mal pronóstico¹. Sin embargo, no todos los casos de NE maligna descritos hasta la fecha, aunque si la mayor parte, presentaban enfermedad metastásica²⁻⁵. La evolución de los casos notificados fue variable, y las metástasis parecerían estar más estrechamente relacionadas con el tipo y la extensión del cáncer que con la presencia de NE²⁻⁵. En este contexto, aparte de corticosteroides, no se ha definido ningún tratamiento específico para la NE²⁻⁵.

La detección de una eosinofilia requiere análisis exhaustivos y la consideración de un posible fenómeno paraneoplásico en todos los casos.

Financiación

No se ha recibido ninguna fuente de financiación para la realización de este trabajo.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo del personal de los Servicios de Neumología y Oncología del Centro Hospitalario São João.

Bibliografía

1. Verstraeten AS, de Weerd A, van Den Eynden G, van Marck E, Snoeckx A, Jorens PG. Excessive eosinophilia as paraneoplastic syndrome in a patient with non-small-cell lung carcinoma: A case report and review of the literature. *Acta Clin Belg.* 2011;66:293-7.
2. Ishiguro T, Kimura H, Araya T, Minato H, Katayama N, Yasui M, et al. Eosinophilic pneumonia and thoracic metastases as an initial manifestation of prostatic carcinoma. *Intern Med.* 2008;47:1419-23.
3. Horie S, Okubo Y, Suzuki J, Isobe M. An emaciated man with eosinophilic pneumonia. *Lancet.* 1996;348:166.
4. Valdivia-Arenas MA, Khayat R. An asian woman with eosinophilia and bilateral pulmonary infiltrates. *Respiration.* 2007;74:224-7.

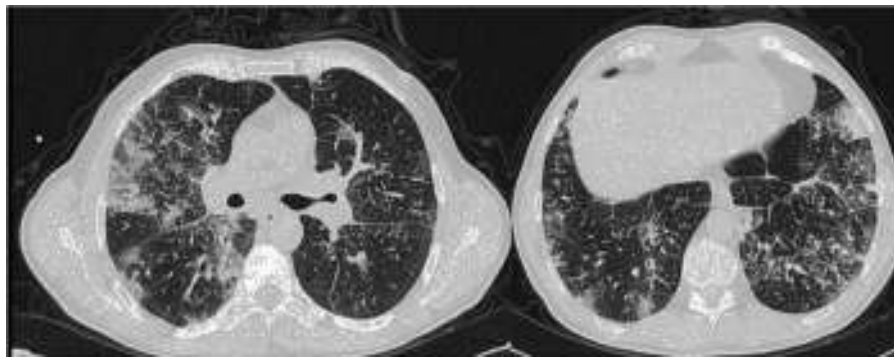


Figura 1. Tomografía axial computarizada de tórax, que muestra áreas subpleurales de opacidad en vidrio esmerilado, principalmente en los lóbulos superiores, y áreas de engrosamiento del septo interlobulillar, especialmente en los lóbulos inferiores.

5. Kalra A, Fabius D, Gajera M, Palaniswamy C. Triad of interstitial pneumonia, eosinophilia, and eosinophilic pleural effusion: A rare paraneoplastic manifestation of lung adenocarcinoma. *Chest*. 2010;138(N.º 4 Meeting Abstracts):101A.

David Araújo^{a,*}, Leonor Meira^a, Carlos Moreira^b
y António Morais^{a,c}

^a Servicio de Neumología, Centro Hospitalario São João, Oporto, Portugal

^b Servicio de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalario São João, Oporto, Portugal
^c Faculdade de Medicina do Porto, Portugal

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: d.araujo90@hotmail.com (D. Araújo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.04.015>

Tumor fibroso solitario intrapulmonar: ¿benigno o maligno?



Intrapulmonary Solitary Fibrous Tumors: Benign or Malignant?

Sr. Editor:

Hemos tratado a una mujer de 59 años portadora de una masa pulmonar, que consultó por molestias en hemitórax izquierdo de tres meses de evolución. En la TC de tórax se evidenció una masa de 67 × 87 mm de bordes definidos, densidad de tejidos blandos y calcificaciones periféricas, en el lóbulo inferior izquierdo; y otra lesión en el mismo lóbulo de 26 × 39 mm de iguales características.

A 15 días del diagnóstico, y con estadificación clínica negativa, se realizó una lobectomía inferior izquierda con ampliación de la resección al diafragma. La anatomía patológica reveló dos tumoraciones, una de 80 × 63 mm y otra de 45 × 34 mm con márgenes libres. Microscopia idéntica para ambas con informe de neoplasia de células fusadas, de núcleos alargados e hiper cromáticos, y áreas de células epitelioides. Fibras musculares diafragmáticas sin signos de infiltración neoplásica. Inmunohistoquímica positiva para CD34 y Bcl-2, con factor de proliferación (Ki67) del 2%. Diagnóstico de tumor fibroso intrapulmonar con compromiso pleural.

La paciente permaneció asintomática y libre de enfermedad hasta 16 meses del postoperatorio, cuando se detectan múltiples

nódulos compatibles con metástasis en pulmones, pleura, hígado, hueso y músculos (fig. 1).

Se realizó biopsia de pulmón y la anatomía patológica informó de las mismas características microscópicas que las lesiones previas, con factor de proliferación Ki67 del 10%.

Se asumió el caso como tumor fibroso metastásico y en comité se decidió realizar cuatro ciclos de quimioterapia con adriblastina.

La enfermedad progresó con crecimiento de las lesiones, dolor, colestasis, síndrome pilórico y disnea. Posterior a esto, una biopsia incisional de una lesión en antebrazo reveló nuevamente las mismas características tumorales, pero esta vez con un factor de proliferación Ki67 del 25%.

Actualmente, a dos años del diagnóstico, la paciente está recibiendo tratamiento de segunda línea con paclitaxel con escasa respuesta y en plan de radioterapia local^{1,2}.

El tumor fibroso intrapulmonar es muy raro y se forma a partir de los fibroblastos submesoteliales del parénquima pulmonar³. Es de lento crecimiento, comportamiento benigno y hallazgo incidental. Más raro aún es su comportamiento maligno, como es el caso que presentamos.

Radiológicamente se manifiesta como nódulo de márgenes definidos, con o sin calcificaciones en su interior y captación heterogénea de contraste intravenoso⁴. Histológicamente presenta las características antes mencionadas y es idéntico al tumor fibroso de

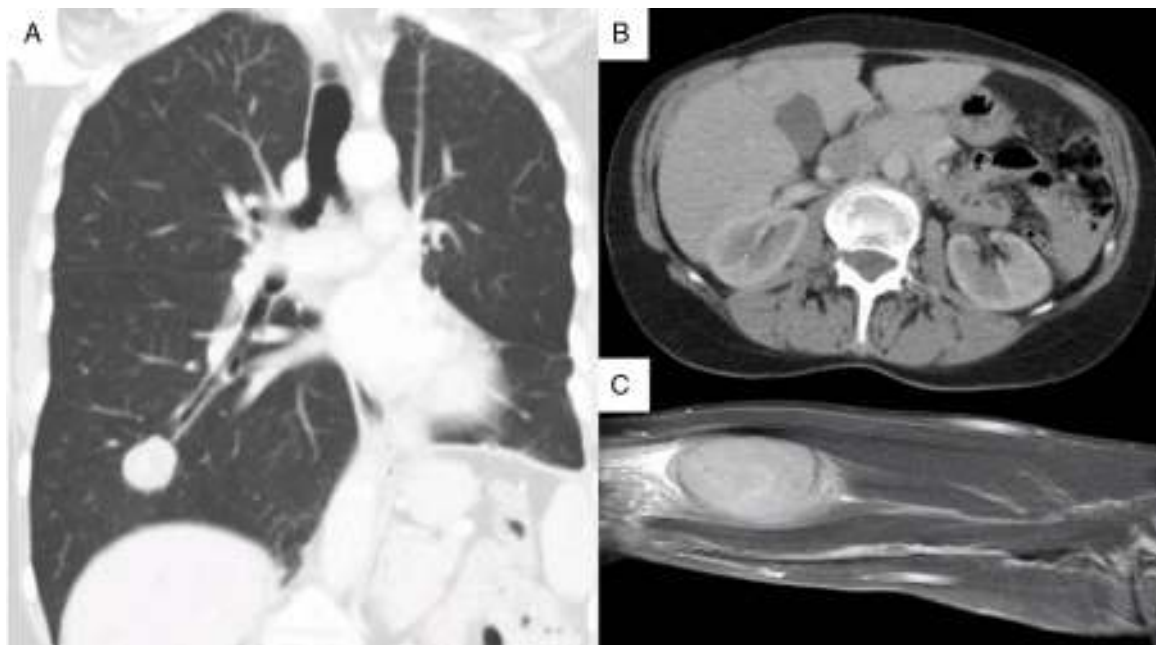


Figura 1. A) Tomografía computarizada de tórax, que muestra imagen nodular de 25 mm en campo pulmonar derecho, segmento basal. B) Corte tomográfico de abdomen donde se aprecia imagen en segmento V hepático, de aproximadamente 30 mm. C) Resonancia magnética que muestra formación nodular situada entre los planos musculares de la región palmar y tercio distal del antebrazo derecho de 50 × 30 × 20 mm.