

Pseudotumor bronquial eosinofílico

Eosinophilic Bronchial Pseudotumor

Autores: Samolski Daniel¹, Duré Roberto¹, Castiglioni Teresa²

¹ Unidad de Endoscopia Peroral, Hospital Francisco Muñiz, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

² Centro de Patología Dr. Elsner, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Las eosinofiliias pulmonares constituyen un grupo variado de entidades cuyo nexo común es la inflamación eosinofílica que puede o no asociarse a eosinofilia periférica. En ese reporte describimos una forma atípica y no descrita de presentación como "pseudotumor pulmonar" que remitió con tratamiento corticoesteroides.

Palabras clave: Eosinofiliias pulmonares - Pseudotumor pulmonar

Abstract

Pulmonary eosinophilia are a varied group of entities sharing the eosinophilic inflammation that may or may not be associated with peripheral eosinophilia. This report describes an atypical, undescribed presentation, the "pulmonary pseudotumor" which showed regression with corticosteroid treatment.

Key words: Pulmonary eosinophilia - Pulmonary pseudotumor

Casuística

Las enfermedades eosinofílicas pulmonares^{1, 2} son entidades que se caracterizan por la presencia de eosinófilos en el parénquima pulmonar, asociado o no a eosinofilia en sangre periférica. Típicamente responden al tratamiento corticoesteroides. Se distinguen presentaciones agudas, crónicas y transitorias, pudiendo ser idiopáticas, secundarias a infección parasitaria o exposición a fármacos entre otras causas. En muchos pacientes existe una historia de atopia o asma previa.

Presentamos un paciente de sexo masculino, 33 años, sin antecedentes médicos de relevancia, que es admitido por síndrome febril. Examen físico que presenta hipoventilación basal izquierda. Laboratorio: leucocitos 14670/mm³ con fórmula conservada, VSG 62 mm/hora, proteína C reactiva 58 mg/L. Resto de hemograma y bioquímica en rango de referencia. Se realiza TAC de tórax (Fig. 1A) que muestra formación sólida que rodea al bronquio lobar inferior izquierdo generando compresión y obstrucción de su luz y consecuente atelectasia parcial del lóbulo inferior izquierdo. Se indican antibióticos conforme sospecha de neumonía post obstructiva. Se realiza FBC que muestra obstrucción del bronquio lobar inferior izquierdo a expensas de infiltración mucosa y compresión extrínseca, tomándose múltiples biopsias de la misma. Cultivo de lavado broncoalveolar sin desarrollo bacteriológico. Se recibe resultado de la biopsia de mucosa bronquial que muestra extensa infiltración eosinofílica del tejido bronquial, no observándose células neoplásicas ni granulomas (Fig. 2 A a D). Se realizaron estudios inmunohisto-

químicos siendo negativos para CD1a (marcador de células de Langerhans) e IgG 4. Se realiza TAC de macizo craneofacial que solo muestra hipertrofia de cornetes. IgE total 640.8 UI/ml, ANCAc y ANCAp negativos, antiPR3 y MPO negativos, Atc anti Aspergillus negativos, ECA 31 U/L. Un PET TC realizado

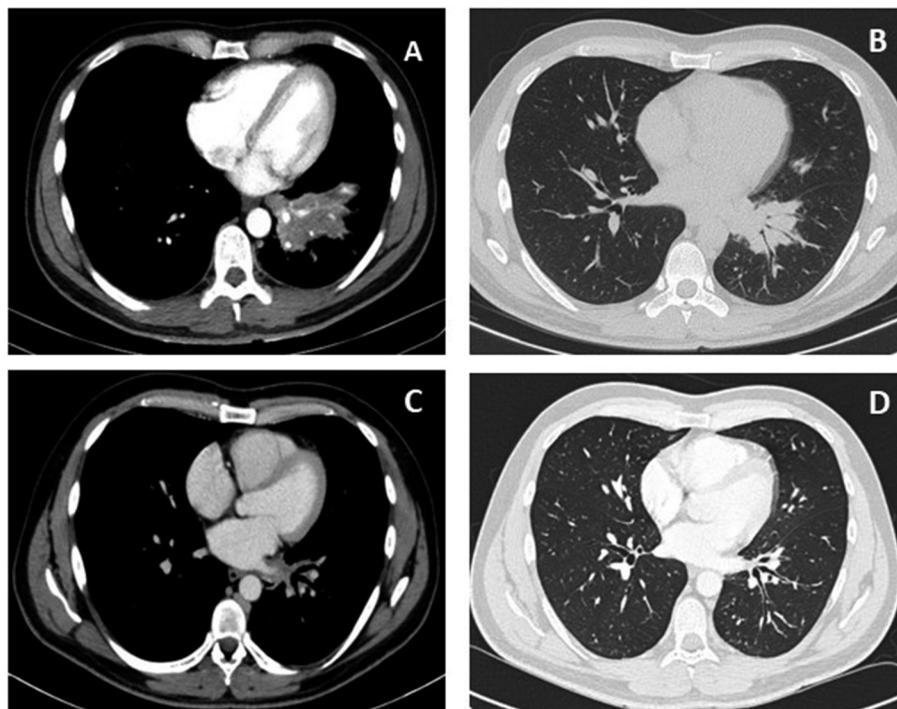


Figura 1. Tomografías de torax. A: Al momento de admisión. B: Primer mes de tratamiento. C: tercer mes de tratamiento. D: sexto mes de tratamiento

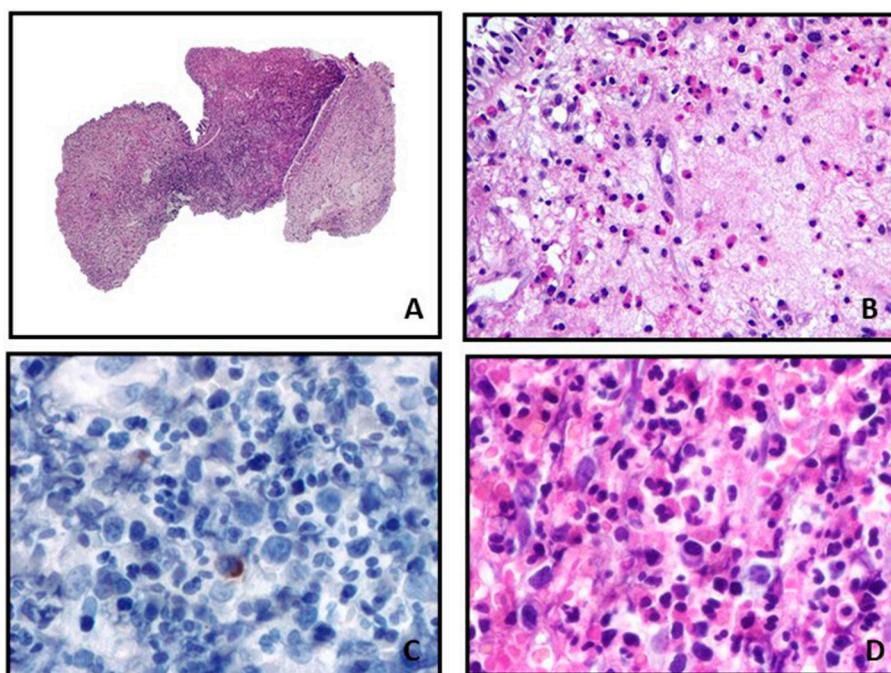


Figura 2. Anatomía patológica de biopsia bronquial. A: Tinción Hematoxilina Eosina (H/E) 40X. Fragmentos de pared bronquial con severo infiltrado inflamatorio. B: H/E 400X. Pared bronquial con edema y eosinófilos. C: Inmunohistoquímica para IgG4 1000X: aislado plasmocito. D: H/E 1000X objetivo de inmersión. Extensa infiltración eosinofílica.

ante la sospecha de patología tumoral no mostro ninguna otra formación sólida corporal.

Se decide iniciar tratamiento corticoesteroide VO conforme resultados anatomo-patológicos, indicándose Meprednisona 40 mg/día VO.

En primera TAC de tórax de control realizada 30 días luego de iniciado el tratamiento (Fig. 1B) se observa reducción del componente atelectásico lobar, aunque persistencia de la imagen de partes blandas peri bronquial. Se realiza nueva FBC que no muestra diferencias endoscópicas y las nuevas biopsias mucosas solo informan bronquitis crónica moderada. Se realizan estudios hematológicos para descartar causas poco habituales de patología eosinofílica: IgM IgA IgG en rango de referencia, IgE 146 U/ml (bajo tratamiento corticoide), inmunoelectroforesis con anti-Kappa y anti-Lambda con ausencia de arcos de precipitación de tipo para proteico, inmunofijación en suero con ausencia de gammapatía monoclonal y Beta 2 microglobulina en rango de referencia

Inicia progresivo descenso del tratamiento corticoide. Tres meses luego de iniciado el mismo se realiza nueva TAC torácica (Fig. 1C) que muestra reducción del tejido amorfo peri bronquial y permeabilización del todo el lóbulo inferior izquierdo. Seis meses luego de iniciado el tratamiento se suspende el mismo previa evaluación del eje adrenal. Nueva imagen tomográfica (Fig. 1D) muestra resolución completa de la lesión peri bronquial.

A la fecha se mantiene asintomático respiratorio y sin tratamiento farmacológico alguno.

Este reporte clínico muestra una forma no descrita previamente ya que la afectación es exclusivamente bronquial / peri bronquial adoptando una forma de masa sólida pseudotumoral en un paciente joven sin antecedentes médicos ni exposición ambiental a ningún agente causal. La presentación clínica fue solamente fiebre, no presentando sintomatología asmátiforme al inicio del proceso ni luego de suspendido el tratamiento corticoesteroide.

Los exámenes complementarios, así como la anatomía patológica permitieron descartar las causas más frecuentes de las eosinofalias pulmonares, no cumpliendo criterios clínicos ni de laboratorio para ninguna entidad definida: neumonía eosinofílica aguda o crónica, granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, aspergilosis broncopulmonar alérgica. Tampoco fue concordante con entidades de menor frecuencia como granulomatosis broncocéntrica o enfermedad por IgG 4.

A semejanza de ese grupo de patologías donde el eosinófilo es parte fundamental, este paciente presentaba una elevación de su IgE aunque no eosinofilia periférica. Y típicamente mostro una respuesta notable con el tratamiento corticoide. Si bien en algún momento de la evolución nos planteamos realizar una biopsia quirúrgica dada la atípica presentación, la evolución radiológica nos hizo desestimar esta opción.

No hemos encontrado en la literatura médica revisada^{1,2} descripciones de casos similares con el aspecto pseudotumoral inicial. En ausencia de las mismas denominamos a esta presentación clínico-radiológica "pseudotumor bronquial eosinofílico". La evolución clínico-radiológica evolutiva nos demostrara si toda su patología fue la descrita o lo actual fue el inicio alejado y atípico de otra entidad conocida.

Declaraciones de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Bibliografía

1. Cottin V. Eosinophilic lung diseases. In: Robert M. Kotloff, Francis X. McCormack, editors. Rare and Orphan Lung Diseases; Clin Chest Med 2016, Vol 37, issue 3, p 535-556.
2. Cottin V, Cordier JF. Eosinophilic pneumonia. In: Cottin V, Cordier JF, Richeldi L, editors. Orphan lung diseases: a clinical guide to rare lung disease. London: Springer-Verlag;2015 p 227-51.