

Imagen clínica

Amiloidosis traqueal primaria, un hallazgo poco frecuente

Primary Tracheal Amyloidosis: A Very Rare Finding

Jorge Rodríguez-Sanz^{a,*}, Claudia Beatriz Urgel-Royo^b, Jennifer Silvana Castillo Malla^c,
María Aguado-Agudo^a, Paula Gambó Grasa^c y Elisa Mincholé Lapuente^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España



Presentamos la imagen clínica de un paciente de 67 años, sin antecedentes médicos destacables, a quien se le realizó una broncoscopia en el contexto de hemoptisis recurrente, a pesar de embolización por parte de radiología intervencionista de un tronco intercostobronquial anómalo.

En la tomografía computarizada previa a la broncoscopia se observaron bronquiectasias cilíndricas bilaterales con ocupación del árbol bronquial del lóbulo inferior izquierdo de contenido mucoso/hemático.

En la broncoscopia posterior, se identificó infiltración de la mucosa traqueal en pared lateral izquierda distal, bronquio principal derecho y entrada de lóbulo superior izquierdo (figs. 1-3). Se tomaron biopsias y se remitieron las muestras a Anatomía Patológica.

Al microscopio, se trataba de acúmulos de material amorfo, eosinófilo, rodeado de células gigantes multinucleadas, rojo Congo positivo, acorde con depósitos de amiloide (fig. 4A-C)^{1,2}.



Figura 1. Lado izquierdo de la tráquea distal, con aspecto de infiltración.

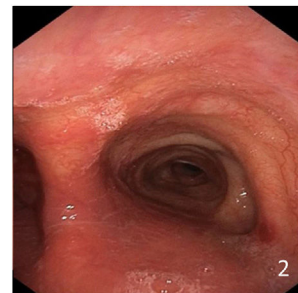


Figura 2. Bronquio principal derecho.

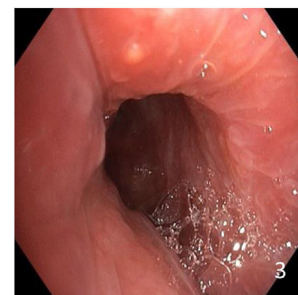


Figura 3. Bronquio principal izquierdo.

Al establecerse el diagnóstico, se realizó un estudio completo para descartar afectación a otros niveles. En una tomografía por emisión de positrones (PET) no se observaron focos hipermetabólicos, en un ecocardiograma transtorácico posterior no se objetivaron alteraciones significativas y la función renal estaba en el rango de la normalidad. La hemoptisis cedió sin tratamientos adicionales y el paciente se encuentra en la actualidad asintomático.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrsanz265@gmail.com (J. Rodríguez-Sanz).

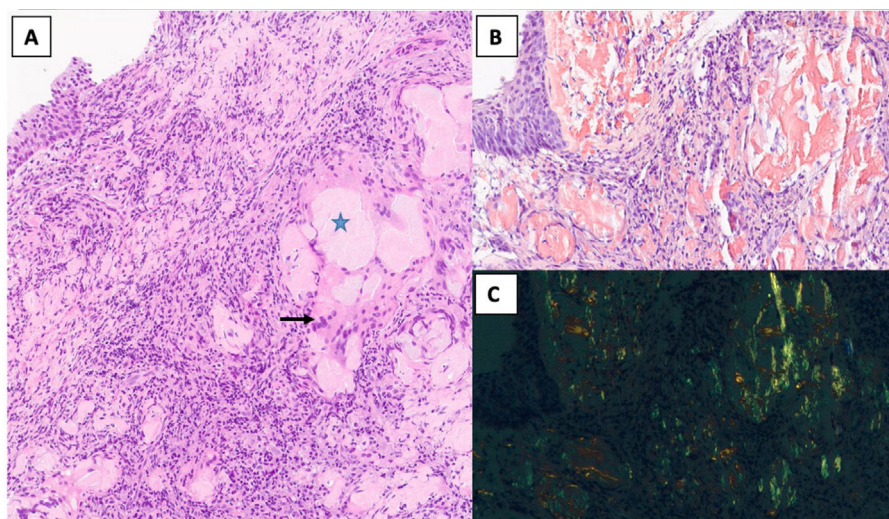


Figura 4. A) Mucosa bronquial con depósito de material eosinófilo, amorfo y acelular (estrella), separados por tejido conectivo con inflamación crónica y reacción gigantoce-lular de tipo cuerpo extraño (flecha). Tinción de hematoxilina eosina a 80x. B) Estudio inmunohistoquímico con rojo Congo positivo. Tinción de rojo Congo a 100x. C) Estudio de birrefringencia verde manzana. Tinción rojo Congo pero que evidencia la birrefringencia verde manzana bajo luz polarizada, igualmente a 100x.

Consentimiento informado

Se cuenta con el consentimiento del paciente.

Financiación

La financiación del artículo ha sido cubierta por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

Contribuciones de los autores

Los autores han contribuido por igual a la elaboración de este artículo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

Gracias al servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet por su siempre buena disposición en el trabajo.

Bibliografía

1. Milani P, Basset M, Russo F, Foli A, Palladini G, Merlini G. The lung in amyloidosis. *Eur Respir Rev.* 2017;26.
2. Crain MA, Lakhani DA, Balar AB, Hogg JP, Adelanwa A, Hailemichael E. Tracheo-bronchial amyloidosis: A case report and review of literature. *Radiol Case Rep.* 2021;16(9):2399–403.