

Nódulos pulmonares múltiples en paciente con bronquitis crónica

M. Custal Teixidor^a, A. Vinyes-Miralpeix Gassó^a, M. R. Ortiz Durán^b y F. García-Bragado Dalmau^a
Servicios de ^aMedicina Interna y de ^bAnatomía Patológica. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona

Caso clínico

Se trata de un varón de 77 años, fumador de un paquete de cigarrillos de tabaco al día hasta hace 10 años, con criterios clínicos de bronquitis crónica, pero sin haber requerido ingresos hospitalarios. Refiere disnea a grandes esfuerzos de años de evolución. Consulta al Servicio de Urgencias por presentar un aumento progresivo de su disnea en el último mes, hasta hacerse de reposo, sin síndrome febril ni aumento de la tos y expectoración, ni dolor torácico; relata pérdida discreta de peso con anorexia. Exploración física: destaca rubicundez facial y obesidad importante; auscultación del aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado; auscultación cardíaca: tonos rítmicos, sin soplos ni signos clínicos de fallo cardíaco. En la analítica de control se observan valores de hemoglobina y hematocrito elevados, con el resto de parámetros hematológicos y bioquímicos dentro de la normalidad. Las proteínas totales y el proteinograma resultaron normales. La gasometría arterial muestra insuficiencia respiratoria con hipoxemia e hipercapnia. La espirometría muestra trastorno obstructivo severo con prueba broncodilatadora positiva. En la radiografía de tórax muestra múltiples imágenes nodulares bilaterales en ambos campos pulmonares de tamaño variable (fig. 1). En la tomografía axial computarizada (TAC) torácica se confirma la presencia de múltiples nódulos, alguno de ellos con cavitación, sin adenopatías mediastínicas (fig. 2).



Fig. 1. Radiografía de tórax en la que se observan múltiples nódulos pulmonares bilaterales.

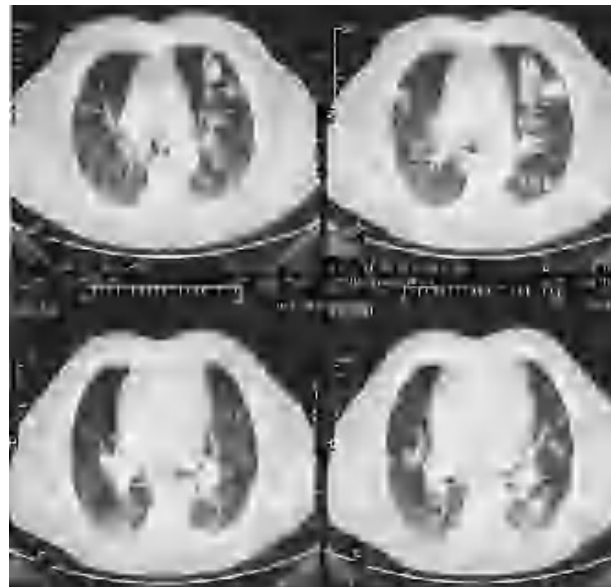


Fig. 2. Cortes transversales de tomografía axial computarizada torácica en la que se aprecian múltiples nódulos sólidos, alguno de ellos cavitados, sin adenopatías mediastínicas.

Evolución

Se practica punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de tórax guiada por TAC sobre un nódulo sólido situado en lóbulo inferior izquierdo. El material obtenido se procesa como bloque celular, apreciándose mediante tinción con hematoxilina-eosina abundante material amorfo, acelular, fragmentado e hialino. La tinción con Rojo Congo pone de manifiesto un material rojo-anaranjado (fig. 3) que demuestra birrefringencia verde manzana mediante luz polarizada (fig. 4), dato que es diagnóstico de depósito de material amiloide. Las técnicas de inmunohistoquímica aplicadas no muestran reactividad para el amiloide AA, descartando que se trate de una forma secundaria. Se descartó la presencia de proteinuria en orina, así como la presencia de cadenas ligeras lambda y kappa en sangre y orina. Los anticuerpos antinucleares (ANA) y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) fueron negativos.

Diagnóstico

Amiloidosis nodular pulmonar múltiple.

Discusión

La amiloidosis es una enfermedad por depósito de sustancias proteicas a nivel extracelular que adoptan una estructura beta-plegada. Dependiendo de la naturaleza bioquímica de la proteína precursora del amiloide, las fibrillas amiloideas pueden depositarse localmente o afectando a casi todos los órganos y sistemas del cuerpo; asimismo, permiten realizar una clasificación de la enfermedad¹. La afectación del aparato respiratorio en esta enfermedad suele ser frecuente en las formas sistémicas, siendo una patología inusual cuando el único órgano afectado es el pulmón². Según la localización pulmonar se describen varias formas: la traqueobronquial, la alveoloseptal y la nodular parenquimatosa, que forma uno o más nódulos llamados «amiloidomas»², como el caso que nos ocupa. Habitualmente se diagnostica en pacientes asintomáticos, como hallazgo radiológico. Puede presentarse como nódulo solitario o múltiple con distribución en todo el parénquima pulmonar, de tamaño variable y con o sin presencia de cavitación o de calcificación³. En el diagnóstico diferencial de múltiples lesiones pulmonares nodulares se incluyen básicamente, por su alta frecuencia, las neoplasias: si se trata de nódulo único debe sospecharse

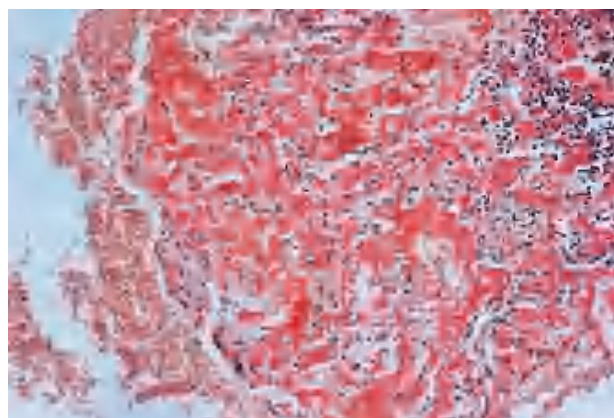


Fig. 3. Tinción Rojo Congo.

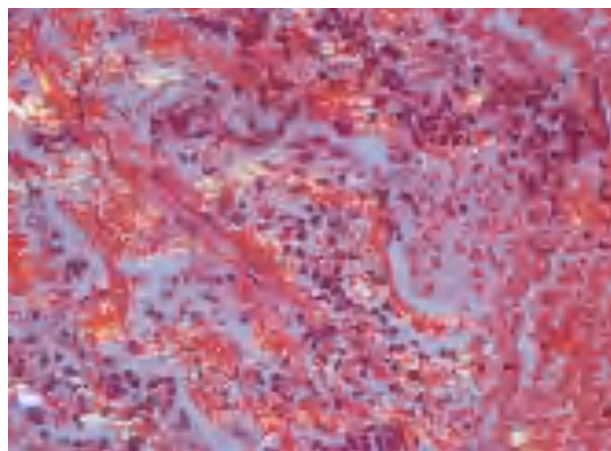


Fig. 4. Birrefringencia verde manzana.

carcinoma pulmonar primario, y en caso de múltiples lesiones metástasis de carcinoma pulmonar o de otros órganos, dando radiológicamente la imagen de «suelta de globos». Otros procesos como los infecciosos, inmunológicos y otros muchos menos frecuentes, como la amiloidosis pulmonar, pueden ser considerados en el diagnóstico diferencial³. Las pruebas de imagen no nos aportan más datos, por lo que para el diagnóstico de certeza es imprescindible el estudio anatomopatológico de la lesión, observándose que el material obtenido se tiñe con el Rojo Congo y presenta birrefringencia verde manzana al explorarse con luz polarizada⁴. La PAAF guiada puede ser útil para la obtención de la muestra⁵, como fue el caso de nuestro paciente; sin embargo, otros casos precisan biopsia pulmonar o toracotomía. Su pronóstico suele ser más benigno que el de las formas sistémicas por su evolución posterior al diagnóstico más prolongada y, probablemente, con un tiempo de evolución indeterminado antes de diagnosticarse⁶⁻⁸. El tratamiento se debe individualizar en función del paciente, su edad, la repercusión clínica y la clasificación de la localización de la lesión. En el caso de la amiloidosis pulmonar nodular solitaria puede indicarse cirugía, bien con fines diagnósticos o terapéuticos², y en las formas múltiples suele ser necesario un tratamiento conservador según la sintomatología y el control evolutivo del paciente. Nuestro paciente presentó evolución favorable, con tratamiento con oxigenoterapia domiciliar y broncodilatadores. Al año y medio de su seguimiento se encuentra estable y sus controles radiológicos posteriores no muestran cambios relevantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sipe JD, Cohen AS. Amiloidosis. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, SAU; 2001. p. 2309-14.
2. Farina C, Fibla JJ, Gómez G. Amiloidosis nodular pulmonar. Arch Bronconeumol. 2003;39(2):94-6.
3. Appendix. Multiple pulmonary nodules, with or without cavitations. En: Fraser RG, Peter Paré JA, Paré PD, Fraser RS, Genereux GP, editors. Diagnosis of diseases of the Chest. 3th ed. vol IV. Philadelphia: WB Saunders Company; 1991. p. 3074-9.
4. Kisilevsky R, Young JD. Amyloidosis. En: Damjanov I, Linder J, editors. Anderson's Pathology. 10th ed. St. Louis: Mosby; 1996. p.448-59.
5. Dundore PA, Aisner SC, Templeton PA, Krasna MJ, White CS, Seidman JD. Nodular pulmonary amyloidosis: diagnosis by fine-needle aspiration cytology and a review of the literature. Diagn Cytopathol. 1993;9(5):562-4.
6. Tamura K, Nakajima N, Makino S, Maruyama R, Cono T, Koga Y. Primary pulmonary amyloidosis with multiple nodules. Eur J Radiol. 1988;8(2):128-30.
7. Eisenberg R, Sharma OP. Primary pulmonary amyloidosis. An unusual case with 14 years' survival. Chest. 1986;89(6):889-91.
8. Utz JP, Swensen SJ, Gertz MA. Pulmonary amyloidosis. The Mayo Clinic experience from 1980 to 1993. Ann Intern Med. 1996;124(4):407-13.