

sobre los mecanismos inmunológicos⁵ hacen pensar que la relación entre asbesto y linfoma tiene una base sólida y plausible desde un punto de vista biológico.

Conflicto de intereses

El autor Claudio Bianchi, ha aportado información científica en causas judiciales, penales o civiles, relacionadas con las asbestosis, actuando como experto, tanto para el tribunal como para el demandante.

Bibliografía

1. Bianchi C, Bianchi T. Non-Hodgkin lymphoma and pleural mesothelioma in a person exposed to asbestos. *Turkish J Pathol.* 2015, <http://dx.doi.org/10.5146/tjpath.2015.01332>.
2. Li X, Brownlee NA, Sporn TA, Mahar A, Roggli VL. Malignant (diffuse) mesothelioma in patients with hematologic malignancies: A clinicopathologic study of 45 cases. *Arch Pathol Lab Med.* 2015;139:1129-36.

3. Smith NJ, Naylor B. A method for extracting ferruginous bodies from sputum and pulmonary tissue. *Am J Clin Pathol.* 1972;58:250-4.
4. Parisio E, Bianchi C, Rovei R, Sparacio F, Ferrari A, Scanni A. Pulmonary asbestosis associated to pleural non-Hodgkin lymphoma. *Tumori.* 1999;85:75-7.
5. Nishimura Y, Miura Y, Maeda M, Kumagai N, Murakami S, Hayashi H, et al. Impairment in cytotoxicity and expression of NK cell-activating receptors on human NK cells following exposure to asbestos fibers. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2009;22:579-90.

Claudio Bianchi * y Tommaso Bianchi

Center for the Study of Environmental Cancer, Italian League against Cancer, Monfalcone, Italia

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: legatumori1@interfree.it (C. Bianchi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.01.016>

Evolución, manejo diagnóstico y terapéutico en ancianos diagnosticados de sarcoidosis con afectación torácica: a propósito de 6 casos



Evolution, diagnosis and treatment of elderly subjects with thoracic sarcoidosis: Report of 6 cases

Sr. Director:

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica granulomatosa diagnosticada predominantemente en pacientes menores de 40 años¹.

Presentamos 6 casos de sarcoidosis con afectación torácica, con comienzo en pacientes ancianos, analizando las diferencias de esta enfermedad en este grupo de edad.

Revisamos 6 pacientes con sarcoidosis diagnosticada a partir de los 70 años. La sintomatología que presentaban en el momento del diagnóstico fue: un eritema nudoso, un síndrome seco, 2 sintomatología respiratoria y en 2 la sarcoidosis fue un hallazgo asintomático. En un paciente los hallazgos radiológicos en la TC torácica correspondían a sarcoidosis tipo I, en 4 a sarcoidosis tipo II y en un caso a sarcoidosis tipo III. Tres pacientes tenían hallazgos radiológicos torácicos atípicos. La enzima convertidora de angiotensina (ECA) estaba aumentada en todos los pacientes. Se realizó broncoscopia a 4 pacientes, gammagrafía con galio a 4 de ellos y espirometría a 2 pacientes. Para descartar la existencia de infección tuberculosa, se solicitó el cultivo de esputo a 4 pacientes con resultado negativo. Se realizó biopsia en 5 casos: en un caso de glándulas salivares (con resultado negativo) y en el resto del pulmón. Las técnicas de biopsia del parénquima pulmonar fueron biopsia transbronquial, criobiopsia, y biopsia pulmonar abierta y ecobroncoscopia de

las adenopatías mediastínicas. La anatomía patológica confirmó la existencia de granulomas no necrotizantes. A nivel terapéutico, 4 de los pacientes requirieron tratamiento con corticoides. En relación con la evolución clínica, 3 pacientes permanecieron sin cambios, 2 experimentaron mejoría y uno empeoró. Durante el seguimiento de los pacientes (que osciló entre 1,5 y 10 años), 2 pacientes fallecieron por causas no atribuibles a la sarcoidosis. Ningún caso desarrolló fibrosis pulmonar.

La sarcoidosis es una entidad poco frecuente en pacientes ancianos, con pocas referencias en la bibliografía, estableciéndose en 65 años el límite para considerar una sarcoidosis como de inicio tardío². En el anciano se refiere una mayor frecuencia de síntomas generales y es más raro que corresponda a un hallazgo radiológico incidental en asintomáticos^{3,4}.

Las pruebas diagnósticas ante un paciente con sospecha de sarcoidosis para su confirmación y para descartar procesos infecciosos o neoplásicos son múltiples. Los hallazgos radiológicos más típicos son la existencia de adenopatías y micronodulillos pulmonares de distribución perilinfática. Se han descrito muchas formas radiológicas atípicas, algunas más frecuentes en pacientes mayores de 50 años. Los niveles de la ECA estuvieron aumentados en todos nuestros casos, aunque se cuestiona la utilidad de este marcador en ancianos porque también puede verse aumentada en insuficiencia renal o diabetes³.

En relación con los resultados del lavado bronquioloalveolar y los resultados de la gammagrafía con galio, no hay descritas diferencias en ancianos.

Es necesario descartar procesos infecciosos granulomatosos, especialmente tuberculosis. La prueba de tuberculina puede dar falsos negativos en ancianos, por lo que se hace necesaria la realización de cultivo de micobacterias para descartar

Tabla 1
 Diferencias en la sarcoidosis con afectación torácica en pacientes ancianos (≥ 65) con otros grupos de edad

	Síntomas de inicio	Radiología	ECA	Broncoscopia	Mantoux	Gammagrafía	Biopsia	Evolución	Tratamiento
> 65	Mayor frecuencia de síntomas generales. Formas asintomáticas raras	Mayor frecuencia de patrones radiológicos atípicos de adenopatías	↑	No diferencias	Falsos negativos en ancianos	No diferencias	Glándulas salivares. Valorar técnica en pacientes ancianos, más frágiles	No diferencias	Mayores efectos secundarios, requieren más control
< 65	Clínica cutánea, ocular, formas asintomáticas	Patrones típicos y atípicos	↑				Biopsias pulmonares y de adenopatías		

ECA: enzima convertidor de angiotensina. Se encuentra aumentado con menor frecuencia en la sarcoidosis del anciano

infección. El diagnóstico de certeza requiere la confirmación anatomopatológica, con la presencia de granulomas de células epitelioides no necrotizantes. Habrá que valorar la técnica según las condiciones del paciente, especialmente en los pacientes ancianos más frágiles. En la bibliografía se refiere la biopsia de glándulas salivares como de gran rentabilidad diagnóstica³, en nuestra serie se hizo solo en un caso con resultado negativo.

La evolución de la enfermedad es variada e impredecible. Hasta en un 30% de los casos puede haber resolución espontánea¹. No hay descritas diferencias en la evolución en los pacientes ancianos respecto a otros grupos de edad.

Existe controversia sobre cuándo iniciar el tratamiento con corticoides⁵. Algunos autores recomiendan tratar si existe clínica o daño funcional importante o en los casos leves si tras 6-12 m no existe remisión espontánea o hay progresión. Se recomienda un mayor control en los pacientes ancianos donde se describen mayor índice de efectos secundarios al tratamiento esteroideo^{2,4}.

En conclusión, la sarcoidosis con afectación torácica es una entidad que puede presentarse en pacientes ancianos requiriendo numerosas pruebas diagnósticas para su confirmación. Algunos trabajos han encontrado diferencias en la sarcoidosis en ancianos respecto a otros grupos de edad. La interpretación de las pruebas diagnósticas puede ser más compleja dada la multimorbilidad y presentación atípica de las enfermedades en dicha población.

En la [tabla 1](#) se resumen las diferencias descritas en la sarcoidosis del paciente anciano.

Derrame linfomatoso primario bilateral, no asociado al herpesvirus humano 8, en un paciente con hipervolemia crónica



Human Herpes Virus 8 Unrelated Bilateral Primary Effusion Lymphoma in a Patient With Chronic Fluid Overload

Sr. Director:

Un varón de raza blanca, 75 años de edad y con antecedentes de enfermedad coronaria, fibrilación auricular paroxística e insuficiencia cardíaca crónica estable, consultó por presentar disnea progresiva sin ortopnea ni tos, que no había respondido a un aumento de las dosis de los diuréticos que tomaba. La radiología y la tomografía computarizada (TC) torácicas mostraron una atelectasia compresiva en el pulmón izquierdo, causada por un derrame pleural izquierdo moderado (recuento eritrocitario: 140.000; recuento leucocitario: 1.840 [macrófagos 76%, linfocitos 15%]; LDH 8,488 UI/l; proteínas 40,4 g/l y glucosa < 20 mg/dl). No se observaron células malignas en ninguna de las muestras; todos los resultados de los cultivos (reacciones de PCR para micobacterias inclusive) fueron negativos.

El análisis de sangre mostró función renal normal, elevación de la proteína C reactiva (43,9 mg/l) y leucocitosis ($7,53 \times 10^9/l$), ausencia de anemia, leve disminución de la albúmina sérica (26,9 g/l) y elevación de la lactato deshidrogenasa (549 UI/l). Las pruebas de autoinmunidad fueron positivas para el antígeno antinuclear (1/320) y los anticuerpos antimitocondriales (M2-3E [BPO]). Sin embargo, no pudo identificarse ninguna enfermedad autoinmunitaria. La serología de la hepatitis B y C fue negativa. El valor de la IgG frente al virus de Epstein-Barr (VEB) fue de 404 U/ml y la serología del VIH fue negativa.

El paciente también presentaba un derrame más pequeño en el lado derecho. No se constataron adenopatías mediastínicas ni

Bibliografía

1. Fernández Fabrellas E. Epidemiology of sarcoidosis [Article in Spanish]. Arch Bronconeumol. 2007;43:92-100.
2. Jamilloux Y, Bonnefoy M, Valeyre D, Varron L, Broussole C, Seve P. Elderly-onset sarcoidosis: Prevalence, clinical course, and treatment. Drugs Aging. 2013;30:969-78.
3. Chevalet P, Clement R, Rodat O, Moreau A, Brisseau JM, Clarke JP. Sarcoidosis diagnosed in elderly subjects: Retrospective study of 30 cases. Chest. 2004;126:1423-30.
4. Varron L, Cottin V, Schott AM, Broussole C, Sève P. Late-onset sarcoidosis: A comparative study. Medicine (Baltimore). 2012;91:137-43.
5. Mana J. Sarcoidosis. Med Clin (Barc). 2001;116:307-11.

Helena Gómez Herrero^{a,*}, Nicolás Martínez Velilla^{b,c,d} y Lesly Ortega Molina^a

^a Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Geriátría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNa), Pamplona, Navarra, España

^d Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hgomezhe@cfnavarra.es (H. Gómez Herrero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.12.007>

axilares. El derrame pleural reapareció rápidamente, y fue necesaria una segunda aspiración con aguja. Se efectuó una pleuroscopia con obtención de biopsias pleurales y una pleurodesis. En los 2 meses siguientes, el pequeño derrame pleural observado en el lado derecho, aumentó. El análisis del líquido pleural volvió a indicar la presencia de un exudado (636 eritrocitos; 401 leucocitos; macrófagos 53%; linfocitos 24%; células linfoides anormales 13,5% y LDH 2.873 UI/l).

La citometría de flujo con inmunotinción reveló un número elevado de linfocitos B monoclonales, con presencia de marcadores CD20, CD30 (aunque débilmente), CD45, MUM1 y BCL-6, y reordenación de las cadenas pesadas de inmunoglobulinas, lo que sugería la presencia de un linfoma B difuso de células grandes (DLBCL, [fig. 1](#)). Las inmunotinciones para CD3, CD10, CD15, VEB y herpesvirus humano 8 (VHH-8) fueron negativas. Se diagnosticó un linfoma B pleural primario difuso de células grandes no relacionado con el VHH-8. En muestras del derrame pleural del lado izquierdo pudimos identificar retrospectivamente este linfoma. El paciente rechazó el tratamiento, y poco tiempo después dejó de acudir a las visitas de seguimiento.

El derrame linfomatoso primario (DLP), conocido también como linfoma primario de cavidades (LPC), es un linfoma no Hodgkin de linfocitos B, raro, ubicado en cavidades orgánicas, que se presenta en forma de derrame seroso pleural, pericárdico o peritoneal (ascitis), sin una masa tumoral sólida detectable. Este tipo de linfoma fue descrito por Nador et al., en 1996¹ y, de acuerdo a la clasificación de la OMS de los tumores de tejido hematopoyético y linfoide, el DLP se considera una variante del linfoma B difuso de células grandes².

Ichinohasama et al., propusieron clasificar los derrames linfomatosos primarios en 3 subtipos³:

1. *DLP clásico*: está relacionado con la infección por el VHH-8 y suele observarse en pacientes seropositivos al VIH, aunque también