

Expresión atípica de enfermedad poco frecuente manifestada con nódulos pulmonares cavitados

Atypical Expression of Rare Disease Manifested with Cavitory Lung Nodules

Garro, María Manuela¹, Churín, Lisandro¹, Quadrelli, Silvia¹

Recibido: 05/10/2022

Aceptado: 24/01/2023

Correspondencia

María Manuela Garro;
E-mail: manuelagarro0@gmail.com

RESUMEN

Los nódulos pulmonares pueden ser variados: sólidos, en vidrio esmerilado; granulomatosos o no granulomatosos; cavitados o no cavitado. Son un hallazgo frecuente en las imágenes de tórax cuando el paciente llega a la consulta. Según sus características y en concordancia con los antecedentes del paciente (historia clínica, examen físico y resultados de laboratorio) nos orienta a las distintas etiologías: infeccioso, autoinmune u oncológico. Sin embargo, muchas veces es un gran desafío clínico.

Se presenta el caso de una paciente joven sin antecedentes que consulta por tos de 3 meses de evolución. En TC de tórax se evidencia masa mediastinal izquierda que desplaza tráquea y nódulos pulmonares bilaterales cavitados. Luego de descartarse etiologías más probables por frecuencia para su edad y forma de manifestación clínica, se arriba al diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clásico Esclero Nodular con compromiso extranodal. Enfermedad poco frecuente y en nuestro caso, modo de presentación atípica.

Palabras claves: Nódulos pulmonares; Estudio etiológico; Linfoma de Hodgkin

ABSTRACT

Lung nodules can vary in nature: solid, ground glass, granulomatous or non-granulomatous, cavitory or non-cavitory. They are a common finding in chest imaging when the patient comes to the consultation. According to their characteristics and the patient's history (medical history, physical examination, and laboratory results), they guide us towards different etiologies: infectious, autoimmune, or oncological. However, many times it is a great clinical challenge.

We present the case of a young patient with no previous medical history who came to the consultation with a cough of 3 months of evolution. The chest CT showed left mediastinal mass displacing the trachea and bilateral cavitory lung nodules. After ruling out more probable etiologies based on frequency for the patient's age and clinical manifestation, the diagnosis was: classic nodular sclerosing Hodgkin lymphoma with extranodal involvement. A very rare disease, and in our case, with an atypical form of presentation.

Key words: Lung nodules; Etiological study; Hodgkin lymphoma

INTRODUCCIÓN

Los nódulos pulmonares son un hallazgo frecuente en las tomografías de tórax cuando el paciente llega a la consulta. Según sus características morfológicas, tamaño, distribución y en sintonía con el cuadro clínico del paciente nos suele orientar a pensar la causa más probable y con los estudios complementarios podremos confirmar o descartar la hipótesis diagnóstica.

El objetivo de éste caso es repasar el estudio de nódulos pulmonares, repasar sus causas y en éste caso clínico en particular por la manifestación atípica de una enfermedad por frecuente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 25 años, sin antecedentes médicos personales ni heredofamiliares de relevancia. Consulta por cuadro de tos persistente con ocasional expectoración blanquecina, posteriormente agrega disnea mMRC 2, registros febriles aislados y múltiples consultas en guardia, donde le indicaron tratamiento broncodilatador.

Un mes antes de la consulta agrega sudoración nocturna, y 24 h antes de la consulta, en guardia, manifiesta tos con expectoración hemoptoica. Niega pérdida de peso.

Ingresa al servicio de emergencia normotensa. La saturometría de pulso es del 97% al aire ambiente, la paciente no presenta fiebre y está en buen estado general. Buena mecánica ventilatoria, roncus bilaterales y soplo laríngeo. Se palpan ganglios axilares y supraclaviculares.

En laboratorio de sangre, los resultados fueron los siguientes: HTO: 27%, Hb: 8,6 g/dL, leucocitos: 18600, neutrófilos: 83%, linfocitos: 9%, plaquetas: 401 000, RIN: 1,52, LDH: 314 U/L, PCR: 164 mg/L, VSG: 140 mm/H, HIV: no reactivo.

TC de tórax sin contraste endovenoso (Figuras 1 y 2): Al nivel de la articulación esterno-clavicular masa en lado

izquierdo que desplaza la tráquea en dirección contralateral, impresiona infiltrar la pared traqueal con disminución de su luz en al menos del 50%. Los ganglios mediastinales están aumentados de tamaño en la zona retrocavo-pretraqueal, paratraqueales, perihiliares y subcarinales, sin alcanzar rango adenomegálico. En el parénquima pulmonar, presenta múltiples imágenes bilaterales de aumento de atenuación tipo nodulares, de variados tamaños con diámetro mayor de 10 mm, algunas de ellas cavitadas asociada a vidrio esmerilado perilesional.

ESPIROMETRÍA: FEV1/FVC: 0,38 - FEV1: 34% (1,20 L) - FVC: 75% (3,14 L)

Curva flujo /volumen: Fase espiratoria presenta aplanamiento de la curva, compatible con colapso intratorácico; fase inspiratoria sin alteraciones.

Se interpreta como estenosis traqueal asociada a nódulos pulmonares cavitados en estudio.

Frente a esta situación planteamos tres grupos diagnósticos. En primer lugar, infeccioso: por prevalencia y forma de presentación tuberculosis sin descartar otros microorganismos bacterianos frecuentes. En segundo lugar, autoinmune, como vasculitis granulomatosa con poliangeitis. En tercer lugar, causa oncológica primaria o expresión metastásica.

Dentro de las 24 h de ingresada se realiza broncoscopia, en la que se constata estenosis en tercio distal de tráquea por compresión extrínseca de pared lateral izquierda que infiltra toda la tráquea en un trayecto de 2 cm de extensión. Se realiza resección mecánica, dilatación, toma de biopsia y colocación de *stent* traqueal siliconado.

Se realizaron estudios complementarios acordes con las sospechas diagnósticas: cultivo de esputo para gérmenes comunes, micológico y BAAR: negativos; cultivo de sangre: negativo; el cultivo de Koch resultó negativo; laboratorio inmunológico: FAN, Anti-DNA, PR3 y MPO fueron negativos.

Resultado de anatomía patológica de mucosa traqueal: Linfoma de Hodgkin clásico esclerodnodular con compromiso extranodal (estadio IV).

DISCUSIÓN

El hallazgo de múltiples nódulos pulmonares, algunos cavitados, y ganglios mediastinales en una

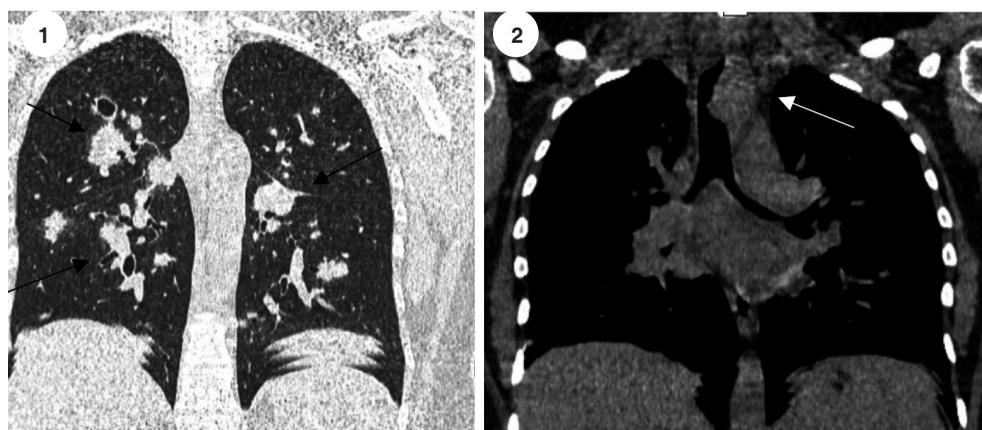


Figura 1 y 2. Las flechas negras muestran imágenes de aumento de atenuación de distribución aleatoria, algunas cavitadas, de variados tamaños. La flecha blanca muestra una masa mediastinal que estenosa y desplaza la tráquea en dirección contralateral.

mujer joven sin antecedentes clínicos personales o familiares conocidos nos hace pensar en primera instancia en causa infecciosa:^{1,2} bacteriana como *Staphylococcus aureus*, *Nocardia*, *Haemophilus influenzae*; hongos, como *Aspergillus*; y micobacterias, como *Mycobacterium tuberculosis*. Sin embargo, ante la ausencia de rescates en cultivo de esputo y sangre y la cronicidad de la clínica de la paciente, esta sospecha etiológica es menos probable.

Dentro de las causas autoinmunes,^{1,3,4} la granulomatosis con poliangéitits, vasculitis necrosante, de muy baja incidencia (5-10/millón de habitantes) se presenta con compromiso pulmonar en más del 90% de los casos, manifestada en la TC de tórax con nódulos cavitados bilaterales en un 50% de los casos. En estadios avanzados de la enfermedad el compromiso subglótico de la tráquea puede presentarse generando estenosis. Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) con patrón citoplasmático suelen estar elevados en el 90% de los casos.

Dentro de las causas oncológicas,² la presencia de múltiples imágenes nodulares sólidas de variados tamaños y algunas de ellas cavitadas orienta a lesiones metastásicas. Pensando en nuestra paciente, el cáncer de tiroides, mama, germinal o linfoma son los más probables. Si bien son de baja prevalencia, a medida que se aleja la causa infecciosa, las probabilidades de causa no infecciosa aumenta, entre ellas la neoplásica.

El cáncer de tiroides⁵ representa el 1%-2% de todos los cánceres, en el 50% de los casos al momento del diagnóstico presentan metástasis a distancia y el pulmón es el órgano comprometido en el 50% de los casos. Los tumores de mama y germinales malignos² también suelen hacer metástasis en pulmón.

Respecto al linfoma de Hodgkin,⁶⁻⁸ corresponde al 0,5% de las neoplasias malignas en adultos, con una incidencia de 2,5 casos por cada 100 000 habitantes. La forma esclerodular es el subtipo más común, ya que corresponde a dos tercios de todas las variantes clásicas del linfoma, con alta supervivencia cuando se diagnostica en estadios tempranos de la enfermedad. Se presenta mayormente con compromiso intratorácico, principalmente de mediastino superior por la presencia de adenopatías que, en ocasiones, generan compresión de órganos mediastinales, lo que causa disnea, disfagia o disfonía según el órgano comprometido: tráquea, esófago o nervio recurrente laríngeo. La

afectación pulmonar en el linfoma suele presentarse a lo largo de la enfermedad y representa falla de respuesta en el tratamiento oncoespecífico. En cuanto al compromiso del parénquima pulmonar, tiene tres patrones radiológicos con los que suele manifestarse: masa consolidativa única, que muchas veces hace sospechar la presencia de un proceso infeccioso; por contigüidad desde compromiso ganglionar hiliar; o con nódulos pulmonares. La excepción la hace la presencia de nódulos cavitados descrita en menos del 1% de los casos luego del tratamiento quimioterápico. Al momento del diagnóstico, es inusual y se ha visto en pacientes menores de 30 años. Es menester, en estos casos, descartar otras patologías que cursan con este tipo de lesiones pulmonares de acuerdo con el interrogatorio y examen físico del paciente.

Se trata de una enfermedad poco frecuente, de presentación atípica, pero que requiere pensar y descartar múltiples diagnósticos diferenciales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Erlij D, Michalland S, Neira O, Wolff V, Jara V, Meneses M. Diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares cavitados: a propósito de un caso clínico. *Rev Chil Enferm Respir* 2013;29:39-42. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482013000100006>
2. Perera C, Hernández Pérez JM, Sánchez Castro AL. Nódulos pulmonares múltiples en un varón de 35 años. *Med Gen Fam* 2014;3.
3. Lakshmi A, Nidhi S, Kanne P. Wegener's Granulomatosis in the Chest: High-Resolution CT Findings. *AJR* 2009;192:676-82. <https://doi.org/10.2214/AJR.08.1837>
4. Ladrón de Guevara D, Cerda F, Carreño M, Piottante A, Bitar P. Actualización en el estudio de Granulomatosis con poliangéitits (Granulomatosis de Wegener). *Rev Chil Radiol* 2019;25:26-34. <https://doi.org/10.4067/S0717-93082019000100026>
5. Schmidt A, Cross G, Pitoia F. Metástasis a distancia en cáncer diferenciado de tiroides: diagnóstico y tratamiento. *Rev Argent Endocrinol Metab* 2017;54:92-100. <https://doi.org/10.1016/j.raem.2017.05.001>
6. Au V, Leung N. Radiologic Manifestations of Lymphoma in the Thorax. *AJR* 1997;168:93-8. <https://doi.org/10.2214/ajr.168.1.8976927>
7. Fernández Sarabia MT, Cardenal Escarcena A, Lázaro Moreno T, Barrero Marbán M, Iñigo Naranjo P. Lesiones cavitadas pulmonares y enfermedad de Hodgkin. *An Esp Pediat* 2002;57:179-80. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(02\)78699-2](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(02)78699-2)
8. Guías de Diagnóstico y Tratamiento. Linfomas. Sociedad Argentina de Hematología 2017.