

Afectación traqueobronquial en el linfoma no hodgkiniano

I. Padilla Navas, C. Shum, J.A. Carratalá, J.R. Sánchez, J.A. Ramos* y E. García-Pachón**

Sección de Neumología. * Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Elche. Elche. Alicante.

** Sección de Neumología. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante.

La afectación traqueobronquial por linfoma no hodgkiniano (LNH) se ha descrito en muy pocas ocasiones. Se presentan 2 pacientes con LNH y afectación endobronquial de características diferentes. En el primero se observó afectación difusa de la mucosa bronquial en el contexto de un LNH sistémico de 10 años de evolución. En el segundo paciente, la afectación endobronquial consistió en una masa que obstruía la tráquea y el bronquio principal derecho y fue en este caso la primera manifestación del linfoma.

Arch Bronconeumol 1994; 30:49-51.

Tracheo-bronchial involvement in non Hodgkin's lymphoma

Tracheo-bronchial involvement in non Hodgkin's lymphoma (NHL) has been little described. We present two patients with NHL and endobronchial involvement of different characteristics. In the first case diffuse involvement of the bronchial mucosa was observed in the context of a systemic NHL of 10 years' duration. In the second patient, endobronchial involvement consisted of a mass obstructing the trachea and the right main bronchus which was the first manifestation of lymphoma.

Introducción

La afectación traqueobronquial por linfoma ha sido descrita en pocas ocasiones y, cuando se produce, ocurre con más frecuencia en la enfermedad de Hodgkin que en el linfoma no hodgkiniano. Así, en un estudio necrópsico clásico, Vieta y Craver¹ sólo encontraron afectación endobronquial en 5 de 51 pacientes con enfermedad de Hodgkin y en ninguno de los 55 pacientes con linfoma no hodgkiniano. Posteriormente, en un estudio en el que se realizaba broncofibroscopia en el momento de la estadificación de 25 pacientes con linfoma, se observó en 8 de ellos afectación endobronquial², datos que sugieren que el hallazgo de este tipo de afectación es quizás más frecuente de lo que se sospecha por la clínica. No obstante, las descripciones de estos procesos siguen siendo muy escasas y, en general, de casos aislados.

Presentamos 2 pacientes con afectación traqueobronquial por linfoma no hodgkiniano con características clínicas, radiológicas y endoscópicas distintas.

Observaciones clínicas

Caso 1

Varón de 48 años que fue remitido para valoración de radiografía de tórax patológica. El paciente había sido diagnosticado 10 años antes de linfoma no hodgkiniano de bajo grado, originado en el anillo de Waldeyer. No se observó en el estudio de extensión afectación ganglionar, hepática ni de medula ósea. Recibió radioterapia local y múltiples ciclos de quimioterapia con remisión total de la enfermedad. A los 6 años del diagnóstico presentó tumoración en bíceps sural derecho, cuya biopsia demostró la recidiva del linfoma. En el seguimiento del paciente se apreció en la radiografía de tórax condensación basal derecha y pequeño derrame pleural, interpretado como neumonía; tratado con antibióticos tuvo buena evolución clínica inicial. En los controles posteriores observaron la progresión de las imágenes radiológicas, con aparición de un nuevo infiltrado pulmonar en lóbulo inferior izquierdo, añadido a las alteraciones previas (fig. 1), por lo que fue remitido a nuestra sección. Se realizó broncofibroscopia que mostró engrosamiento de la mucosa de los bronquios segmentarios de ambas pirámides basales, de superficie irregular con aspecto de infiltración neoplásica, que disminuía las luces bronquiales siendo casi total la obstrucción en el bronquio del segmento 6 izquierdo. La biopsia bronquial fue informada como infiltración por linfoma bien diferenciado, con diferenciación plasmocitoide, productor de IgM lambda monoclonal. El paciente refería ya en este momento astenia, anorexia, pérdida de más de 10 kg de peso

Correspondencia: Dra. I. Padilla Navas.

Avda. Novelda, 8. 5.º 2.ª. 03206 Elche. Alicante.

Recibido el 22-3-1993; aceptado para su publicación el 20-4-1993.

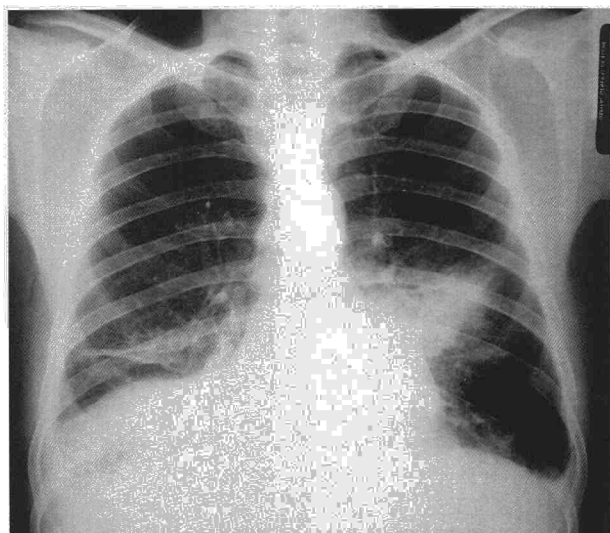


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax del caso 1. Se observa condensación basal derecha con pérdida de volumen del lóbulo inferior y lóbulo medio con engrosamiento de cisura menor y pequeño derrame pleural. Infiltrado alveolointersticial en el segmento 6 izquierdo.

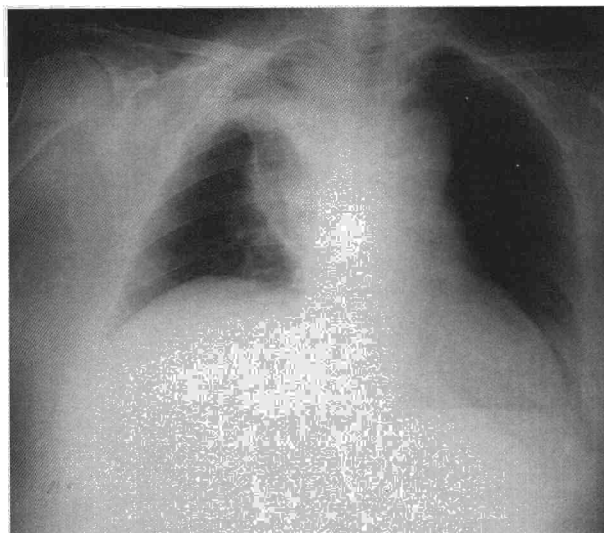


Fig. 2. Radiografía posteroanterior de tórax del caso 2 que muestra atelectasia-condensación del lóbulo superior derecho con elevación del hemidiafragma ipsilateral.

y hemoptisis. Se objetivó afectación subdiafragmática por el linfoma y, a pesar de reiniciar la quimioterapia, presentó una evolución clínica desfavorable, con deterioro progresivo y falleció 6 meses después.

Caso 2

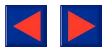
Mujer de 74 años que ingresó por disnea de reposo. Presentaba desde 4 meses antes tos con expectoración blanquecina, añadiéndose en los últimos 2 meses disnea de intensidad progresiva que aumentaba con el decúbito supino, sibilantes ocasionales y un esputo hemoptóico el día previo a su ingreso. No refería fiebre, anorexia ni pérdida de peso. La paciente no era fumadora ni tenía otros antecedentes de interés. En la exploración física destacaba taquipnea de 36 respiraciones/min. No había adenopatías periféricas ni ingurgitación yugular. La auscultación cardíaca fue normal, y en la auscultación respiratoria se apreciaba espiración alargada, con algunos sibilantes diseminados. En abdomen no había visceromegalias. No se observaron otras alteraciones. Los análisis practicados fueron normales, excepto leucocitosis ($15,8 \times 10^9/l$ con 90 % de segmentados), VSG de 93 mm y glucemia de 21,07 mmol/l. La gasometría arterial con FiO_2 0,21 mostró pH 7,385, PaO_2 63 mmHg y $PaCO_2$ 46 mmHg. En la radiografía de tórax en el momento de su ingreso se observaba atelectasia-condensación del lóbulo superior derecho y elevación del hemidiafragma ipsilateral (fig. 2). Se realizó una broncofibroscopia detectándose en tráquea, a 8 cm de cuerdas vocales, una masa exofítica de superficie irregular, mamelonada, que obstruía el 80 % de la luz traqueal, que se extendía distalmente y afectaba el bronquio principal derecho, cuya obstrucción era casi total, sin permitir el paso del broncoscopio. Se realizó biopsia, cepillado y broncoaspirado con el resultado anatomopatológico de linfoma maligno no hodgkiniano difuso de células pequeñas y grandes. El estado clínico de la paciente no permitió la colaboración suficiente para realizar otras exploraciones. Presentó un rápido deterioro clínico, con colapso completo del pulmón derecho, insuficiencia respiratoria aguda, sin respuesta al tratamiento, y falleció al séptimo día de su ingreso. No se autorizó el estudio necrópsico.

Discusión

Los 2 casos presentados muestran características clínicas, radiológicas y endoscópicas bien diferenciadas de afectación traqueobronquial por linfoma no hodgkiniano. Rose et al³, a partir del análisis de 3 casos propios y de la revisión de los casos publicados en la literatura, establecieron que el linfoma no hodgkiniano con afectación endobronquial puede presentarse siguiendo dos patrones clinicorradiológicos distintos. El más frecuente, que denominaron tipo 1, consistiría en la presencia de infiltración difusa submucosa en pacientes con evidencia clínica de linfoma sistémico. En el otro patrón, tipo 2, los hallazgos endoscópicos consisten en la presencia de masas endobronquiales localizadas.

El primero de nuestros casos era un paciente diagnosticado 10 años antes de linfoma no hodgkiniano con remisión inicial y recidiva posterior, en el que se observó afectación endobronquial difusa, características que corresponden al tipo 1 de Rose et al³. En estos casos la alteración radiológica es constante, en forma de adenopatías regionales y/o infiltrados parenquimatosos³. En nuestro paciente la infiltración difusa de la mucosa había progresado hasta ocluir casi por completo la luz de un bronquio segmentario; sin embargo, este es un hallazgo infrecuente, pues los signos de obstrucción bronquial en la afectación tipo 1 sólo habían sido descritos previamente en dos casos^{4,5}. En el contexto de un linfoma no hodgkiniano ya diagnosticado, la presencia de anomalías en la radiología de tórax hace sospechar la posible afectación intratorácica por esta enfermedad, aun en ausencia de adenopatías mediastínicas o hiliares, habituales cuando hay lesión parenquimatosa⁶.

Menos frecuente y por lo tanto mayor dificultad diagnóstica supone el segundo de los casos aportados.



En nuestra paciente, la afectación traqueobronquial por el linfoma no hodgkiniano ocasionaba una intensa obstrucción de la vía aérea superior que le causó el fallecimiento antes de poder iniciar el tratamiento adecuado. Pero esta forma clínica tan dramática, aunque descrita con anterioridad⁷, no es frecuente. Este segundo caso, corresponde al tipo 2 de afectación endobronquial de la clasificación propuesta por Rose et al³, del que estos autores sólo habían recogido 8 casos en la literatura. Este tipo consiste en la presencia de masas endobronquiales localizadas y se asocia, en todos los casos, a signos clínicos de obstrucción como tos y sibilantes. La imagen radiológica que se observa consiste en grados diversos de atelectasia. Como ocurrió en nuestra paciente, en la afectación del tipo 2 los síntomas respiratorios pueden ser la forma de presentación del linfoma no hodgkiniano.

La participación traqueal en la afectación endobronquial de nuestra paciente (caso 2) es otro hallazgo infrecuente, aunque ya ha sido descrita esta localización traqueal en linfomas sistémicos⁷ así como la existencia de linfomas primarios de tráquea⁸. En el caso que presentamos, la mala situación clínica de la paciente, que no posibilitó realizar otras exploraciones, y la falta de estudio necrópsico impiden especular sobre el origen y extensión del linfoma. Para considerar que un linfoma es primario de pulmón se requiere que no coexista afectación extratorácica al menos en los tres meses siguientes a su diagnóstico⁹.

Los casos presentados responden a las dos formas de afectación endobronquial del linfoma no hodgki-

niano. Sus características diferentes traducen, probablemente, dos formas distintas de diseminación de la enfermedad. Debido a las pocas descripciones, la respuesta al tratamiento y el pronóstico en los casos de afectación endobronquial no están bien establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vieta JO, Craver LF. Intrathoracic manifestations of the lymphomatoid diseases. *Radiology* 1941; 37:138-157.
2. Gallagher CJ, Knowles GK, Habeshaw JA, Green M, Malpas JS, Lister TA. Early involvement of the bronchi in patients with Hodgkin's disease and non-Hodgkin lymphoma. *Br J Cancer* 1983; 48:777-781.
3. Rose RM, Grigas D, Strättemeir E, Harris NL, Linggood RM. Endobronchial involvement with non-Hodgkin's lymphoma. A clinical-radiologic analysis. *Cancer* 1986; 57:1.750-1.755.
4. Kilgore TL, Chasen MH. Endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *Chest* 1983; 84:58-61.
5. Case records of the Massachusetts General Hospital. *N Eng J Med* 1984; 310:1.653-1.661.
6. North LB, Libshitz HI, Lorigan JG. Thoracic lymphoma. *Radiol Clin N Am* 1990; 28:745-762.
7. Hessen H, Houck J, Harvey H. Airway obstruction due to lymphoma of the larynx and trachea. *Laryngoscope* 1988; 98:176-180.
8. Kaplan MA, Pettit CL, Zukerberg LR, Harris NL. Primary lymphoma of the trachea with morphologic and immunophenotypic characteristics of low-grade B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. *Am J Surg Pathol* 1992; 16:71-75.
9. Saltzstein SI. Pulmonary malignant lymphomas and pseudolymphomas: classification, therapy, and prognosis. *Cancer* 1963; 16:928-934.