

HOSPITAL CLINICO-QUIRURGICO PROVINCIAL DOCENTE AMALIA SIMONI . CAMAGÜEY

Granuloma eosinófilo. Presentación de un caso de localización pulmonar

Por los Dres.:

VICTOR M. ROMERO SONORA*. AMARANTO BORGES ALFONSO**. CARLOS BOLADE- RES IÑIGUEZ***, JOSE RODRIGUEZ FERNANDEZ**** Y RAFAEL MENESES MAÑAS*****

Romero Sónora, V. M. y otros. *Granuloma eosinófilo. Presentación de un caso de localización pulmonar*. Rev Cub Med 22: 2, 1983.

Se hace una breve revisión del granuloma eosinófilo, entidad incluida dentro de las llamadas histiocitosis X. Se presenta un caso de 22 años de edad, del sexo masculino con una historia de tos seca disnea de seis meses de evolución y un examen físico esencialmente negativo. Radiológicamente presenta una imagen retículo-nodulillar de pulmón "apanalado". Desde el punto de vista funcional presenta insuficiencia ventilatoria de tipo obstructivo-restrictivo. No se detectaron alteraciones óseas ni de otras vísceras El diagnóstico se realizó mediante biopsia de tejido pulmonar obtenido por toracotomía. Se presentan la radiografía de pulmones y dos cortes histológicos.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Bajo la denominación de *histiocitosis X* se describe tres entidades con un cuadro histológico similar caracterizado por proliferación de histiocitos y probablemente debidas a una causa común aún desconocida.¹⁻³ Estas tres entidades son: el granuloma eosinófilo, la enfermedad de Hand-Schüller- Christian y la de Letterer-Siwe. El término *histiocitosis X* fue adoptado por Lichtenstein y otros investigadores para hacer notar la ignorancia sobre su causa. Pueden ocurrir lesiones granulomatosas en distintos órganos, pero generalmente se limitan a pulmones y huesos El proceso no es congénito ni familiar.

El granuloma eosinófilo fue descrito por primera vez como lesión destructiva relativamente benigna de los huesos. Posteriormente se ha determinado que alrededor del 20% de los pacientes con lesiones óseas múltiples, presentan localizaciones pulmonares.⁴ En 1951 se publicó el primer caso pulmonar sin lesiones esqueléticas ni viscerales demostrables⁵ y, desde entonces, se han descubierto algunos más después de la toracotomía con biopsia.

Jefe del Servicio de Neumología. Hospital "Amalia Simoni".

Especialista de I grado en Cirugía Torácica. Hospital "Amalia Simoni".

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica. Hospital "Amalia Simoni".

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico-Quirúrgico de Ciego de Avila.

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico de La Habana.

Desde el punto de vista anatómico²⁶ se describen moderadas tumoraciones blanco-grisáceas en el pulmón, con nodulos miliars y formaciones "en panal". Pueden existir lesiones granulomatosas polipoideas en los bronquios, así como placas pleurales. Posteriormente ocurre fibrosis progresiva. Microscópicamente predominan los granulocitos eosinófilos, pero pueden estar presentes histiocitos, células gigantes, células plasmáticas, linfocitos y escasos neutrófilos. A veces se aprecian hemorragias locales, así como necrosis y, por último, pueden aparecer células "en espuma". En los estadios finales hay fibrosis marcada, Las paredes arteriales pueden estar infiltradas y dar lugar a hipertensión pulmonar.

Desde el punto de vista clínico¹³⁴ la disnea y la tos son los síntomas más llamativos, pero en ocasiones los casos se descubren por exámenes radiológicos pulmonares fortuitos. En el 30% de los casos la ruptura de un quiste puede provocar neumotorax espontáneo.⁷ Generalmente no se aprecian signos físicos al examen clínico del tórax, aunque en algunos pacientes pueden encontrarse estertores crepitantes. Casi nunca se observa expectoración a menos que ocurra una infección secundaria. Los dedos en palillos de tambor se observan a veces. El proceso puede asociarse con diabetes insípida.³

Radiológicamente aparecen lesiones nodulares múltiples de tamaño variable, muchas veces con distribución bilateral simétrica, simulando sarcoidosis, tuberculosis, neumoconiosis, micosis, etc. A veces predomina una imagen reticular difusa, pero la más importante es la forma quística con imágenes en "panal de abejas".⁷

Las investigaciones de laboratorio no son útiles para el diagnóstico. Los estudios inmunológicos y virológicos hasta el presente han arrojado resultados negativos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con todas las enfermedades capaces de manifestarse con imágenes radiológicas "apanaladas", reticulares y nodulillares. El diagnóstico de certeza sólo puede realizarse por biopsia.

La evolución es larga, hacia la fibrosis y el cor pulmonale en 15 ó 20 años, aunque se ha señalado la regresión espontánea en algunos casos.

La terapéutica es poco efectiva; sin embargo, se señala la acción beneficiosa de los esferoides si se usan antes de que ocurra la fibrosis. Liéberman aconseja el uso de la vinblastina y el y el metotrexato.³

Presentación del caso

P. F. R., de 22 años de edad, de la raza blanca, casado, del sexo masculino, desmovilizado del SMG. Ingresó en el Servicio de Neumología del Hospital "Amalia Simoni" el 19-9-80 por presentar tos seca y falta de aire. Desde seis meses antes de su ingreso comenzó a notar falta de aire al correr o al montar bicicleta, así como tos pertinaz seca, aunque ocasionalmente con muy escasa expectoración blanquecina, flemosa. Concurrió al policlínico de su área de salud donde después de hacerle una radiografía de pulmones en la que se apreciaron "lesiones", le impusieron tratamiento con penicilina y ex-

pectorantes, sin lograr mejoría. El cuadro se fue acentuando y se acompañó de pérdida de unas diez libras de peso en cuatro meses, así como febrículas ocasionales. Al hacerse una nueva radiografía y apreciarse empeoramiento, se decidió su remisión a nuestro servicio para un estudio más profundo del caso.

Los antecedentes patológicos personales y familiares, así como su historia laboral no ofrecen datos de interés.

Es fumador de 10-15 cigarrillos al día, ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, y toma 3-5 tacitas de café diariamente.

Género de vida ordenado. Vivienda y alimentación buenas. Inmunizado con toxoide tetánico.

El interrogatorio por aparatos no añade nuevos datos a la historia.

El examen físico general y regional es esencialmente negativo. El estado general es bueno. Su peso actual es de 112 libras y el habitual es de 122. Temperatura no febril.

Al examen del aparato respiratorio se aprecia un tórax de configuración normal, con expansibilidad normal y una frecuencia respiratoria de 15 por minuto. Llama la atención que la palpación, percusión y auscultación, en contraste con los hallazgos radiológicos, son totalmente negativas.

El resto del examen físico, minuciosamente realizado, fue esencialmente negativo.

Investigaciones realizadas

Hemoglobina: 15 g x 100 ml.

Hematócrito: 45%.

Leucocitos: 6 875 x mm³. Poli: 65. Linfo: 28. Eo: 7

Eritrosedimentación: 64 mm/h.

VDRL: No reactivo.

Urea: 19 mg/100.

Glicemia: 85 mg/100.

Orina: Sin alteraciones.

Heces fecales: No parásitos ni sus huevos.

Espustos: Muestra muy escasa, con flora normal, baciloscopia negativa y cultivo en medio de Lowenstein-Jensen modificado, también negativo.

Prueba de Mantoux: 0 mm.

Células L. E. en sangre periférica: Negativo.

Electroforesis de proteínas: Proteínas 7 g. alb. 3,96 g/100. Alfa, 0,13 g, Alfa₂ 0,51 g,

Beta 0,64 g y Gamma 1,74 g.

Biopsia de piel y músculo: Normal.

Exámen óseo radiológico: No alteraciones óseas.

Radiografía de esófago, estómago y duodeno: Normal.

Espirometría:

	CV 2194 cc (53%)
	VEF 521/ml (36%)
	MMFR 1,4 l/s (31%)

Radiografía de pulmones: Imágenes retículo-nodulillares difusas en ambos campos. Pulmón "apanalado" más evidente en zonas retroclaviculares (figuras 1, 2 y 3).

Biopsia pulmonar por toracotomía: Cuña de tejido pulmonar de 3 x 3 cm con superficie anfractuosa, irregular, y al corte, múltiples zonas nodulares, blanquecinas, no encapsuladas, las mayores de 4 mm. Microscópicamente se observan diversas formaciones nodulares constituidas por hiperplasia de histiocitos e infiltrados de eosinófilos, los cuales en algunos campos están moderadamente dispersos y en otros forman conglomerados. Hay zonas de hiperplasia de fibroblastos y algunos bronquiolos parcialmente destruidos por los infiltrados. Además se observan discretos infiltrados de linfocitos y plasmocitos. Esta estructura es compatible con granuloma eosinófilo (figuras 4 y 5).

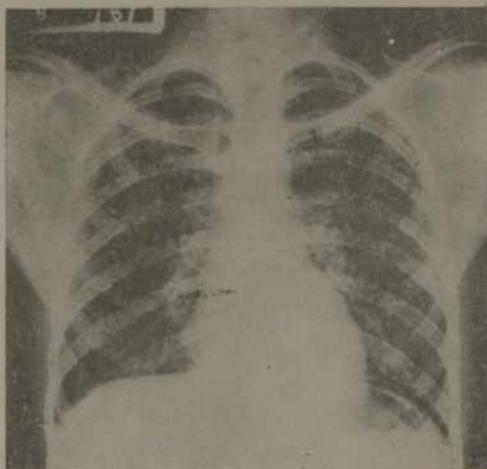


Figura 1
*Radiografía simple de pulmones
(p.a.) en la que se aprecian imáge-
nes reticulonodulares en ambos
campos y "apanaladas"*

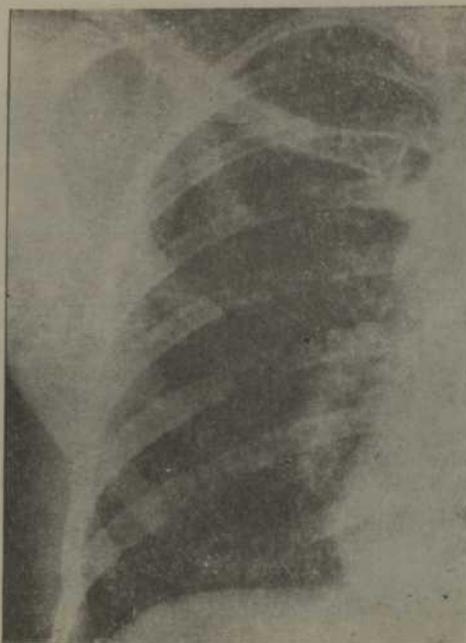


Figura 2
*Vista del hemitórax derecho a ma-
yor acercamiento para apreciar con
mayor claridad las lesiones*



Figura 3

Vista del hemitórax izquierdo a mayor acercamiento, donde se observan con mayor nitidez las imágenes "apanaladas" en la zona retroclavicular.



Figura 4

Vista panorámica del corte histológico donde se observa un área extensa de fibrosis (derecha) e infiltrado histiocítico y eosinófilo (centro). Nótese la esclerosis vascular pulmonar (centro-izquierda).

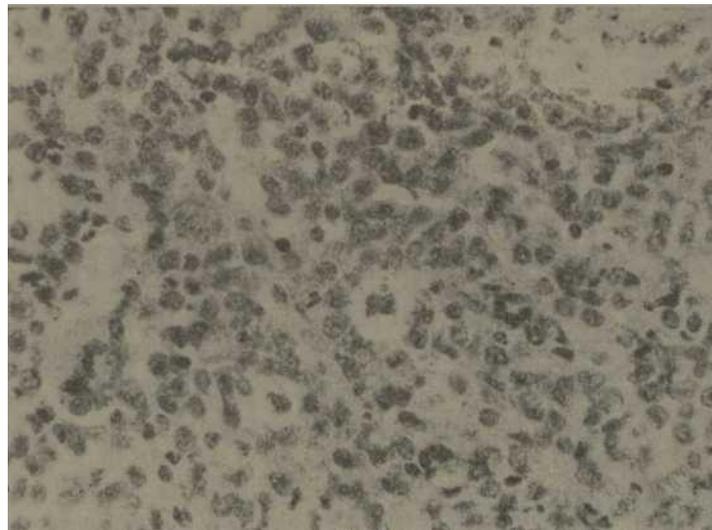


Figura 5
Acercamiento para demostrar abundante infiltrado a eosinófilos e histiocitos. Obsérvese las células "espumosas".

COMENTARIOS

En la literatura revisada por nosotros se señala que el granuloma eosinófilo es una entidad rara, lo que dificulta determinar su verdadera frecuencia. *Crofton*⁴ refiere que sólo el 20% de los pacientes con lesiones óseas múltiples, presentan localizaciones pulmonares, y los casos de localización pulmonar exclusiva son más raros aún. Al respecto *Hinshaw*¹ manifiesta que desde que *Farinacci*⁵ informó el primer caso pulmonar sin localizaciones esqueléticas ni viscerales, son muy pocos los casos publicados.

El caso presentado por nosotros, cuyas manifestaciones clínicas, radiológicas e histológicas coinciden con las de la entidad descrita como granuloma eosinófilo, reviste un doble interés: no sólo que es una entidad rara, sino que es de localización pulmonar aparentemente exclusiva,

Así pues, cuando se plantea el diagnóstico diferencial frente a imágenes radiológicas retículo-nodulillares o "apanaladas" del pulmón, debe plantearse el granuloma eosinófilo como una de las posibilidades diagnósticas, aun en ausencia de manifestaciones óseas o viscerales,

SUMMARY

Romero Sonora, V. M. et al. *Eosinophilic granuloma. Presentation of a case with pulmonary localization*. Rev Cub Med 22: 2, 1983.

A briefly review of eosinophilic granuloma, entity included within the so called histiocytosis X, is made. A male sex patient aged 22 years, with history of dry cough and a six month course dyspnea, and essentially negative physical examination is presented. Radiolo-

gically, it showed a reticulo-nodular image of "flatten" lung. From the functional point of view presents ventilatory insufficiency of obstructive-restrictive type. No bone alterations or other viscera alterations were detected. Diagnosis was performed by biopsy of lung tissue obtained by thoracotomy. X-ray and two histologic sections of the lungs are presented.

RÉSUMÉ

Romero Sonora, V. M. et al *Granulome éosinophile. A propos d'un cas à localisation pul monaire.* Rev Cub Med 22: 2, 1983.

Les auteurs font une brève revue du granulome éosinophile, entité incluse dans les dites histiocytoses X. Il s'agit ici d'un patient âgé de 22 ans, du sexe masculin, avec des antécédents de toux sèche et de dyspnée d'une évolution de six mois; l'examen physique a été essentiellement négatif. Les clichés radiologiques ont montré une image réticulo-nodulaire de poumon "aplati". Du point de vue fonctionnel, il présentait une insuffisance ventilatoire du type obstructif-restrictif. On n'a pas trouvé d'altération osseuse ni des autres viscères. Le diagnostic a été établi à partir d'une biopsie du tissu pulmonaire obtenu par thoracotomie. Il est présenté le cliché radiographique et deux coupes histologiques.

BIBLIOGRAFIA

1. *Hinshaw, H. C.; L. H. Garland: Enfermedades del tórax. Edición Española. México, Edit. Interamericana, 1957. P. 141.*
2. *Anderson, J. R.: Muir's textbook of pathology. Eleventh Edition. London, Edward Arnold Publishers, 1980.*
3. *Cecil, R. L.; F. Loeb: Tratado de Medicina Interna. 14a Edición. Madrid, Ed. Interamericana, 1978, P. 1815.*
4. *Crofton, J.; A. Douglas: Respiratory diseases. Ed. London, Blackwell Scientific Publications, 1975. P. 619.*
5. *Farinacci, C. J. y otros: (Citado por Hinshaw). Eosinophilic granuloma of the lung. U. S. Armed Forces M. J. 2: 1085, 1951.*
6. *Robins, S. L: Patología estructural y funcional. 1ª ed. en Español. México, Ed. Interamericana, P. 302-304. 1975.*
7. *Blajot Pena, I.- Radiografía clínica del tórax. 1ra. ed. Barcelona, Ed Toray, 1970. P. 316*

Recibido: 21 de junio de 1982.

Aprobado: 20 de octubre de 1982.

Dr. Víctor M. Romero Sónora Sanguily
501—A
Camagüey 2.