

Linfoma primario pulmonar. Manifestaciones radiológicas del linfoma linfocítico bien diferenciado

L. Aliaga* / F. García** / F. Lecumberri*

RESUMEN

Presentamos dos casos de linfoma primario pulmonar, entidad infrecuente dentro de las neoplasias pulmonares. Se describen los hallazgos radiológicos destacando la afectación intersticial en el primero de nuestros casos, este hallazgo no ha sido descrito en la bibliografía consultada.

Introducción

Los linfomas no-Hodgkin extraganglionares pueden afectar a diversos órganos, habiéndose estimado que representan entre el 10 y el 33 % de los linfomas no hodgkinianos¹. Un lugar de asiento particularmente infrecuente de estos tumores es el pulmón. Desde 1926, en que fue descrito por primera vez el linfoma primario pulmonar han aparecido alrededor de 300 casos en la literatura¹⁻⁷. La frecuencia relativa de los distintos subtipos histológicos es desconocida, con predominio en una serie reciente del linfoma linfocítico difuso bien diferenciado de acuerdo con la clasificación de Rappaport¹.

En este trabajo se presentan dos casos de linfoma primario pulmonar (linfocítico difuso bien diferenciado) que ilustran esta rara entidad.

* Dpto. de Medicina Interna.

** Dpto. de Radiodiagnóstico. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

Observaciones clínicas

Caso N.º 1

Un varón de 38 años fue hospitalizado en abril de 1984 por presentar disnea con el ejercicio moderado desde hace tres años. La disnea había sido escasamente progresiva y no refería

otros síntomas respiratorios ni constitucionales. El paciente aportaba una radiografía de tórax (Fig. 1) realizada tres años antes por fiebre y malestar, apreciándose un patrón reticular difuso bilateral y consolidación homogénea, sin broncograma, en la porción inferior del pulmón derecho. En esta

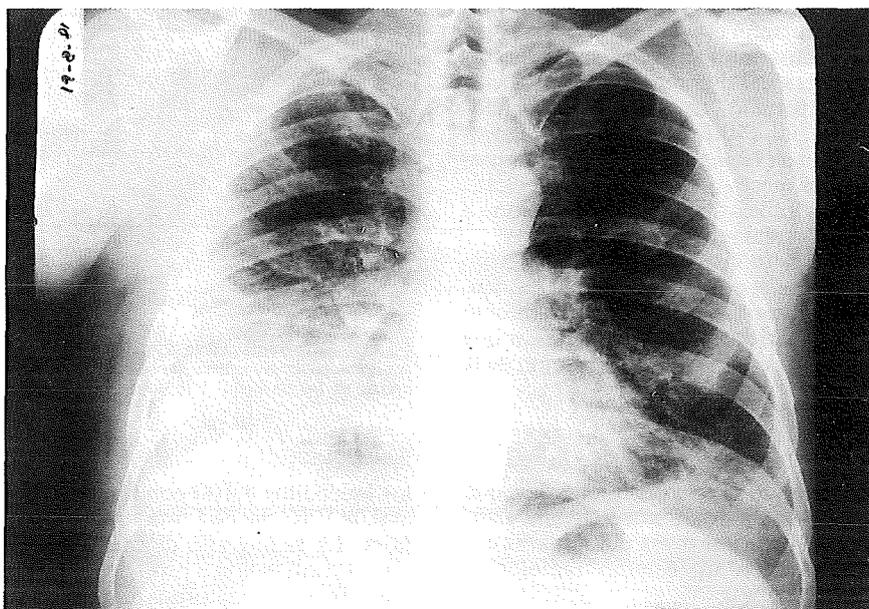


Fig. 1.—Caso número 1. Radiografía PA de tórax obtenida tres años antes del ingreso en nuestro hospital. Se demuestra la existencia de un patrón reticular, difuso y bilateral de predominio en bases pulmonares asociado a una zona de consolidación en porción inferior del pulmón derecho.

fecha, el enfermo rehusó ulteriores exploraciones y no recibió tratamiento.

La exploración física, a su ingreso, reveló un paciente sin disnea en reposo, con leve cianosis central y periférica. Presentaba acropaquias bilaterales en las manos y a la auscultación pulmonar existían algunos crepitantes en ambas bases. No hubo otras anomalías en el examen físico. La hemoglobina fue de 17 g/dl; los leucocitos fueron de 7.700 con un recuento diferencial normal y VSG de 1 mm en la primera hora. La sangre arterial respirando aire ambiente tenía un PH de 7,37, una Pa de O₂ de 55,8 mmHg y una PaCO₂ de 33,2 mmHg. La radiografía de tórax (Fig. 2) mostró leve incremento de las lesiones antes reseñadas y una pequeña consolidación del lóbulo inferior izquierdo. Las pruebas de función respiratoria mostraron una insuficiencia ventilatoria restrictiva moderada-severa.

Se realizó una biopsia pulmonar abierta mediante minitoracotomía. En la intervención el lóbulo medio presentaba una consistencia uniformemente sólida y superficie color blanco rosada. Histológicamente, el tumor estaba compuesto por linfocitos de mediano tamaño que obliteraban la arquitectura pulmonar normal, infiltrando las paredes alveolares (Fig. 3). Se observaron mitosis aisladas con frecuencia y no se hallaron centros germinativos.

Otras exploraciones posteriores fueron normales, incluyendo TAC abdominal y mediastino y biopsia de médula ósea.

La situación respiratoria del enfermo impidió realizar linfografía de ganglios abdominales. Se llevó a cabo una gammagrafía con Ga 67 que no reveló depósitos patológicos del radio-fármaco fuera del pulmón.

Se instauró tratamiento con ciclofosfamida (100 mg diarios) y fluprednisolona (12 mg diarios), tras no obtener respuesta con 2 ciclos de vincristina, ciclofosfamida y fluprednisolona a dosis establecidas.

En el momento actual el enfermo continúa con este tratamiento habiéndose observado un leve aclaramiento de las lesiones pulmonares y sin que exista evidencia de diseminación de la enfermedad.

Caso N.º 2

Mujer de 41 años, asintomática, que es enviada a nuestro centro para estudio de unas imágenes pulmonares observadas en un estudio radiológico rutinario.

En la exploración física, como única anomalía, se auscultó un soplo sistólico de eyección grado I/IV en mesocordio. La hemoglobina fue de 15,9 g/dl,

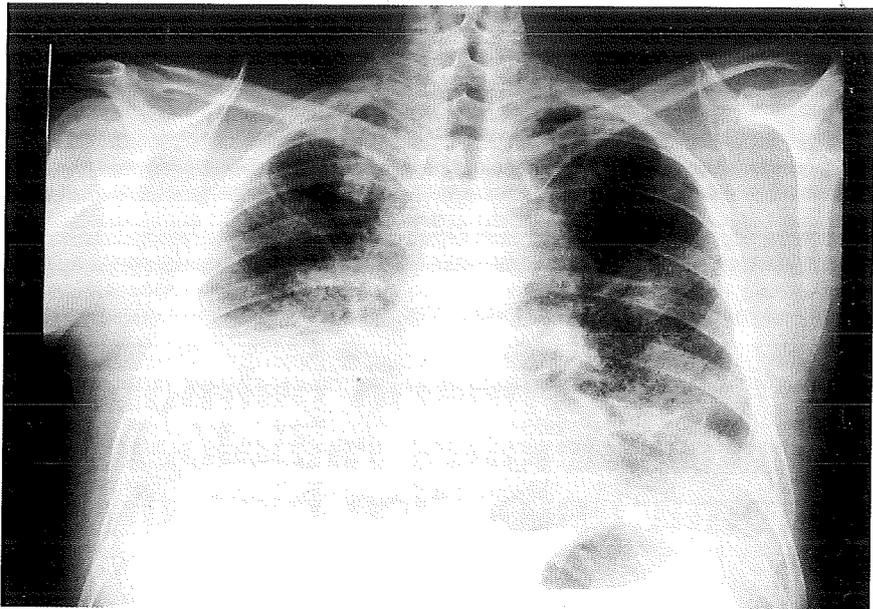


Fig. 2.—Caso número 1. Radiografía PA de tórax obtenida al ingresar el paciente en nuestro hospital. Respecto a la realizada tres años antes muestra un leve incremento de las lesiones antes descritas y consolidación en lóbulo inferior izquierdo.

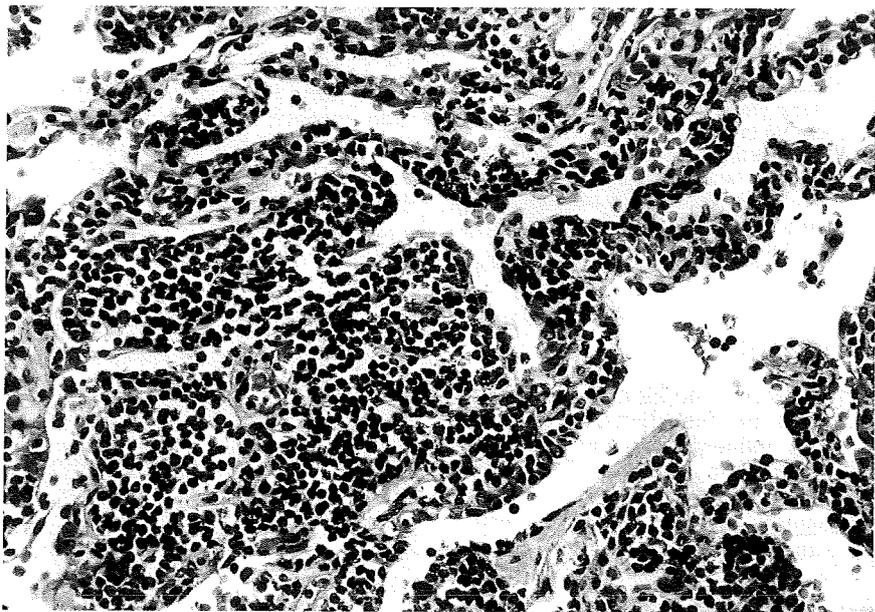


Fig. 3.—Caso número 1. Infiltración pulmonar por linfoma linfocítico bien diferenciado. Apréciense las estructuras alveolares parcialmente conservadas, la no existencia de otros componentes celulares aparte de los linfocitos y la ausencia de centros germinativos. (H.E. x 300).

los leucocitos 6.100 con fórmula normal, la VSG fue de 5 mm en la primera hora. La radiografía de tórax mostró una consolidación a nivel de la lingula y una masa de contornos mal delimitados en zona medial de lóbulo inferior derecho (Fig. 4). En la tomografía lineal (Fig. 5) se confirmaron dichas lesiones.

Se realizó TAC torácico que demuestra la existencia de infiltrados alveolares con broncograma aéreo y altos valores de atenuación cercanos a las 50 unidades H en segmentos posteriores de lóbulo inferior derecho y en lingula (Fig. 6). En hilio pulmonar izquierdo se observa una masa nodular sólida compatible con adenopatía.

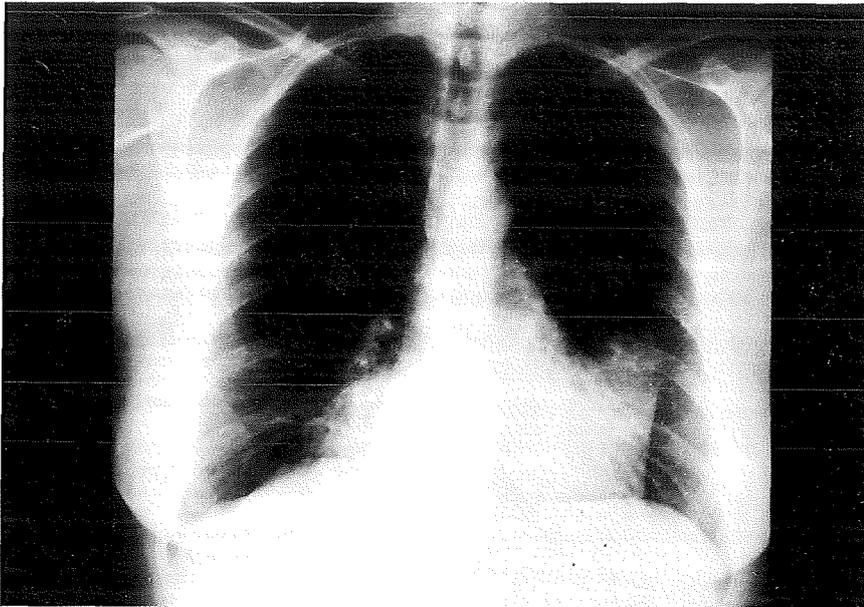


Fig. 4.—Caso número 2. Radiografía PA de tórax que muestra la presencia de una consolidación de márgenes imprecisos a nivel de llingula y una masa de contornos mal delimitados en zona basal de lóbulo inferior derecho.

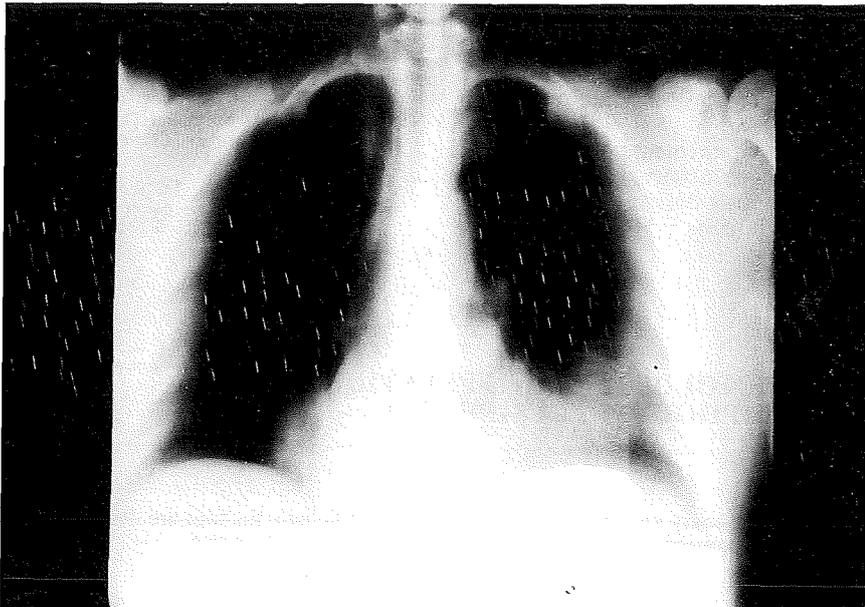


Fig. 5.—Caso número 2. Corte tomográfico que confirma los hallazgos descritos en la radiografía simple de tórax, se aprecia con mayor precisión la ocupación del espacio alveolar de llingula y la masa de situación basal en lóbulo inferior derecho.

La biopsia pulmonar de lóbulo inferior derecho por minitoracotomía mostró una tumoración sólida con infiltración pleural que histológicamente se trataba de una tumoración densamente celular que obliteraba en su totalidad los espacios aéreos, formada por linfocitos de pequeño tamaño, observándose ocasionalmente células

plasmáticas. No se encontraron centros germinativos y la pleura aparecía infiltrada.

Posteriormente se realizó gammagrafía ósea y hepática y TAC abdominal y pélvico sin demostrarse otro tipo de lesiones.

La paciente fue remitida al hospital de origen para recibir tratamiento.

Discusión

Los criterios propuestos por L'Hoste y cols.¹ para el diagnóstico del linfoma primario pulmonar, son los siguientes:

- 1) Afectación del pulmón, bronquios lobares o principales, tanto unilateral o bilateralmente, con o sin afectación de ganglios hilares o mediastínicos.
- 2) Ausencia de proceso linfoproliferativo extratorácico en el momento del diagnóstico, ni a los tres meses del diagnóstico. Los casos con afectación ganglionar mediastínica se aceptan como primariamente pulmonares si la mayor parte del tumor se encuentra localizada en el pulmón¹.

En nuestra opinión, el estudio clínico para descartar enfermedad linfoproliferativa fuera del tórax debe ser cuidadoso, incluyendo TAC abdominal, biopsia de médula ósea y linfografía. Si este último examen no pudiera realizarse la gammagrafía con Ga 67 puede ser útil para la exploración de ganglios abdominales⁸, aunque aún no está determinada la sensibilidad y especificidad de la técnica⁸. La mayoría de los casos publicados fueron estudiados previamente a la disponibilidad de estas técnicas diagnósticas^{2, 5-7}. En consecuencia, es posible que algunos de estos casos representen en realidad, la extensión pulmonar de linfomas de otro origen.

Habitualmente, estos tumores, se manifiestan en la radiografía de tórax como nódulos o masas homogéneas, sin calcificación^{2, 4} con bordes bien definidos^{4, 7, 9}. El tamaño de estas lesiones varía entre 2 y 8 cm^{2, 4} ocupando en ocasiones un pulmón entero³.

Otros patrones radiológicos incluyen la consolidación localizada, áreas múltiples de consolidación. La afectación simultánea de ambos pulmones, como ocurrió en nuestros dos enfermos, es un hecho frecuente¹. Podría dudarse en estos casos del origen primario pulmonar, pero se trata de pacientes que cumplen los criterios diagnósticos previamente señalados y en estudios necrópsicos de algunos de los pacientes reportados en la literatura con linfoma bilateral no se ha podido detectar enfermedad linfoproliferativa en otro lugar diferente del pulmón¹.

Se ha señalado que estos tumores tienen un crecimiento extravascular, extra-alveolar y extrabronquial, comprimiendo las estructuras pulmonares adyacentes en su desarrollo⁵. Debido a la permeabilidad bronquial la presencia de broncograma aéreo se ha considerado un signo radiológico casi obligado⁵.

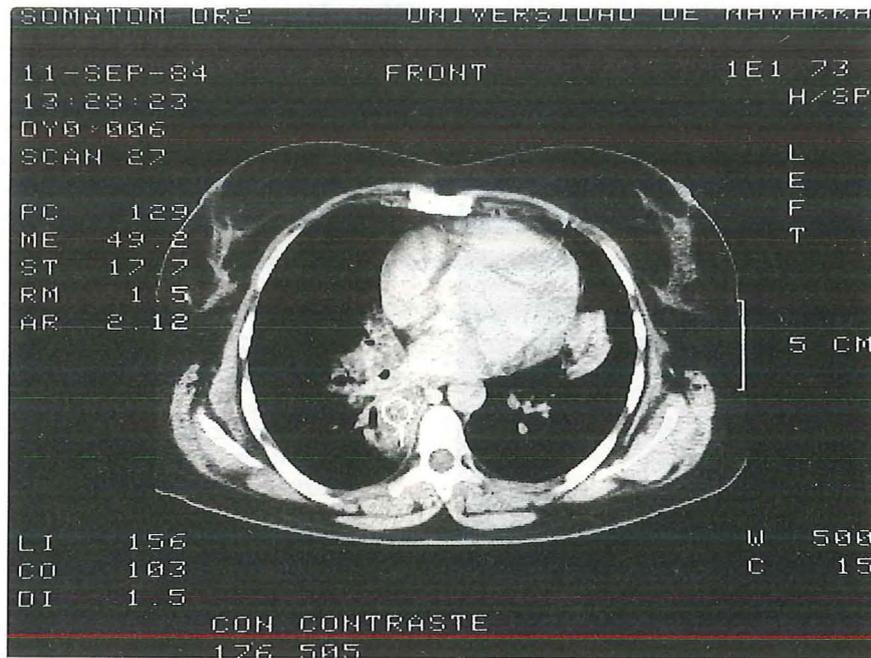


Fig. 6.—Caso número 2. TAC realizado tras la administración de medio de contraste intravenoso. Corte a nivel de base pulmonar. Consolidación con broncograma aéreo en su interior y valores de atenuación de 49 unidades H, situada en segmentos posteriores de lóbulo inferior derecho y en lingula.

Nosotros sólo pudimos evidenciar broncograma aéreo en el segundo caso cuando se realizó TAC. En el primer paciente presentado el estudio de los campos pulmonares mediante TAC resultó muy artefactado para permitir un análisis cuidadoso, debido a que el paciente soportaba mal la apnea. Esta

ausencia de broncograma coincide con lo comunicado en otras series^{2, 4} en que sólo se ha observado ocasionalmente.

Concomitantemente con estas lesiones puede observarse en la radiografía de tórax derrame pleural y adenopatías hiliares^{2, 4, 9}.

Lesiones intersticiales como las observadas por nosotros en nuestro primer caso, no están descritas en la literatura consultada^{1, 6} debiéndose considerar también como una manifestación radiológica del linfoma primario pulmonar.

Bibliografía

1. L'Hoste RJ, Filippa DA, Lieberman PH y Bretsky S. *Primary pulmonary lymphomas. A Clinicopathologic Analysis of 36 cases.* Cancer 54: 1.397-1.406, 1984.
2. Koss MN, Hochholzer L, Nichols PW y Lazarus AA. *Primary Non-Hodgkin's Lymphoma and Pseudolymphoma of Lung: A study of 161 Patients.* Hum Pathol 14: 1.024-1.038, 1983.
3. Benfield GFA. *Primary lymphosarcoma of lung associated with hypertrophic pulmonary osteoarthropaty.* Thorax 34: 279-280, 1979.
4. Julsrud PR, Brown LR, Rosenow EC y Crowe JK. *Pulmonary Processes of Mature-Appearing Lymphocytes: Pseudolymphoma, Well-Differentiated Lymphocytic Lymphoma and Lymphocytic Interstitial Pneumonitis.* Radiology 127: 289-296, 1978.
5. Mark LK. *Primary Lymphoma of the lung.* JAMA 237: 895-896, 1977.
6. Hurt RL y Kennedy PU. *Primary Lymphosarcoma of the lung.* Thorax 29: 258-261, 1974.
7. Papaioannou A y Watson W. *Primary Lymphoma of the lung: an appraisal of its natural history and a comparison with other localized lymphomas.* J Thoracic and Cardiovas Surg 49: 3.373-3.387, 1965.
8. Neumann RD y Sostman HD. *Ga 67 Scintigraphy of the thorax.* Chest 86: 253-256, 1984.
9. Grenne R, Mc Loud TC y Stark P. *Otros tumores malignos del pulmón.* Seminarios de Roentgenología XII: 3.331-3.351, 1977.

PRIMARY LYMPHOMA OF LUNG. RADIOLOGIC MANIFESTATIONS IN THE WELL-DIFFERENTIATED LYMPHOCYTIC LYMPHOMA

Summary

Two cases of primary lymphoma of lung, a rare pulmonary neoplasm, are presented. The radiologic findings are described. One patient showed an interstitial pattern on chest film. In our knowledge, this finding have not been previously reported.