

GRANULOMATOSIS BRONCOCÉNTRICA SIMULANDO UNA NEOPLASIA PULMONAR

Jesús José Aguilar-García¹, Cristina Martínez-Polanco², Raquel González-Martín², M^a Alcázar Iribarren-Marín²

Médico Residente¹. Facultativo Especialista de Área². Unidad de Diagnóstico por la Imagen. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

Sr. Director.

La granulomatosis broncocéntrica (GB) se engloba dentro de un grupo diverso de enfermedades pulmonares asociadas a eosinofilia periférica o tisular, caracterizadas por la presencia de granulomas y lesiones necrotizantes del epitelio bronquial. Fue descrita, inicialmente por Liebow en 1973¹, al referir 9 casos de un tipo de “granulomatosis no angiogénica que afectaba a bronquios y bronquiolos”. Presentamos un caso que inicialmente se interpretó como neoplasia pulmonar.

Hombre de 68 años con antecedentes de neoplasia renal intervenida (de células claras) y adenocarcinoma de próstata tratado con hormonoterapia y radioterapia, que acudió a consulta en el seguimiento de su control oncológico. A la exploración presentó expectoración blanquecina y tos asociada a disnea grado 1. La analítica realizada (hemograma y bioquímica) no mostró alteraciones. Se le realizó tomografía computarizada de tórax (TAC)(fig.1) apreciándose múltiples nódulos con bordes mal definidos asociados a imágenes de “árbol en brotes” (fig.1A) y adenopatías paratraquea-

les derechas (fig.1B), todo ello sugestivo de neoplasia asociada a proceso inflamatorio bronquiolar. Tras varios intentos por conseguir la histología de las lesiones (broncoscopia, aspirado bronquial y punción directa), no se lograron resultados satisfactorios por lo que se le realizó una tomografía de emisión de positrones (PET) que fue informada como lesiones metabólicamente positivas. Ante la sospecha de proceso neoplásico se intervino quirúrgicamente con neumectomía superior derecha, siendo el resultado anatomopatológico de granulomatosis broncocéntrica.

La GB es una entidad inusual que cursa con un infiltrado inflamatorio de eosinófilos, linfocitos, y células plasmáticas rodeado por células epiteloides que conducen, en última instancia, a la ulceración, obliteración y destrucción de las vías respiratorias de menor calibre (bronquios y bronquiolos). El proceso inflamatorio puede afectar a los vasos sanguíneos. El mecanismo patogénico se considera una reacción inmunológica frente a antígenos endobronquiales, relacionándose con diversos procesos entre los que se incluyen principalmente el asma y la aspergilosis broncopulmonar alérgica²; también se ha descrito en la artritis reumatoide, en las infecciones por mycobacterias, hongos y parásitos o como causa idiopática³⁻⁵.

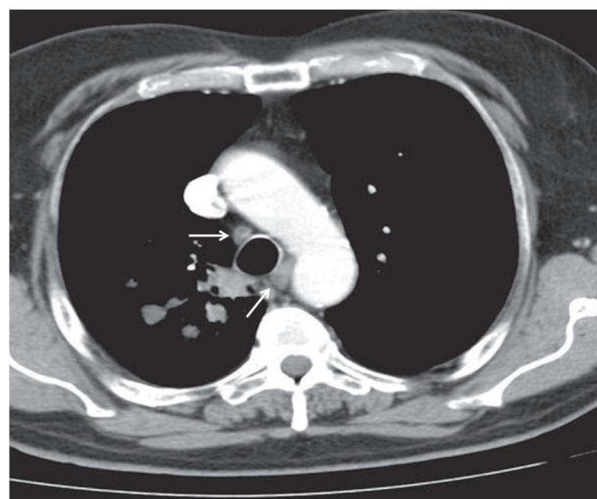
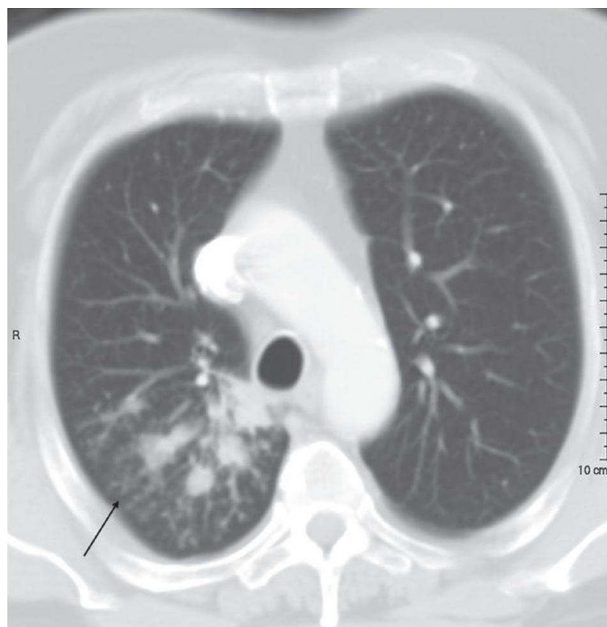


Figura1. Tomografía Computarizada Pulmonar.

A: ventana de parénquima. Se visualizan múltiples nódulos con bordes mal definidos rodeados de lesiones en “árbol en brotes” (flecha).

B: ventana mediastínica. Conglomerado adenopático (flecha).

Recibido: 15 de junio de 2011. Aceptado: 8 de julio de 2011.

Jesús José Aguilar García
jjag96@hotmail.com

Afecta a sujetos entre la 4^a-7^a década de la vida, cursando clínicamente con fiebre, sudoración nocturna, tos y disnea. Los patólogos, al analizar esta entidad, encuentran bronquios y bronquiolos ectásicos con paredes engrosadas conteniendo material de apariencia caseosa o mucopurulenta (que puede ser la causa de la imagen en "árbol en brotes"-bronquiolos llenos de material- de nuestro caso). Las pequeñas vías aéreas están rodeadas de granulomas necrotizantes en íntimo contacto con el epitelio respiratorio².

Aunque varios datos radiológicos pueden ayudar a identificarla, existe una considerable superposición de hallazgos con las distintas enfermedades que forman el espectro de las enfermedades pulmonares eosinofílicas, de forma que las pruebas de imagen son no específicas y se requiere, habitualmente, una confirmación histológica. No obstante, se han descrito dos

patrones predominantes desde el punto de vista radiológico: nodular o pseudomasa con o sin cavitación acompañante (60%) y consolidaciones neumónicas (27%) de predominio en lóbulos superiores, a veces, con asociación a derrame y adenopatías mediastínicas⁶⁻⁷ como en nuestro caso. El diagnóstico diferencial debe realizarse con nódulos múltiples o masas cavitadas como aparecen en las vasculitis pulmonares, metástasis sobre todo de neoplasias de tipo escamoso, infecciones multifocales (hongos, pseudomonas, mycobacterias) infartos pulmonares, linfoma primario, nódulos reumatoideos e histiocitosis de células de Langerhans². El tratamiento se realiza con corticoides (cuando no se asocia a otra etiología) siendo la pauta prednisona 40-60 gramos/día, o con inmunosupresores (ciclosporina, 1-2 mg/kg/día). La evolución suele ser satisfactoria⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Liebow AA. The J. Burns Amberson Lecture-pulmonary angitis and granulomatosis. *Am Rev Respir Dis* 1973; 108:1-18.
- 2.- Yano S, Shishido S, Kobayashi K, Nakano H, Kawasaki Y. Bronchocentric granulomatosis due to *Aspergillus terreus* in an immunocompetent and non-asthmatic woman. *Respir Med* 1999; 93:672-4.
- 3.- Frazier A, Rosado-de-Christenson ML, Galvin JR, Fleming MV. Pulmonary angitis and granulomatosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 1998; 18: 687-710.
- 4.- Bes C, Kiliçgün A, Talay F, Yilmaz F, Soy M. Bronchocentric granulomatosis in a patient with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. En prensa 2010.
- 5.- Hernández-Pérez JM, Pérez-Negrín L. Granulomatosis broncocéntrica idiopática. *Arch Bronconeumol* 2006; 42:45.
- 6.- Ward S, Heyneman LE, Flint JDA, Leung AN, Kazerooni EA, Müller NL. Bronchocentric granulomatosis computed tomographic findings in five patients. *Clin Radiol* 2000; 55:269-300.
- 7.- Jeong YJ, Kim KI, Seo IJ, Lee CH, Lee KN, Kim KN, et al. Eosinophilic lung diseases: a clinical, radiologic, and pathologic overview. *Radiographics* 2007;27:617-37; discussion 637-9.
- 8.- Van der Klooster JM, Nurmohamed LA, van Kaam NA. Bronchocentric granulomatosis associated with influenza-A virus infection. *Respiration* 2004; 71:412-6.

