

ENFERMEDAD DE HODGKIN DE LOCALIZACION PREDOMINANTE TRAQUEOBRONQUIAL

Dr. Julio López Mejías

(Sevilla)

La presentación de un caso aislado no suele tener más justificación que la rareza del caso o la ejemplaridad de alguna de sus peculiaridades. Lo que me ha movido a presentar este caso de localización traqueal de la enfermedad de Hodgkin es que por todas partes se señala la rareza o por lo menos la escasa frecuencia con que esta enfermedad, tan frecuente en el mediastino, llega a invadir las paredes traqueobronquiales y a aparecer en la luz bronquial de modo accesible a la broncoscopia.

Sin apurar mucho la revisión bibliográfica puedo recordar que SOULAS y MOUNIER KUHN, en su *Bronchologie* no presentan más que un solo caso, publicado por SOULAS en 1943.

HUZLY dice que es sorprendente la escasez con que se observan alteraciones bronquiales en el Hodgkin, a pesar de la enorme extensión que a veces toman las adenopatías mediastínicas.

LALLEMANDA y OLMER, al revisar las participaciones respiratorias de sus 104 enfermos de Hodgkin sólo recogen un caso de formación vegetante en la parte baja de la tráquea, aunque sin señalar cual fue el estado evolutivo de la enfermedad en que lo encontraron.

Unicamente son LEMOINE y LEMOINE y ROSE los que señalan una experiencia de mayor número de casos. LEMOINE presenta cuatro casos de Hodgkin traqueal.

Debemos considerar, por lo tanto, que aparentemente son pocos los casos de enfermedad de Hodgkin en los que aparecen alteraciones específicas, visibles al broncoscopio. Sin embargo creo posible que la vigilancia broncoscópica, repetida en el inexorable curso de estos enfermos, llegue a mostrar una frecuencia mucho mayor.

Lo que sí es indudablemente raro es que la localización endobronquial sea la única o que muestre un gran predominio. SOULAS al hablar de la enfermedad de Hodgkin endobronquial dice que para considerar a una alteración endobronquial hodgkiniana como tal debe predominar en la escena clínica, dejando en segundo plano a la adenopatía y al resto de los síntomas de la afección. En la mayor parte de los casos la participación endobronquial en la sintomatología de los enfermos se ve sumergida por la ruidosa sintomatología del resto de la afección. En los casos en los que predomina la localización pulmonar suelen atribuirse los signos bronquiales ya sea de tipo disíneo o de cualquier otro tipo a las adenopatías hiliares.

Desde SOULAS se distinguen cuatro tipos de alteración bronquial en la enfermedad de Hodgkin.

1.—La estenosis extrínseca, el hallazgo más frecuente. HUZLY la describe como un abombamiento resistente de la pared posterior de la tráquea que pre-

senta una mucosa congestiva, rojo violácea. Aparte de este tipo hay otros más clásicos de compresión extrínseca: ensanchamiento de las carinas, hundimientos localizados de la pared de un bronquio, etc.

2.—La vegetante de la que es un ejemplo el caso que presentamos.

3.—La ulceroinfiltrativa o simplemente ulcerosa (ROUJEAU).

4.—Estenosante.

SOULAS y MOUNIER KUHN no creen que la aparición del tumor se haga por irrupción en la tráquea o bronquios de un tumor nacido en un ganglio, sino por propagación linfática del proceso desde el ganglio a los bronquios.

La sintomatología, según describen estos autores, se parece a la de cualquier otro tumor: tos seca, expectoración escasa o nula en muchas ocasiones y en otras mucopurulenta o hemóptica.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar dos localizaciones de la enfermedad de Hodgkin en el árbol bronquial. La primera de ellas, a la que nos vamos a referir sólo de pasada es un caso que vimos del Dr. CARRETERO, de Sevilla; se trataba de un joven al que le fue indicada una broncoscopia por sospecha de una fístula esófago-traqueal. En la broncoscopia se encontró, en el tercio medio de la tráquea, sobre la pared derecha, una pequeña masa poliposa cuya biopsia dio el diagnóstico de la enfermedad causal.

La segunda es la que a continuación vamos a referir.

Se trata de una mujer de 41 años que hace cuatro años empezó a notar unos bultos en la fosa supraclavicular izquierda. Fue vista en el SOE y allí le efectuaron una biopsia de un ganglio del cuello. El Prof. Bullón, al examinar el ganglio dio un diagnóstico histológico de enfermedad de Hodgkin. Se le hizo una exploración radiológica de tórax en la que se encontraron adenopatías mediastínicas. Se le hizo radioterapia, no sabemos en qué cantidad, en el cuello y en el mediastino y la enferma se encontró bien, desapareciendo toda sintomatología.

A los tres años de esto, empieza con catarro, con algún esputo hemóptico. En la actualidad, al cabo de unos meses de catarro, viene con mucha tos casi continua, intensa disnea y estridor inspiratorio. En la exploración apreciamos una disnea con viraje y escasos ruidos adventicios. En la radiografía se ve un pequeño relieve paratraqueal derecho sin que se aprecie ninguna otra imagen en el parénquima.

No hay bazo ni hígado. Tampoco otros grupos adenopáticos.

Velocidad de sedimentación 10/23/11.

Mantoux $1 \times 5.000 \pm$.

Fórmula y Recuento: 12.000 leucocitos, 67 Segmentados, 4 Cayados, 1 Eosinófilos, 20 Linfocitos y 4. Monocitos.

Proteinograma: totales 8,010 grs. $\times 1.000$; Alb. 5,206; Glob. 2,804

alb.

cociente ——— 1,8 ; 0,282 — 0,577 — 0,816 — 1,129

glob.

Por el momento, mientras se estudiaba analíticamente le puse un tratamiento con Cloramfenicol y un corticoide, con lo que rapidísimamente mejoró de su incesante tos y su disnea.

Como había cedido mucho con este tratamiento insistí en él, pero al poco tiempo de abandonarlo volvió con sintomatología idéntica, con nuevos esputos hemópticos. Entonces me decidí a efectuarle la broncoscopia que la sintomatología inicial me hizo aconsejar.

En ella encontré esta enorme proliferación vegetante de toda la mucosa en la parte baja de la tráquea, obstruyendo en gran parte las entradas de ambos bronquios principales. La biopsia nos dio solamente un tejido de granulación inespecífico (Dr. Calvente), con un epitelio pavimentoso estratificado mucoso con discreta acantosis, festón dermografilar rectilíneo y basales íntegras. Desmis con tejido de granulación con linfocitos y fibrocitos muy alargados y a veces con fibras de elastina.

A pesar del resultado de la biopsia nos pareció mucho más decisivo el resultado de la biopsia efectuada anteriormente sobre el ganglio del cuello. Esta era concluyente en el sentido de que se trataba de una enfermedad de Hodgkin y por lo tanto consideramos que todas nuestras dudas en cuanto al diagnóstico quedaban eliminadas ante este resultado de biopsia y la imagen casi tumoral que hemos visto.

Por ello fue enviada para radioterapia que se le administró, juntamente con corticoides (triamcinolona) en pequeñas dosis para evitar efectos secundarios de la radioterapia.

Al principio ésta fue mal tolerada. A las primeras sesiones aumentó enormemente la disnea y el tiraje, apareciendo, además, una expectoración mucosanguinolenta abundante y mal estado general. Sin interrumpir la radioterapia aumentamos la dosis de corticoides y administramos nuevamente un antibiótico de amplio espectro. Con ello pudo completar su cura de radiaciones, comunicándonos el doctor ARENAS, algún tiempo más tarde, que había recibido un total de unos 3.000 r en dos campos (pecho y espalda).

Al terminar la radioterapia la enferma se encuentra muy bien.

Radiológicamente la sombra paratraqueal persiste aunque un poco disminuída. Le repetimos la broncoscopia, encontrándonos, con gran sorpresa con que la imagen de la tráquea era prácticamente normal. Sólo en bronquio derecho aparecía como un resalte fibroso, al que no concedemos ningún valor de especificidad ni importancia.

COMENTARIOS

Los puntos dignos de discusión en este caso son, a mi juicio:

1.—El diagnóstico de la afección. Como datos a favor del Hodgkin tenemos el cuadro clínico inicial con adenopatías en cuello y en mediastino y sobre todo la biopsia positiva de un ganglio del cuello.

En contra de él tenemos, la larga latencia con que han vuelto a aparecer los síntomas, la falta de especificidad de la biopsia, etc. Sin embargo, la larga latencia pudiera explicarse porque se tratase de un paraganuloma hodgkiniano según la terminología de JAKSON y PARKER; de evolución mucho más lenta. De este tipo, FARRERAS dice que se suele limitar a invadir los ganglios cervicomediastrínicos, y que histológicamente predominan los linfocitos adultos, mientras que escasean las células de Stenberg y los eosinófilos, características que recuerdan el resultado del informe de la biopsia de las granulaciones traqueales de nuestra enferma.

Y, sin embargo, a pesar de esta evolución lenta y benigna del paraganuloma de Hodgkin, la invasión de la tráquea no tuvo nada de benigna, pues puso a la enferma en evidente peligro.

La biopsia negativa de la tráquea es un hecho desgraciado al que debemos estar preparados al hacer biopsia endobronquial. La falta de otras localizaciones pudiera tener la misma explicación que la larga latencia.

Por otra parte no cabe pensar, como al principio lo hicimos, en la posibilidad de una sarcoidosis por muchas razones que por estar presentes en el ánimo de todos no es necesario puntualizar. Otras afecciones no pueden entrar tampoco en el diagnóstico diferencial.

Hay, sin embargo un hecho sobre el que desearía llamar la atención rápidamente. La enferma trabaja en una fábrica de tejidos de plástico y cree que hay cierta relación entre la aspiración de polvillo de telas de plástico y la producción de sus molestias respiratorias. Yo no he podido objetivar esta relación pero dejo este hecho a la consideración de ustedes.

2.—La intensidad de la afectación traqueal. Se trata, como han visto, de una verdadera sustitución de toda la pared bronquial por una enorme proliferación granulomatosa vegetante, no en forma de pólipo aislado como en la comunicación de SOULAS y en el primer caso visto por nosotros en una broncoscopia del Dr. CARRETERO.

3.—La intensidad de la regresión con el tratamiento radioterápico, regresión que como han visto ha llegado a dar un aspecto prácticamente normal a la tráquea. Esta intensidad de regresión confirma la opinión de LALLEMAND y OLMER de que la localización traqueal es muy sensible a la radioterapia, lo que es una razón para emplear esta terapéutica cuando en el curso de un HODGKIN se presenten accidentes imputables a una localización bronquial.

COMENTARIOS

Los puntos dignos de discusión en este caso son, a mi juicio:

1.—El diagnóstico de la afección. Como datos a favor del Hodgkin tenemos el cuadro clínico inicial con adenopatías en cuello y en mediastino y sobre todo la biopsia positiva de un ganglio del cuello.

En contra de él tenemos la larga latencia con que han vuelto a aparecer los síntomas, la falta de especificidad de la biopsia, etc. Sin embargo, la imagen histológica pudiera explicarse porque se tratase de un paraneoplasma Hodgkiniano según la terminología de JAKSON y PARKER de evolución mucho más lenta. De este tipo, PARKERAS dice que se suele limitar a invadir los ganglios cervicales y que histológicamente predominan las células grandes, tipo "medulastinicas" y que escasean las células de STEINBERG y las características que forman el resultado del informe de la biopsia de las granulaciones presentes en nuestra enferma.

Y sin embargo a pesar de esta evolución lenta y benigna del paraneoplasma de Hodgkin, la invasión de la tráquea no tuvo nada de benigna, pues puso a la enferma en evidente peligro.

La biopsia negativa de la tráquea es un hecho desconcertante al que debemos estar preparados al hacer biopsias endobronquiales. La falta de estas localizaciones pudiera tener la misma explicación que la larga latencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—LALLEMAND, M. et OLMER, J.: *J. Fran. Med et Ch. Thor* XVIII-1-97. En. Febr. 1964.
- 2.—LEMOINE J. M. et VASSELIN: *J. Fr. Med. et Ch. Thor* XV-6-759. Nov. Dic. 1958.
- 3.—BARIETY, M. et COURY, C.: *Le Mediastin et sa Pathologie*. Masson Eds. Paris, 1958.
- 4.—RUBIN, E. y cols.: *Thoracic Diseases*. W. B. Saunders Edit. Phil and London, 1961.
- 5.—SOULAS, A. et MOUNNIER KUHN, P.: *Bronchologie*. Masson Ed. Paris, 1958.
- 6.—LEMOINE, J. M.: *Comunicación a la V Reunión de la Sección Española de la A. I. E. B.* Zaragoza, 1958.
- 7.—HUZLY: *Atlas de broncoscopia*. Salvat Ed. 1961, p. 35.
- 8.—LEJARD, GENEVRIER, BOURGINE y MOIGNETAN: Cits. por Lallemand y Olmer.
- 9.—ROSE, Y.: *Discusión del trabajo de Lallemand y Olmer*.
- 10.—FARRERAS VALENTI y PEDRO Y PONS: *Tratado de Patología Médica de P. y Pons*. Tomo V, p. 409. Salvat Ed. 1953.