

Nódulos pulmonares reumatoides cavitados. A propósito de un caso

Sr. Director: Las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoidea (AR) ha adquirido interés en los últimos años. La afectación pleuropulmonar puede producir distintos patrones¹, siendo los nódulos reumatoideos la expresión más específica². Presentamos un nuevo caso, con manifestación pulmonar nodular y sin participación articular. El número de casos con estas características en la literatura es escaso.

Varón de 42 años, pastor, con antecedentes de brucelosis, fumador de 50 cigarrillos/día. Días previos al ingreso comienza con astenia, anorexia, sensación febril, disnea con tos y expectoración mucoide. A su ingreso, afebril, normotenso, aspecto congestivo y moderada ingurgitación yugular; roncus diseminados y estertores crepitantes en ambas bases pulmonares. Hepatomegalia de tres cm, edemas en E.E.I.I. La radiografía de tórax mostró afectación parenquimatosa difusa con múltiples imágenes nodulares distribuidas por ambos campos, de tamaño variable y densidad homogénea (fig. 1). Analíticamente: látex (+++); Wailer Rose (+) 1/20; estudios hematológicos, bioquímicos, inmunológicos y microbiológicos normales. Serie ósea, gammagrafía pulmonar normal; TAC torácica: imágenes nodulares, algunas cavitadas en ambos campos. Punción aspirativa sin hallazgos.

Se procedió a la práctica de una toracotomía exploradora encontrando múltiples nódulos que se puncionan obteniendo material purulento. El diagnóstico anatomopatológico es de proceso granulomatoso necrotizante no caseoso pulmonar, superponible a las afectaciones pulmonares de la AR de tipo nodular.

Se indicó tratamiento corticoideo por vía oral, inicialmente 60 mg/día disminuyendo progresivamente hasta una dosis de mantenimiento de 8 mg/día. Tras un año de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático, habiendo disminuido de tamaño algunos nódulos y desapareciendo otros; sin mostrar manifestaciones a nivel articular.

La afectación nodular pulmonar en la AR es rara; suele ser subpleural, múltiple o solitaria y puede acontecer en cualquier momento de la enfermedad e incluso preceder a la aparición de la artritis³. Afecta con más frecuencia a varones de mediana edad.

En 1976, Brancos et al⁴ publican el primer caso de pulmón reumatoide en nuestro país y confirman la rareza de tal manifestación extraarticular.

Las lesiones radiológicas de tipo retículo-nodular son de etiopatogenia muy variada y correspon-

den a cuadros histopatológicos diversos: TBC, micosis, sarcoidosis, neumoconiosis, granulomatosis de Wegener, granulomatosis linfomatoide, neoplasias.

En ocasiones, el diagnóstico puede establecerse mediante la realización de una biopsia⁵ aspirativa percutánea. Anatomopatológicamente los nódulos son indistinguibles de los reumatoideos subcutáneos⁶. En nuestro caso, la imagen era típicamente reumática, sin observarse signos de vasculitis⁷ que se describen a veces en la AR, ni signos de angiodestrucción en las lesiones necróticas, como en la granulomatosis de Wegener; tampoco figuras atípicas en el componente linfocitario descrito en la granulomatosis linfomatoide. Destacamos la precocidad de las manifestaciones pulmonares en este paciente afecto de enfermedad reumatoide.

F. Cabeza, M.A. Pascual, M.P. Arazo, A. Hernández Caballero y J.R. Muñoz*
Departamento de Medicina Interna.
Cátedra de Patología General*.
Hospital General Miguel Servet.
Zaragoza.

BIBLIOGRAFIA

1. Arnal C, Morera J, Sanz M, Liense E. La radiología de tórax en la artritis reumatoide. Estudio de 89 enfermos. *Med Clin (Barcelona)* 1981; 76:49-51.
2. Hitado J, Escribano S, Román A, Méndez A, Mosquera JA. Lesiones pleuropulmonares en la enfermedad reumática. *Rev Esp Reumatol* 1979; 6:191-235.
3. Rubin E, Gordon M, Thelmo S. Nodular pleuropulmonary rheumatoid disease. *Am J Med* 1967; 42:567-581.
4. Brancos MA, Redondo C, Rotés J, Granados J, Coll J. Pulmón reumatoide. A propósito de un caso. *Rev Esp Reumatol* 1976; 3:293-297.
5. Scadding JG. Lung biopsy in the diagnosis of diffuse lung disease. *Br Med J* 1970; 2:557-564.
6. Sichere P. Nodule rheumatoide. *Rev Rheumatol* 1985; 15:165-169.
7. Lakhanpal S, Conn DL, Lie J. Clinical and prognostic significance of vasculitis as an early manifestation of connective tissue disease syndrome. *Ann Intern Med* 1984; 101:743-748.

Bronquio traqueal

Sr. Director: El bronquio traqueal es una anomalía poco común del árbol traqueobronquial caracterizado por la existencia de un bronquio que saliendo de la tráquea, airea el lóbulo superior total o parcialmente. Usualmente asintomáticos y de preferente localización derecha, se diagnostican cuando, debido a otras causas, se indican fibrobroncoscopia y/o broncografía. Presentamos el caso de un hombre en quien se descubrió bronquio



traqueal derecho mediante fibrobroncoscopia indicada por proceso neumónico lejano al sitio de origen del bronquio traqueal. Se trata de un varón de 51 años de edad, sin antecedentes de interés, que es remitido a nuestro centro por padecer neumonía de lóbulo inferior derecho con pérdida de volumen. Mediante fibrobroncoscopia se observó a un centímetro sobre la carina la presencia de un bronquio traqueal, que fue confirmado posteriormente mediante broncografía, objetivándose que aireaba los segmentos apical y posterior del lóbulo superior derecho (fig. 1). No se visualizó estenosis traqueal a ningún nivel. Tanto la TAC torácica como la ecografía abdominal no revelaron otra patología.

Para Foster-Carter¹ existen dos tipos de bronquio traqueal: 1) Supernumerario, que saliendo de la tráquea airea un trozo de parénquima pulmonar aberrante; es poco común. 2) Desplazado, que airea uno o más segmentos del lóbulo superior; generalmente el segmento apical. Habitualmente salen a menos de 2 cm de la carina aunque se han descrito casos² en los que salen hasta 4-6 cm sobre la misma. De localización más frecuente derecha que izquierda, el bronquio traqueal se originaría en el embrión de 4-6 semanas; así Bremer³ encuentra yemas anormalmente colocadas a la dere-

cha de la tráquea en 4 de 80 embriones humanos, originándose bronquio traqueal cuando fallara la resorción de una de estas yemas; no obstante para Féofilov y Ossipov⁴, la teoría es incompleta, pues si bien explica los casos de bronquio traqueal supernumerario no, los casos de bronquio traqueal desplazado; y ellos señalan como más probable una transposición de las yemas bronquiales embrionarias^{2,5}. Clínicamente, se manifiestan debido a las complicaciones que pueden producir, entre las que han sido descritas: neumonía recurrente, bronquiectasias, adenoma bronquial en el mismo bronquio traqueal y estenosis traqueal. Otros autores⁶ describen casos en los que aparecen complicaciones durante la intubación endotraqueal e incluso neumotórax. Otros⁷ han señalado trastornos regionales de la ventilación y de la perfusión. También han sido descritas asociadas a bronquio traqueal otras malformaciones como: aesplenia, lobulación pulmonar anómala, dextroversión cardíaca, defecto del septo ventricular y atrial, malrotación intestinal, alteraciones de la arteria pulmonar^{2,7,8}. Radiológicamente, un aumento de densidad en lóbulo superior derecho puede ser una manifestación inespecífica de bronquio traqueal, que será confirmado mediante fibrobroncoscopia y/o broncografía. El tratamiento sólo está indicado en caso de complicaciones y es siempre quirúrgico⁹.

C.A. Jiménez Ruiz, S. Solano Reina,
F.J. Aspa Marco, J. Ancochea Bermúdez,
E. Pérez Amor y A. González González
Servicio de Neumología. Hospital de la Princesa.
Madrid.



Fig. 1. Imagen bronográfica en la que se observa bronquio traqueal derecho que airea los segmentos apical y posterior de lóbulo superior derecho.

BIBLIOGRAFIA

1. Foster-Carter AF. Bronchopulmonary abnormalities. *Br J Tuberc* 1946; 40:111-124.
2. Siegel MJ, Shackelford JD, Francis RS, Macalister WH. Tracheal bronchus. *Radiology* 1979; 130:353-355.
3. Bremer JL. Accessory bronchi in embryos. *Anat Rec* 1932; 54:361-374.
4. Féofilov GL, Ossipov VP. Bronche trachéale. *Bronches* 1970; 20:274-283.
5. Maisel RH, Fried MP, Swain R, Spector G. Anomalous tracheal bronchus with tracheal hypoplasia. *Arch Otolaryngol* 1974; 100:69-70.
6. Vredevoe LA, Brechner T, Moy P. Obstruction of anomalous tracheal bronchus with endotracheal intubation. *Anesthesiology* 1981; 55:581-583.
7. Carilli AD, Samuel HS, Agress H Jr, Shin D, Budin JA. Tracheal bronchus with regional ventilation and perfusion abnormalities. *Chest* 1980; 78:343-346.
8. Young LW, Fujioka M. Radiological case of the month. *Am J Dis Child* 1980; 134:615-616.
9. Marks C. The ectopic tracheal bronchus: management of a child by excision and segmental pulmonary resection. *Dis Chest* 1966; 50:652-654.