

> CARTA AL DIRECTOR

Linfoma asociado a pnotórax

R. Fernández, D. Glez. Rivas, M. Delgado., M De La Torre, M. Paradela, J.A. García Salcedo, J.M. Borro
Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña

El linfoma maligno que se desarrolla en el contexto de un pnotórax crónico es una entidad muy rara y que se ha publicado principalmente en series japonesas.

Presentamos un caso de pnotórax crónico asociado a dolor en hemitórax izquierdo y síndrome general.

Se diagnosticó un linfoma no Hodgkin sin afectación de médula ósea tras toracostomía izquierda.

Se trata de un paciente de 53 años que ingresa en el servicio de Medicina Interna en Marzo de 2006 por dolor en costado izquierdo, astenia y pérdida de peso de 5 kilogramos en los últimos 2 meses. Como antecedentes personales no presentaba alergias medicamentosas conocidas, exfumador de 40 cigarrillos / día desde hace 20 años, en la actualidad fumador ocasional, neumonectomía izquierda en 1986 por tumor carcinoide en bronquio izquierdo, neumonía en lóbulo inferior derecho en 1992, apendicectomizado y sin tratamientos en la actualidad.

En la exploración física estaba consciente, orientado y colaborador, palidez mucocutánea y febrícula. Auscultación cardiopulmonar: ritmo sinusal, sin soplos, murmullo vesicular conservado en hemitórax derecho. Pared torácica izquierda empastada y eritematosa.

Durante su estancia en planta recibe tratamiento analgésico con fentanilo y cloruro mórfico. Afebril y sin disnea. Precisó ingreso en UCI eln Abril 2006 para ventilación mecánica por bajo nivel de conciencia, insuficiencia respiratoria y acidosis respiratoria en probable relación con los opioides administrados. Se extuba a las pocas horas. El dolor en el costado izquierdo persistía.

En las exploraciones complementarias presentaba: hemoglobina 2.98; hematocrito 26.3%; plaquetas 608.000; leucocitos: 16.09, neutrófilos: 83.9%; VSG: 103; proteína C reactiva: 23.7% (< 0.8); bioquímica normal.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 93 latidos por minuto.

Radiografía de tórax: Infiltrado perihiliar derecho.

TAC Torácico: Cambios postneumonectomía izquierda. La cámara pleural izquierda muestra líquido con un nivel hidroaéreo, en relación con empiema. En la porción más declive de la cámara pleural el contenido es más denso y puede corresponder a un área de coagulos o mayor cantidad de material purulento. Callos de fractura costales izquierdo y aumento de tejidos blandos en la pared torácica lateral izquierda, probablemente en relación con inflamación y/o edema. Infiltrado pulmonar en lóbulo inferior derecho, probablemente en relación con neumonía en evolución.

Durante su ingreso el paciente presenta fiebre que junto con los hallazgos del TAC Torácico y el dolor en el costado hizo pensar que la cusa podría ser un empiema en la cavidad de neumonectomía (pH líquido pleural < 7, cultivo negativo, citología negativa) por lo que se colocó drenaje torácico. A pesar del drenaje torácico persistía la fiebre y el mal estado general por lo que se decide realizar toracostomía izquierda.

Bajo anestesia general se realiza toracostomía izquierda, resecandose 4°, 5° y 6° arcos costales. En el extremo posterior de la toracostomía en relación con la pleura parietal y los tejidos blandos de la pared torácica se observa una tumoración de aspecto grisáceo, friable y de bordes irregulares que en la biopsia intraoperatoria se diagnostica como probable linfoma.

La anatomía patológica definitiva informa Linfoma B difuso de alto grado asociado a VEB (Virus Epstein Barr) y pnotórax.

El paciente se traslada al Servicio de hematología. Se realiza estudio de extensión descartando afectación a otros niveles. En la biopsia de médula ósea no se observó afectación. Se inicia tratamiento quimioterápico (R-CHOP).

En Octubre de 2006 el paciente ingresa en UCI por inestabilidad hemodinámica, bruscamente sufre bajo nivel

de conciencia con paresia de miembros derechos. Se realiza TAC y resonancia magnética cerebral que muestra engrosamiento-infiltración del córtex ínsulo-parietal bilateral que alcanza núcleo caudado, cápsula interna y núcleo lenticular izquierdo. Hallazgos compatibles con proceso isquémico. El paciente finalmente fallece. En la última revisión no había signos de recidiva de su enfermedad.

DISCUSIÓN

Se han publicado algunas enfermedades malignas como mesotelioma maligno, sarcoma de tejidos blandos o carcinoma de células escamosa en la cavidad pleural de pacientes con pletórax crónico, el linfoma maligno ha sido publicado sobre todo en series japonesas y en pacientes con pletórax crónico secundario a pleuritis tuberculosa. Este es un caso excepcional desarrollado sobre una cavidad pleural tras neumonectomía de 20 años de evolución por un tumor carcinoide.

El linfoma B de células grande es el tipo más común. El linfoma no Hodgkin se puede desarrollar en pacientes con enfermedades autoinmunes como puede ser la tiroiditis linfofítica crónica debido al efecto de estimulación crónica. La estimulación de naturaleza no autoinmune como puede ser la inflamación crónica debido a un pletórax crónico puede ser un factor etiológico en el desarrollo del linfoma en pacientes con pletórax de larga evolución. También se ha demostrado una fuerte asociación con la infección por Virus Epstein Barr, como ocurre en nuestro caso.

El tratamiento se basa fundamentalmente en quimioterapia asociado o no a radioterapia.

La supervivencia actuarial a los dos años en series japonesas es entorno al 32-42%.

BIBLIOGRAFÍA:

1. N Y Hsu, C Y Chen, S T Pan, C P Hsu. Pleural non-Hodgkin's lymphoma arising in a patient with a chronic pyothorax. *Thorax* 1996;51:103-104.
2. Katsuyuki Aozasa. Pyothorax-associated lymphoma. *Journal of Clinical and Experimental Hematopathology*. Vol 46 (2006), No. 1 pp.5-10.
3. Nakatsuka S. Pyothorax-associated lymphoma: a review of 106 cases. *Journal of Clinical Oncology*. Vol 20, 2002: 4255-4260.
4. Androulaki A. Pyothorax-associated lymphoma: a western case with marked angiocentricity and review of the literature. *Histopathology*. 2004; 44(1):69-76.
5. Iuchi K. Non Hodgkin's lymphoma of the pleural cavity developing from long-standing pyothorax. *Cancer* 1987;60:1771-5.
6. Aozasa K. Non Hodgkin's lymphomas in Osaka, Japan. *Eur J Cancer Clin Oncol* 21:487-492. 1985.
7. Aozasa K. Pyothorax associated lymphoma: a distinctive type of lymphoma strongly associated with Epstein-Barr virus. *Adv Anat Pathol* 4: 58-63. 1997.