

Lesiones difusas nodulares endobronquiales masivas en paciente con linfoma No Hodgkin

Massive Diffuse Nodular Endobronchial Lesions in a Patient with Non-Hodgkin Lymphoma

Chung, Kyu Tai¹ ; Alberini, Nicolás¹ ; López Araoz, Alberto¹ ; Videla, Alejandro J¹ 

Recibido: 16/08/2023

Aceptado: 02/02/2024

Correspondencia

Kyu Tai Chung. E-mail:
kchung@cas.austral.edu.ar

RESUMEN

El linfoma no Hodgkin compromete en un 50 % de los casos estructuras intratorácicas; la afectación bronquial es infrecuente. Presentamos el caso de una paciente con sospecha de enfermedad linfoproliferativa e infiltrados pulmonares. En la broncoscopia se observaron imágenes nodulares difusas prominentes de todo el árbol bronquial. La anatomía patológica de la biopsia bronquial fue compatible con linfoma no Hodgkin marginal y la evolución con quimioterapia fue favorable.

Palabras clave: Linfoma no Hodgkin; Disnea; Broncoscopia

ABSTRACT

Thoracic involvement occurs in 50 % of cases of Non-Hodgkin lymphoma. Bronchial involvement is rare. We describe a case presenting with probable lymphoproliferative disease and pulmonary infiltrates. Bronchoscopy revealed prominent diffuse nodular images throughout the bronchial tree. Bronchial biopsy yielded a diagnosis of marginal Non-Hodgkin Lymphoma. The patient had a good response to chemotherapy.

Key words: Non Hodgkin Lymphoma; Dyspnea; Bronchoscopy

INTRODUCCIÓN

Entre los tumores corporales, 0,4 % corresponden a neoplasias endobronquiales¹, mientras que menos del 1 % de tumores intratorácicos corresponden a linfomas no Hodgkin (LNH) pulmonares.² Reportamos un caso de una paciente con compromiso endobronquial difuso por su muy baja frecuencia.

CASO CLÍNICO

Una mujer de cincuenta años en seguimiento por hematología por sospecha de gammapatía monoclonal fue derivada al servicio de neumonología por presentar tos seca, hipoacusia bilateral, congestión nasal y disnea clase funcional II de más de tres meses de evolución, junto con pérdida de

10 kg de peso en cinco meses. En el examen físico, presentaba saturación de O₂ del 97 %; la frecuencia cardíaca era de 80/min; y la frecuencia respiratoria, de 18/min; sin hallazgos relevantes en el examen físico excepto voz nasal. La analítica presentaba glóbulos blancos: 4330/ul con neutrófilos segmentados: 42 %, de linfocitos: 45 %, monocitos: 10 %,

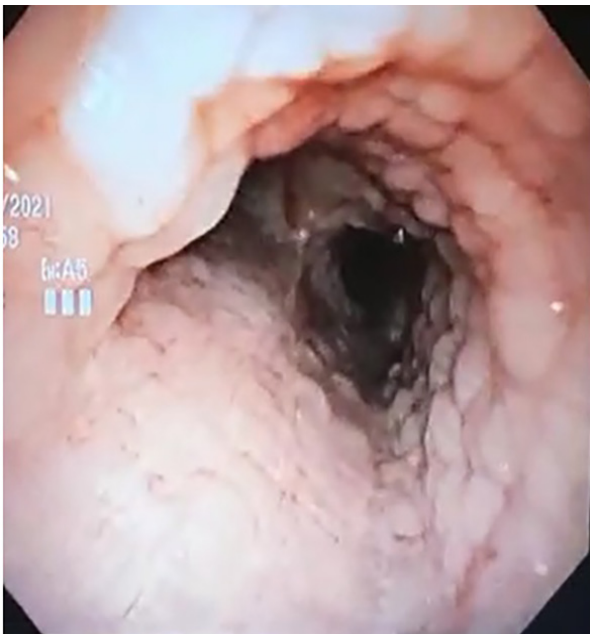


Figura 1. Vista endoscópica de las cuerdas vocales. Se observan formaciones nodulares supraglótica e infraglótica que explica la disfonía de la paciente.

eosinófilos: 2 %, hemoglobina: 12,5 g/dL, hematocrito. 40,1 %, plaquetas: 156000/ul, velocidad de sedimentación globular: 64 mm/h.

Se efectuó una tomografía de tórax que mostró micronódulos centroacinares difusos y bilaterales a predominio de lóbulos superiores y medio; con presencia de micronódulos en las cisuras. Se informó una adenomegalia paratraqueal derecha de 11 mm. La interpretación se decantó por micronódulos en patrón miliar que sugerían sarcoidosis. Los cortes de abdomen mostraron una esplenomegalia homogénea de 14 × 11 × 8 cm y una adenomegalia de 13 × 18 mm en hilio hepático.

Se programó una broncoscopia cuyo examen visual mostró formaciones nodulares en la glotis. La tráquea y los árboles bronquiales presentaban múltiples formaciones nodulares en la mucosa que reducían la luz en todo su trayecto. Se tomaron biopsias bronquiales.

La anatomía patológica de la biopsia bronquial informó linfoma no Hodgkin (LNH) B de la zona marginal extranodal (OMS 2017). Posteriormente, se realizó tomografía por emisión de positrones corporal total con fusión de imágenes, que reveló múltiples focos de captación supradiafrámicos e infradiafrámicos con compromiso ganglionar, bazo, techo gástrico, paredes bronquiales, parénquima pulmonar y médula ósea. Asimismo, una biopsia de médula ósea se constató infiltrados celulares compatibles con linfoma no Hodgkin. La paciente fue tratada con R-CHOP (rituximab,

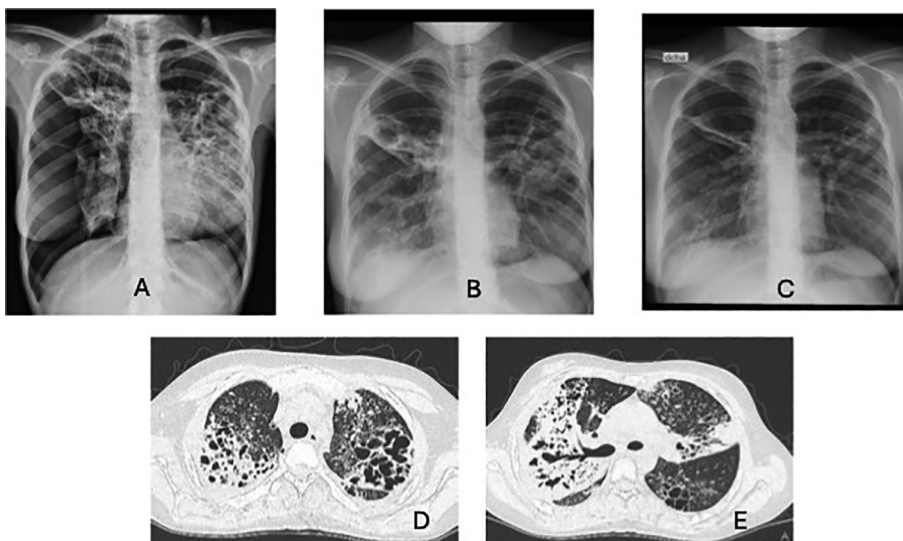


Figura 2. Vista endoscópica de la tráquea.

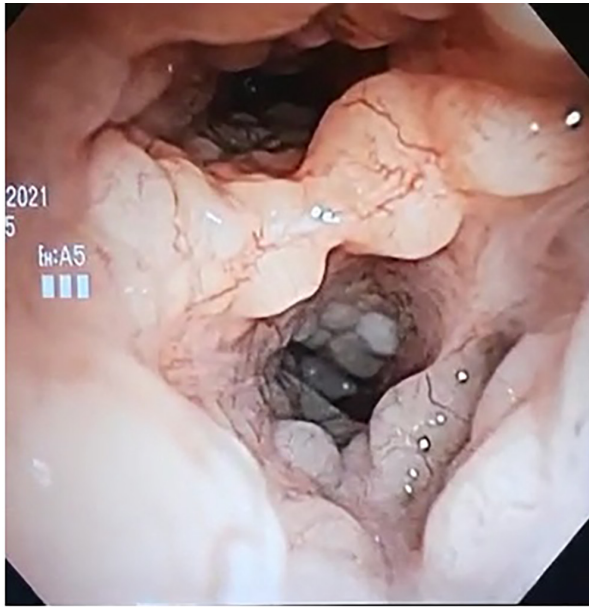


Figura 3. Vista endoscópica desde el bronquio intermedio. Se observan las mucosas tapizadas por formaciones nodulares en bronquio de lóbulo medio y lóbulo inferior derecho.

ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) por seis ciclos con excelente evolución. Cediéron la hipoacusia, la congestión nasal y recuperó la voz normal. Actualmente la paciente se encuentra en remisión de la enfermedad, en seguimiento por el servicio de hematología.

DISCUSIÓN

El LNH es el séptimo más frecuente de todos los cánceres, con una incidencia en Estados Unidos de 18,6/100 000 y una mortalidad de 5,1/100 000 en 2018. La supervivencia media de las distintas formas es de unos 72,7 % a los 5 años.³ El compromiso torácico de LNH puede llegar al 50 %, pero es pulmonar en solo el 3,6 %.¹ El compromiso torácico de LNH puede llegar al 50 % en el curso de la enfermedad, el LNH primario pulmonar solo un 3,8% de los LNH extranodal. Las endobronquiales es aun menos frecuente⁴, aproximadamente 1,5% de una serie de más de cuatrocientos casos⁵.

Se describen una forma difusa tipo I y otra localizada tipo II; el tipo I es la más frecuente.⁶ Se presenta con síntomas generales como pérdida de peso, sudoración nocturna, astenia. El compromiso endobronquial puede manifestarse mediante tos, sibilancias, estridor, disnea de esfuerzo, dolor torácico e, incluso, falla respiratoria si la obstrucción

es grave.⁷ Los casos de compromiso pulmonar tipo II pueden requerir broncoscopia rígida para desobstrucción bronquial con electrocauterio, láser o crioterapia.^{7,8} Nuestra paciente presentó síntomas atribuibles al compromiso pulmonar, como tos, voz nasal y disnea clase funcional II. Las imágenes endoscópicas llamaron la atención por su magnitud, dado que se hallaron formaciones nodulares que tapizaban todo el trayecto del árbol bronquial, incluida la subglotis. La biopsia de las lesiones permitió el diagnóstico. En las series de ocho⁵ y siete⁸ pacientes con lesiones endobronquiales de LNH, se llegó al diagnóstico por la biopsia bronquial. En la serie de 8 pacientes los síntomas respiratorios precedieron a los generales y el compromiso fue predominantemente bronquial⁵.

CONCLUSIÓN

El compromiso endobronquial de LNH es muy poco frecuente, pero, en pacientes con sospecha de patología oncohematológica, se debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de tumores primarios bronquiales o metástasis del cáncer de riñón, colon, tiroides y mama, entre otros. La biopsia de tejido endobronquial a través de procedimiento endoscópico puede ser suficiente para el diagnóstico y la caracterización inmunohistoquímica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yu Lee-Mateus A, García-Saucedo JC, Abia-Trujillo D, Khor A, Fernandez-Bussy S. Endobronchial Extranodal Marginal Zone B-Cell Lymphoma with Plasmacytic Differentiation. *Cureus*. 2021;13:e13104. <https://doi.org/10.7759/cureus.13104>.
2. Argüder E, Hasanoğlu HC, Karalezli A, Aknc S, Dilek I. Endobronchial involvement in non-Hodgkin lymphoma. *J Bronchology Interv Pulmonol*. 2012;19:142-4. <https://doi.org/10.1097/LBR.0b013e3182512351>.
3. Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Padala SA, Barsouk A, Rawla P. Epidemiology of Non-Hodgkin's Lymphoma. *Med Sci (Basel)*. 2021;9:5. <https://doi.org/10.3390/medsci9010005>.
4. Hardavella G, Thalassinou N, Anastasiou N. Primary endobronchial non-Hodgkin lymphoma in an 80-year-old patient with prostate cancer. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2009;9:739-40. <https://doi.org/10.1510/ievts.2009.204347>
5. Solomonov A, Zuckerman T, Goralnik L, Ben-Arieh Y, Rowe JM, Yigla M. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as an endobronchial tumor: report of eight cases and literature review. *Am J Hematol*. 2008;83:416-9. <https://doi.org/10.1002/ajh.21112>

6. Rose RM, Grigas D, Strattemeir E, Harris NL, Linggood RM. Endobronchial involvement with non-Hodgkin's lymphoma. A clinical-radiologic analysis. *Cancer*. 1986;57:1750-5. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19860501\)57:9<1750::aid-cncr2820570907>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19860501)57:9<1750::aid-cncr2820570907>3.0.co;2-j)
7. Yang FF, Gao R, Miao Y, et al. Primary tracheobronchial non-Hodgkin lymphoma causing life-threatening airway obstruction: a case report. *J Thorac Dis*. 2015;7:E667-71. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.12.05>
8. Yoon RG, Kim MY, Song JW, Chae EJ, Choi CM, Jang S. Primary endobronchial marginal zone B-cell lymphoma of bronchus-associated lymphoid tissue: CT findings in 7 patients. *Korean J Radiol*. 2013;14:366-74. <https://doi.org/10.3348/kjr.2013.14.2.366> [org/10.1002/ajh.21112](https://doi.org/10.1002/ajh.21112)