

LINFOMAS PULMONARES PRIMARIOS SIMULANDO NÓDULOS PULMONARES SOLITARIOS

A. Torres Serna¹, J.M. Córcoles Padilla¹, E. Ortega Pastor².

¹Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche (Alicante) España

²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Vinalopó. Elche (Alicante) España

RESUMEN

La afectación primaria de los linfomas a nivel pulmonar es una entidad infrecuente que representa menos del 0.5% de las neoplasias malignas de pulmón. Su presentación radiológica puede ser heterogénea y en algunos casos puede suponer un desafío diagnóstico.

Presentamos 3 casos de linfoma pulmonar primario con tres tipos histológicos diferentes.

Palabras clave: Linfoma pulmonar primario, nódulo pulmonar.

ABSTRACT

The primary involvement of lymphomas at the lung level is a rare entity that represents less than 0.5% of lung malignancies. Its radiological presentation can be heterogeneous and in some cases can pose a diagnostic challenge.

We present 3 cases of primary pulmonary lymphoma with three different histological types.

Keywords: Primary pulmonary lymphoma, lung nodule.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas primarios pulmonares (LPP) se definen como la proliferación clonal linfoide que afecta a uno o ambos pulmones en un paciente sin afectación extrapulmonar detectable en el momento del diagnóstico o durante los 3 meses siguientes¹. Este tipo de patología es una entidad poco frecuente, ya que representa menos del 0,5% de las neoplasias malignas del pulmón².

Debido a su escasa incidencia, su ambigüedad clínica y su afectación exclusiva al pulmón, suele ser necesario emplear técnicas invasivas para confirmar su diagnóstico. Presentamos 3 casos de LPP con tres tipos histológicos diferentes.

CASO 1

Varón de 74 años con hipertensión arterial y antecedente de adenocarcinoma de recto estadio III tratado quirúrgicamente, en el que se evidencia un nódulo pulmonar en el lóbulo inferior izquierdo (LII) en una tomografía computarizada (TC) de abdomen.

Ampliando el estudio, se realiza una TC de tórax que describe un nódulo pulmonar subpleural de 18 x 16 mm en el LII (**figura 1a**). Para su caracterización se obtuvo una tomografía por emisión de positrones (PET) con un SUV máximo de 8,83 g/ml, compatible con lesión de características metabólicas malignas. Durante la

fibrobroncoscopia (FBC) no se observó ninguna lesión endobronquial.

Con el diagnóstico de nódulo pulmonar no filiado y junto al antecedente personal de adenocarcinoma de colon, se realizó una resección atípica con márgenes amplios del nódulo en LII sin complicaciones mediante videotoroscopia uniportal (UVATS).

La anatomía patológica definitiva de la lesión informó de un linfoma folicular grado 2 con expresión de CD45, CD20, CD79a, BCL2, BCL6 y CD10 (**figura 1b**) con márgenes quirúrgicos libres.

Ante los hallazgos expuestos se derivó al paciente al servicio de hematología clínica, que completó el estudio con una biopsia de médula ósea (BMO) sin evidencia de infiltrado linfoproliferativo, decidiendo realizar controles periódicos ante el diagnóstico de linfoma folicular grado 2 con baja masa tumoral.

CASO 2

Varón de 58 años con antecedentes personales de cirugía de Nissen por reflujo gastroesofágico, en el que a raíz del estudio de una lesión esofágica sugestiva de malignidad, se describe un nódulo pulmonar en el LII.

Recibido: 01.03.2023 Aceptado: 07.05.2023

Dr. Alejandro Torres Serna
atserna@vinaloposalud.com

La TC describe un nódulo parahiliar izquierdo de 14 x 17 mm (**figura 1c**) y un engrosamiento difuso de las paredes esofágicas sin apreciar irregularidades sospechosas. Se realiza así mismo una PET que evidencia que la lesión nodular presenta un SUV máximo 5,93 g/ml siendo sospechosa de malignidad. Durante la FBC no se observó ninguna lesión endobronquial.

Ante la sospecha de una lesión parahiliar PET positiva sin diagnóstico y por su localización, se realiza una lobectomía inferior izquierda por UVATS sin complicaciones.

La anatomía de la lesión pulmonar describe un linfoma linfocítico de células pequeñas con expresión positiva para CD20, CD79, CD23 y CD5 (**figura 1d**) sin afectación ganglionar y márgenes quirúrgicos libres. Se remite también al equipo de hematología clínica, que lo clasifica como linfoma linfocítico estadio I localizado y, al no presentar citopenias el paciente, le mantienen únicamente en seguimiento ambulatorio.

CASO 3

Paciente de 67 años que con antecedentes personales de dispepsia con gastritis crónica que, en el contexto de una infección respiratoria sin mejoría con el tratamiento pautado, se observa nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo (LSI).

Se realiza un TC de tórax que describe una lesión sólida paramediastínica izquierda de 28 x 13 mm en el LSI con contornos espiculados (**figura 1e**). A nivel metabólico en la PET la lesión muestra un SUV_{máx} 2,88 g/ml que no permite descartar un origen maligno. Durante la FBC no se observó ninguna lesión endobronquial.

Debido a su localización se practicó una lobectomía superior izquierda por UVATS sin complicaciones.

En la anatomía definitiva se describe un linfoma de Hodgkin clásico con expresión positiva CD30 y CD15 (**figura 1f**) sin afectación ganglionar. El servicio de hematología realizó una BMO sin evidencia de infiltración linfoproliferativa, pero realizó dos ciclos de quimioterapia con ABDV (Adriamicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina) como tratamiento adyuvante.

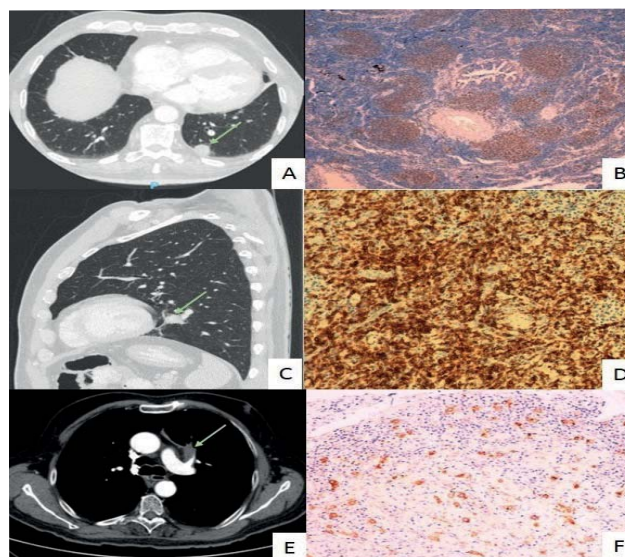


Figura 1a: TC que muestra el nódulo en el LLI.

Figura 1b: Imagen microscópica de linfoma folicular con expresión de BCL6 +.

Figura 1c: TC en corte sagital que muestra el nódulo en LLI.

Figura 1d: Imagen microscópica de linfoma linfocítico con expresión de CD5+.

Figura 1e: TC en la ventana de mediastino que muestra la lesión en LSI.

Figura 1f: Imagen microscópica de linfoma de Hodgkin clásico con tinción del marcador CD15+.

DISCUSIÓN

El origen del LPP puede hallarse en el tejido linfoideo asociado a la mucosa bronquial³. La incidencia de estas lesiones es muy escasa, ya que representan menos del 0,5% de las neoplasias malignas del pulmón². Suelen presentarse en pacientes de 60 - 70 años con cierta predominancia en los varones⁴. La mayoría de los pacientes con LPP suelen ser asintomáticos⁵ y, aquellos que presentan síntomas, son de carácter inespecífico como la tos, disnea, pérdida de peso o hemoptisis. Aunque son una patología muy escasa, es más frecuente diagnosticar LPP del subtipo no Hodgkin (MALT es el más frecuente) que LLP del subtipo Hodgkin.

Su descripción radiológica presenta gran variabilidad desde nódulos pulmonares solitarios o múltiples, masas pulmonares o infiltrados pulmonares. La presentación radiológica más frecuente es de una masa pulmonar mal definida y en algunas ocasiones derrame pleural ipsilateral. Su distribución suele ser en los lóbulos superiores² y pueden presentar áreas de baja atenuación radiológica en la TC. Los 3 casos presentados anteriormente debutaron como nódulos pulmonares solitarios sin presencia de derrame pleural. El uso de la PET es una herramienta imprescindible, ya que permite establecer el estadiaje de las lesiones, la respuesta al tratamiento y el seguimiento de estos pacientes.

La evaluación con fibrobroncoscopia está justificada para descartar otras patologías, sin embargo, la presencia de lesiones endobronquiales es muy infrecuente y el análisis del aspirado broncoalveolar rara vez resulta diagnóstica. En algunas ocasiones la TC con punción o la ecobroncoscopia pueden resultar útiles en el diagnóstico; en el caso que no sean satisfactorias las muestras o la lesión no sea accesible, puede ser necesario emplear métodos invasivos para obtener el diagnóstico tras el análisis de la pieza quirúrgica³. Este último hecho resulta en que se realicen resecciones anatómicas mayores de las que precisan estas lesiones debido a su diagnóstico diferencial con el carcinoma pulmonar (**Tabla 1**).

- Gao X, Yan P. Primary pulmonary lymphoma presenting as nodules and masses: A case report and literature review. *MonaldiArch for ChestDis*. 2021; 91 (1).

Tabla 1: Casos clínicos.

Edad	Localización	Tamaño (mm)	PET	Síntomas	Cirugía	Anatomía
74	LII	18 x 16	8'83	No	Resección atípica	Linfoma folicular
58	LII	14 x 17	5,93	No	Lobectomía	Linfoma linfocítico
67	LSI	28 x 13	2.88	No	Lobectomía	Linfoma de Hodgkin

Actualmente el tratamiento de los LPP sigue en debate; la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia son las principales estrategias terapéuticas. Hay estudios que en fases iniciales recomiendan la opción quirúrgica siempre y cuando esté localizada la lesión. En nuestra experiencia solamente recibió tratamiento adyuvante 1 paciente. El pronóstico de estas lesiones depende del subtipo histológico y de la extensión de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Los LPP son lesiones pulmonares poco frecuentes, asintomáticas y de presentación radiológica muy variable. La cirugía tiene un papel importante tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Cadranel J, Wislez M, Antoine M. Primary pulmonary lymphoma. *EurRespir J*. 2002; 20 (3): 760-
- Bertoglio P, Lomangino I, Querzoli G et al. Primary Hodgkin lymphoma of the lung arising with hemoptysis and pulmonary consolidation: A case report. *MonaldiArch for ChestDis*. 2021; 91 (4).
- Martínez Baños J, GalbisCaravajal JM, Ortiz Villalón C et al. Linfomas primarios de pulmón. *RevPatResp*. 2010; 13 (3): 130-3.
- Hu M, Gu W, Chen S, Mei J et al. Clinical Analysis of 50 Cases of Primary Pulmonary Lymphoma: A Retrospective Study and Literature Review. *Technol Cancer Res Treat*. 2022; 21.