

Hiperplasia adenomatosa atípica pulmonar. A propósito de un caso

J. Broncano¹, M.D. Lozano², L. Seijo³, A. Tamura⁴

¹ Departamento de Radiodiagnóstico

² Departamento de Anatomía Patológica

³ Departamento de Neumología

⁴ Departamento de Cirugía Torácica

Clínica Universidad de Navarra. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Correspondencia:

Jordi Broncano Cabrero

Servicio de Radiología

Clínica Universidad de Navarra

Avda. Pío XII, s/n

31080 Pamplona

Tel.: 948 255400

Resumen

La Hiperplasia adenomatosa atípica (HAA) es una entidad infrecuente en la población general. Se manifiesta en TC como un nódulo pulmonar en vidrio deslustrado sin componente sólido y persistente a pesar de tratamiento antibiótico. Se presenta un caso de HAA, descubierto a raíz del programa de detección precoz de cáncer de pulmón de la Clínica Universitaria de Navarra. Se muestran los hallazgos en TC y Anatomía Patológica, así como la correlación radio patológica. Se plantea el diagnóstico diferencial con otras entidades incluidas lesiones con potencial maligno (carcinoma bronquioloalveolar y adenocarcinoma de bajo grado). Se comenta el método empleado en el manejo de las lesiones nodulares en vidrio deslustrado en el contexto de este programa de detección precoz.

Palabras clave: Nódulo pulmonar, vidrio deslustrado, hiperplasia adenomatosa atípica

Caso clínico

Paciente de 65 años que consulta para revisión general. Como antecedentes destacan un episodio depresivo, en el mes de abril, que se trató con Duloxetine mejorando, aunque le producía sudoración profusa por lo que abandonó el tratamiento en agosto. Refiere también sintomatología de obstrucción nasal y dolor retrorral. El resto del interrogatorio por aparatos no mostró hallazgos significativos.

Se realiza un TC de tórax de baja dosis (TCBD) donde se identifica un nódulo pulmonar no sólido, "en vidrio deslustrado", de 16 por 11 milímetros (Figura 1 y 2). Su localización es periférica y adyacente a la cisura menor en el segmento posterior del lóbulo superior derecho. Tiene bordes bien definidos e hipodensidades en su interior. Además, se observa una discreta retracción de la cisura menor sin pérdida significativa de volumen del lóbulo superior derecho (Figura 1).

Summary

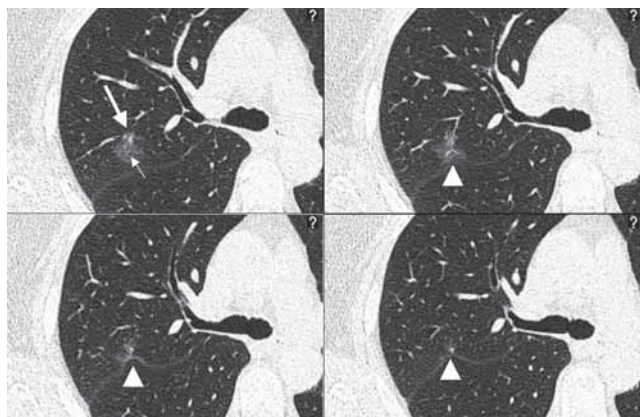
Atypical adenomatose hyperplasia (HAA) is an infrequent pathology in general population. The CT findings are ground glass opacity without solid component and persistent regardless antibiotic treatment. We present a case of HAA, detected on program of early detection of lung cancer program of the Clínica Universitaria de Navarra. We show the CT and histology findings, and radiopathologic correlation. The differential diagnosis must include other lesions with potential malignity (bronchioalveolar carcinoma and low grade adenocarcinoma). We show the method applied in ground glass opacities management in an early lung detection program context.

Key words: Pulmonary nodule, ground glass opacity, atypical adenomatous hyperplasia

Se ofreció al paciente la posibilidad de formar parte del programa de detección precoz de cáncer de pulmón de la Clínica Universitaria de Navarra. El método empleado en el manejo de las lesiones nodulares en vidrio deslustrado en el contexto de este programa de detección precoz se centra en la realización de TC torácicos de baja dosis periódicos¹. Ante nódulos de estas características se realiza tratamiento antibiótico previamente a la repetición del TCBD. En este paciente, tras tratamiento antibiótico se observa un discreto aumento de tamaño de forma no significativa (Figura 2). En este mismo contexto², dada la persistencia del nódulo en los exámenes tomodensitométricos desde la fecha se procede a la realización de un Tomografía por Emisión de Positrones (PET-TC), que no muestra captación significativa de la lesión mencionada ni en otras localizaciones.

Debido a los hallazgos semiológicos del nódulo pulmonar en cuestión, a su tamaño, a la persistencia del mismo a pesar del tratamiento antibiótico y con el diagnóstico diferencial que

Figura 1. TC de baja dosis de radiación con cortes axiales seriados de 3 mm con incrementos de corte de 3 mm. Se observa una opacidad localizada en el segmento posterior de lóbulo superior derecho que deja entrever estructuras broncovasculares pulmonares a su través (opacidad en vidrio deslustrado), con hiperlucencias intranodulares (flecha pequeña), un bronquio que penetra en su interior (flecha larga) y retracción de la cisura menor (cabezas de flecha).



ello implica, se procede a la biopsia. Se realiza resección atípica pulmonar. El diagnóstico histológico es de hiperplasia adenomatosa atípica (HAA) (Figura 3).

Discusión

El uso creciente de la TC en la práctica clínica, y la inclusión de pacientes en programas de detección precoz de cáncer de pulmón, basados en la realización de TCBD, han propiciado el aumento en el diagnóstico de nódulos pulmonares de pequeño tamaño, la mayoría de ellos como hallazgo accidental³. La realización de controles periódicos con TCBD en estos casos, permite una reducción en la realización de pruebas agresivas y por ello de

Figura 2. Imagen comparativa en TC torácicos de baja dosis, con un año de separación y tras tratamiento antibiótico. Cortes axiales de 3 mm a nivel del origen del bronquio del segmento anterior de LSD. No se evidencia variación significativa de tamaño, (TC del 14.12.2006: 16 × 11 mm; TC 14.12.2007: 16 × 12 mm).

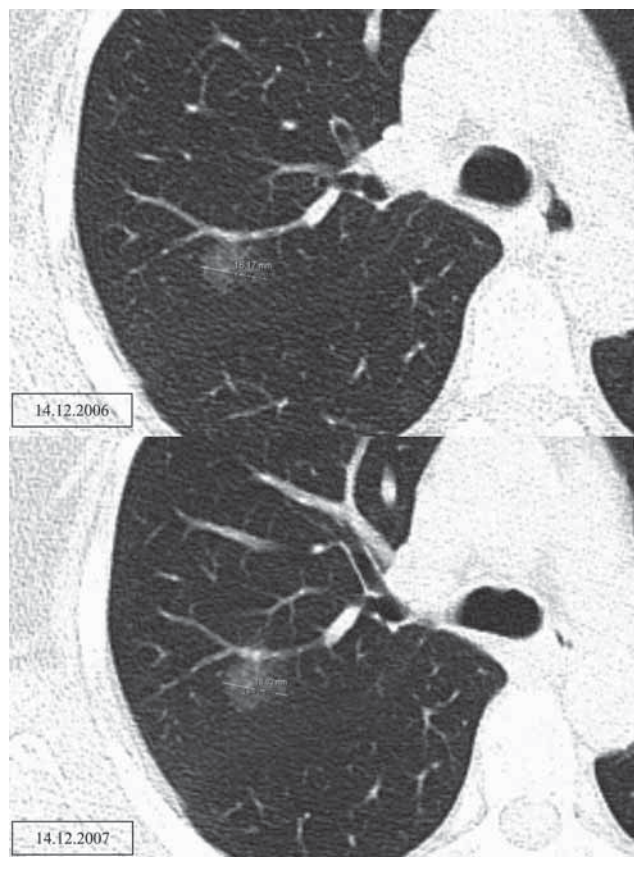
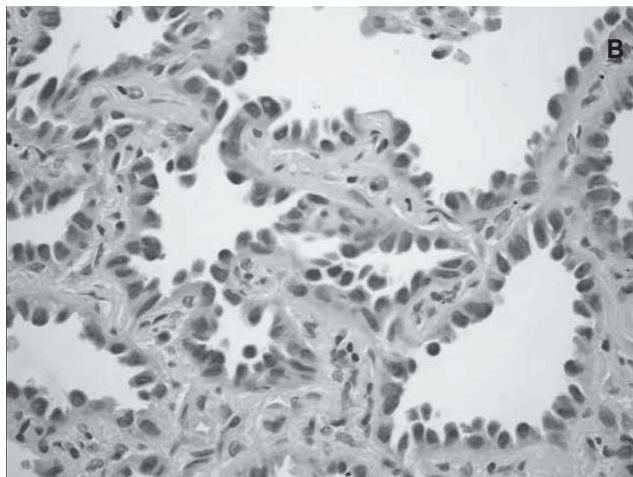
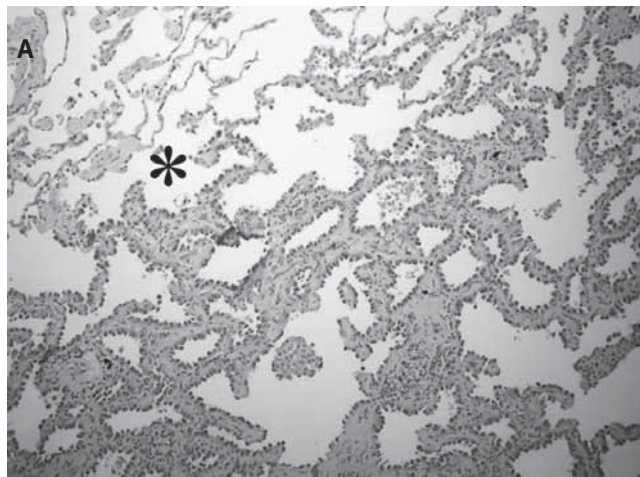


Figura 3. HAA 3A: Las células con atipia ligera recubren los alveolos. Hay una ligera fibrosis de los tabiques. Existe una separación nítida entre la lesión y el parénquima pulmonar adyacente (asterisco). 3B: imagen a mayor aumento. No hay mitosis ni infiltración del tabique alveolar.



una comorbilidad para el paciente y un gasto añadido al sistema sanitario. Los nódulos no densos o en "vidrio esmerilado" no resueltos tras tratamiento antibiótico son, en general, de muy lento crecimiento y su correlato histopatológico corresponde a lesiones del tipo de la HAA o la fibrosis intersticial focal, así como a lesiones malignas (carcinoma bronquioloalveolar y adenocarcinoma).

La HAA es una proliferación localizada de células con ligera o moderada atipia que tapizan los alveolos y ocasionalmente los bronquiolos respiratorios⁴. El resultado son lesiones periféricas generalmente menores de 1 cm y sin lesiones pulmonares subyacentes. Se ha publicado una incidencia de un 2,8 % de la población general y en un 6,6 % de las personas mayores de 60 años. Sin embargo es más frecuente en pacientes con carcinoma primario de pulmón. La HAA se considera una entidad precursora del adenocarcinoma de pulmón incluyendo el carcinoma bronquioloalveolar. La HAA se describe más frecuentemente como hallazgo incidental en pulmones resecaados por carcinomas, sobre todo adenocarcinomas primarios de pulmón, llegando en estos casos a una incidencia entre el 10 y el 23,2 %⁵.

La identificación en TC con cortes finos de una lesión pulmonar focal redondeada u oval, en vidrio deslustrado, sin componente sólido plantea un diagnóstico diferencial en el que se encuentra la HAA entre otras entidades. La Fleischner Society define la opacidad en vidrio deslustrado como aquel aumento de densidad que permite vislumbrar a su través las estructuras broncovasculares del parénquima pulmonar⁶. Algunos autores como Takashima, Lee, Nakata y Nakajima describen otros hallazgos en relación con la HAA como son la ausencia de márgenes espiculados de la lesión, la retracción pleural o la convergencia vascular, tal y como ocurre en nuestro caso⁷⁻⁹.

Nakata y colaboradores afirman que el tamaño de la lesión podría ser un criterio para la diferenciación entre HAA y carcinoma, de tal forma que nódulos de tamaño superior a los dos centímetros tienen mayor probabilidad de tener algún componente neoplásico⁹.

Sin embargo, tanto el tamaño, como el tiempo de duplicación de la lesión y su semiología radiológica son bastante inespecíficos. Al igual que los signos mencionados anteriormente, ninguno debe ser tomado como patognomónico. Se han descrito en este tipo de lesiones otros signos radiológicos, también inespecíficos. En primer lugar, el signo del "bronquio abierto". Consiste en la identificación de un bronquio lleno de aire entrando en el nódulo en vidrio deslustrado (Figura 1). Indica que la lesión respeta la arquitectura normal del lobulillo secundario. En entidades neoplásicas corresponde al crecimiento lepidico del carcinoma bronquioloalveolar. El crecimiento lepidico corresponde a aquel que ocurre a lo largo del revestimiento alveolar, sustituyendo a las células que lo componen pero sin infiltración. Otro de los signos observados en TC, son las hipodensidades intranodulares evidenciadas en nuestro caso (Figura. 1) y que también pueden aparecer tanto en la HAA como en el adenocarcinoma-BAC. Anatomopatológicamente, pueden corresponder con pequeñas áreas enfisematosas intranodulares, por destrucción secundaria o mecanismo valvular asociado, o bien, con bronquiolos intranodulares preservados. La presencia de un componente sólido en el interior del nódulo en vidrio deslustrado es sugestivo de corresponder a una lesión maligna. Sin embargo una etiología benigna no podría descartarse con total seguridad, en ocasiones producido por un componente

fibrótico o atelectásico. Se ha descrito una mayor frecuencia de entidades malignas en nódulos con componente mixto (BAC o adenocarcinoma de bajo grado).

En vista de todos los hallazgos semiológicos mencionados anteriormente y de la baja especificidad de los mismos, realmente reviste gran dificultad establecer mediante TC un diagnóstico preciso de hiperplasia adenomatosa atípica. Diferenciar esta entidad del carcinoma bronquioloalveolar (BAC) de bajo grado, del adenocarcinoma o de la fibrosis intersticial focal puede ser imposible. Por ello, es de la mayor importancia el estudio histológico en este tipo de lesiones persistentes al tratamiento antibiótico para descartar una posible etiología neoplásica y establecer, a posteriori, un tratamiento efectivo de la lesión.

Algunos autores recomiendan la realización de resecciones atípicas de nódulos pulmonares en vidrio deslustrado persistentes tras tratamiento antibiótico, debido al buen pronóstico de los mismos. De esta manera se puede evitar una eventual resección pulmonar mayor (segmentectomía o lobectomía)^{10, 11}.

En conclusión, a pesar de que la etiología maligna (BAC o adenocarcinoma de bajo grado con componente bronquioloalveolar) sea la predominante entre este tipo de lesiones, siendo hasta un 75% en algunas series publicadas, no tenemos hallazgos tomográficos con una especificidad suficiente como para diferenciar dichas lesiones malignas de lesiones pulmonares con un mejor pronóstico, como la hiperplasia adenomatosa atípica. Por ello, tanto el seguimiento con TCBD de los nódulos pulmonares no sólidos como el estudio histológico de los que crecen o no disminuyen son el manejo más adecuado para este tipo de pacientes¹².

Bibliografía

1. Henschke CI, Yankelevitz DF, Smith JP, Miettinen OS. Screening for lung cancer: the early lung cancer action approach. *Lung Cancer* 2002; 35:143-148.
2. Bastarrika G, García-Velloso MJ, Lozano MD, Montes U, Torre W, Spiteri N, Campo A et al. Early lung cancer detection using spiral computed tomography and positron emission tomography. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171:1378-83.
3. Park CM, Goo JM, Lee HJ, Lee CH, Chun EJ, Im JG. Nodular ground-glass opacity at thin section CT: histologic correlation and evaluation of change at follow up. *Radiographics* 2007; 27; 391-408.
4. Weng S, Tsuchiya E, Satoh Y, Kitagawa T, Nakagawa K, Sugano H. Multiple atypical hyperplasia of type II pneumocytes in bronchioloalveolar carcinoma. *Histopathology* 1990;16: 101-103.
5. Yokose T, Ito Y, Ochiai A. High prevalence of atypical adenomatous hyperplasia of the lung in autopsy specimens from elderly patients with malignant neoplasia. *Lung cancer* 2000; 56: 302-305.
6. Hansell DM, Bankier AA, MacMahon H, McLoud TC, Müller NL, Remy J. Fleischner Society: glossary of terms for thoracic imaging. *Radiology*. 2008; 246:697-722.
7. Takashima S, Sone S, Li F, Maruyama Y, Hasegawa M, Matsushita T et al. Small solitary pulmonary nodules detected at population based CT screening for lung cancer: reliable high-resolution CT features of benign lesions. *Am J Roentgenol* 2003; 180: 955-964.
8. Li F, Sone S, Abe H, MacMahon H, Doi K. Malignant versus benign nodules at CT screening for lung cancer: comparison of thin-section CT findings. *Radiology* 2004; 233: 793-798.
9. Nakata M, Saeki H, Takata I, Segawa Y, Mogami H, Mandai K et al. Focal ground-glass opacity detected by low dose helical CT. *Chest* 2002; 121: 1464-1467.

10. Roberts PF, Straznicka M, Lara PN, Lau DH, Follette DM, Gandara DR et al. Resection of multifocal non-small cell lung cancer when the bronchioloalveolar subtype is involved. J Thorac Cardiovasc Surg 2003; 126: 1597-1602.
11. Nakata M, Sawada S, Saeki H, Takashima S, Mogami H, Teramoto N, et al. Prospective study of thoroscopic limited resection for ground-glass opacity selected by computed tomography. Ann Thorac Surg 2003; 75: 1601-1022.
12. Kim HY, Shim YM, Lee KS, Han J, Yi CA, Kim YK. Persistent pulmonary ground-glass opacity at thin-section helical CT: histopathologic comparisons. Radiology 2007; 245: 267-275.

Formación de Posgrado en Nutrición y Salud



Universidad
de Navarra

Cursos de Posgrado

Curso Superior de Alimentación y Salud (Título Propio de la Universidad de Navarra)

CURSOS DE POSGRADO A DISTANCIA

- ALIMENTACIÓN HOSPITALARIA
- NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y DIETOTERAPIA
- ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES
- NUTRITION AND OBESITY
- NUTRICIÓN Y SALUD PÚBLICA
- ALIMENTOS: COMPOSICIÓN Y PROPIEDADES
- NUTRICIÓN Y OBESIDAD
- NUTRICIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
- NUTRICIÓN APLICADA (PRESENCIAL)

www.unav.es/fcdns

OTROS ESTUDIOS DE NUTRICIÓN Y SALUD

- MÁSTER EUROPEO EN NUTRICIÓN Y METABOLISMO (E-MENU)
- CURSO DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA "DIETA EQUILIBRADA Y SALUD"

www.unav.es/fcdns/extension

INFÓRMATE

Instituto de Ciencias de la Alimentación de la Universidad de Navarra (ICAUN).
Edificio de Ciencias. Irunlarrea, 1 - 31008 Pamplona. Navarra. España
T +34 948 425 665 (directo) ó +34 948 425 600 (ext.6551/6432)
F +34 948 425 649 | www.unav.es/fcdns | nutdist@unav.es



Facultad de Farmacia

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA ALIMENTACIÓN