



Revista Americana de Medicina  
Respiratoria

ISSN: 1852-1630

revista@ramr.org

Asociación Argentina de Medicina  
Respiratoria  
Argentina

Rosenbaum, Teresita; Bledel, Ignacio; Berenguer, Roxana  
Tumor endobronquial... no todo es lo que parece  
Revista Americana de Medicina Respiratoria, vol. 14, núm. 3, 2014, pp. 312-314  
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria  
Córdoba, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382138398015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Tumor endobronquial... no todo es lo que parece

**Autores:** Teresita Rosenbaum, Ignacio Bledel, Roxana Berenguer

División Neumonología, Hospital de Clínicas José de San Martín

**Correspondencia:**

Teresita Rosenbaum

E-mail: tererosenbaum@hotmail.com

Recibido: 24.03.2014

Aceptado: 07.07.2014

### Descripción del caso

Se trata de un paciente masculino de 43 años, con antecedentes de VIH/SIDA, 150 linfocitos CD4/mm<sup>3</sup> y toxoplasmosis cerebral. Consultó por un cuadro de 20 días de evolución caracterizado por fiebre de hasta 40°C, tos con expectoración mucosa y diarrea. Habiendo recibido diferentes esquemas antibióticos, se internó con diagnóstico de neumonía de lenta resolución. Al examen físico presentaba: TA 120/85, temperatura 39.2 °C, FC 104/min, FR 28/min, saturación 97% respirando aire, hipoventilación en base pulmonar izquierda y crepitantes en campo medio izquierdo.

La TAC de tórax evidenció adenomegalias mediastínicas con centro hipodenso; extensa consolidación parenquimatosa en lóbulos superior e inferior izquierdos y áreas con árbol en brote biapicales (Fig. 1).

La baciloscopia en esputo resultó negativa pero el cultivo fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. No se realizó prueba de tuberculina.

La videobroncoscopia demostró: tumor endobronquial en lumen del lóbulo superior izquierdo, con estenosis del 40% de la luz, de aspecto vegetativo, necrótico y superficie irregular, con base eritematosa (Fig. 2), la cual fue biopsiada. Engrosamiento del espón de división entre LSI y LII y entre tronco común de basales y B6L. Estenosis en boca de pescado del lumen del B6L, segmento en el que se realizó el BAL. ¿Cuál es su diagnóstico?

### Diagnóstico

Tuberculosis pulmonar con manifestación endobronquial.

La biopsia de la lesión endobronquial reveló inflamación granulomatosa necrotizante con Ziehl-Neelsen positivo para micobacterias ácidoalcohol resistentes.

### Discusión clínica

La tuberculosis endobronquial (TBEB) se define como la infección por *Mycobacterium tuberculosis* del árbol traqueobronquial, confirmada bacteriológica e histológicamente<sup>1</sup>. Es una entidad de difícil diagnóstico por su cuadro clínico- radiológico inespecífico y la baciloscopia frecuentemente negativa en el esputo.

Su incidencia real es difícil de determinar, pero se estima que alrededor del 10 al 40% de los casos de tuberculosis pulmonar activa tienen TBEB<sup>3</sup> y más del 90% tienen algún grado de estenosis<sup>1</sup>. No está establecida la incidencia en pacientes con VIH o SIDA.

Los mecanismos patogénicos descritos incluyen: extensión directa de focos adyacentes en el parénquima pulmonar, implante por esputo infectado, diseminación hematogena, erosión de ganglios linfáticos hacia la luz bronquial y por drenaje linfático del parénquima a la región peribronquial. Los cambios patológicos de la TBEB incluyen: infiltración mucosa y submucosa, ulceración, granulomas, estenosis traqueobronquiales, con compromiso de la pared y el cartílago bronquial<sup>3</sup>.

El diagnóstico diferencial de la TBEB debe realizarse con asma, neumonía bacteriana, bronquiectasias, actinomicosis y cáncer pulmonar, siendo éste último el de mayor importancia<sup>1, 8</sup>. En pacientes con reacción positiva a la tuberculina (PPD) y hallazgos broncoscópicos característicos, como material gelatinoso en el lumen, úlceras mucosas, cambios inflamatorios polipoideos, estenosis bronquial o dilatación post estenótica<sup>7</sup>, debe sospecharse la presencia de TBEB para llegar a un diagnóstico precoz.

El examen directo del esputo es frecuentemente negativo y ante la sospecha clínica debe realizarse la fibrobroncoscopia con BAL, cepillado y biopsias. Broncoscopicamente, se clasifica en 7 subtipos: fi-

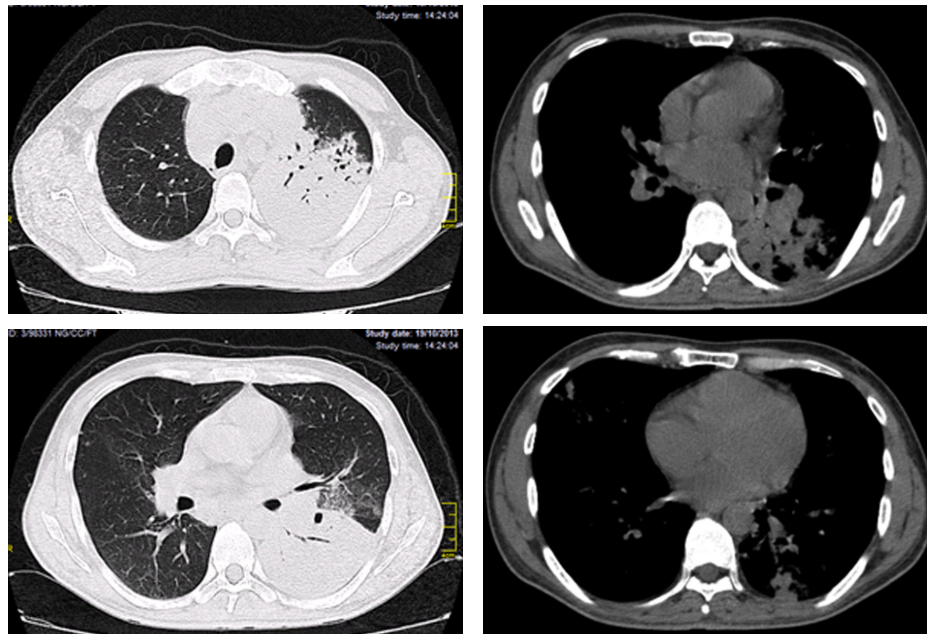


Figura 1. TAC de tórax sin contraste

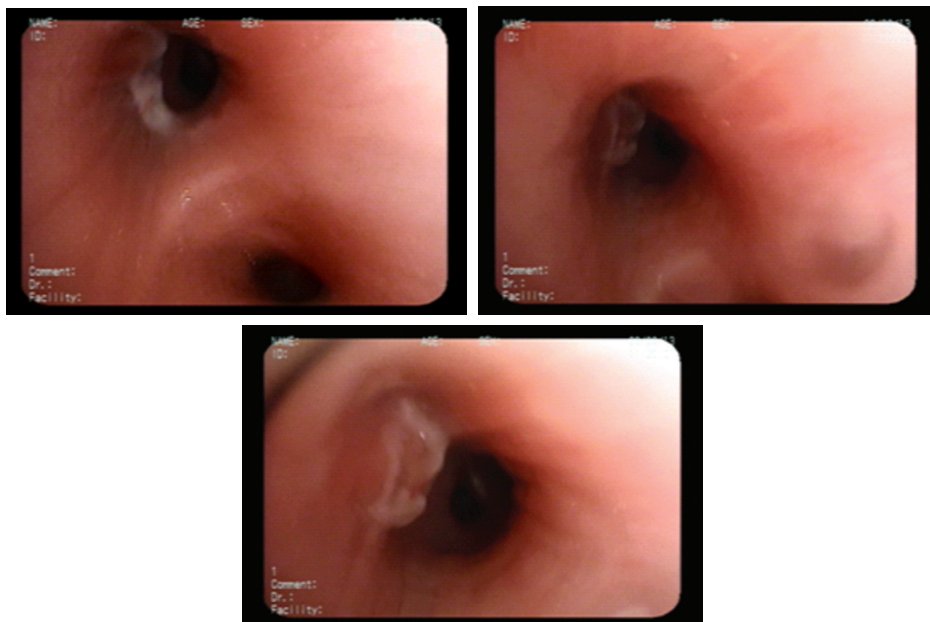


Figura 2. Videobroncoscopia

broestenótica, hiperémica-edematosa, activamente caseificante, tumoral (cuya imagen es similar a la de un carcinoma broncogénico), ulcerativa, granulosa y bronquitis no específica<sup>5</sup>. Esta clasificación tiene como objetivo predecir el resultado de la TBEB después del tratamiento, especialmente la

posibilidad significativa de desarrollar complicaciones de broncoestenosis.

Los objetivos del tratamiento son: 1) la erradicación del *Micobacterium tuberculosis* en forma precoz, basado en el uso de drogas antituberculosas y 2) la prevención de la estenosis bronquial, cuya

incidencia es del 68% a los 4 a 6 meses desde el inicio de la enfermedad y que conlleva a importantes complicaciones (infecciones, bronquiectasias, atelectasias). Según el estudio previamente citado de Chung y Lee, se debe realizar seguimiento bronoscópico durante los primeros 2 a 3 meses de tratamiento para poder predecir el resultado terapéutico de cada subtipo de TBEB y tener especial cuidado en el seguimiento, inclusive a largo plazo, del subtipo tumoral debido a que su evolución es impredecible y puede quedar una secuela importante de estenosis bronquial<sup>5</sup>. Los glucocorticoides son utilizados para la prevención de la broncoestenosis aunque no existen evidencias que sustenten su uso. Ocasionalmente, para evitar o tratar estas secuelas, puede ser necesaria la colocación de stents o plástica bronquial con láser o curetaje.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Bibliografía

1. Kashyap S, Mohapatra PR, Saini V. Endobronchial tuberculosis. *Indian J Chest Dis Allied Sci.* 2003 Oct-Dec; 45 (4): 247-256.
2. X Qingliang, W Jianxin. Investigation of endobronchial tuberculosis diagnoses in 22 cases. *Eur J Med Res* 2010; 15: 309-313.
3. N S Neki. Endobronchial tuberculosis: an overview. *Ann. Pak. Inst. Med. Sci.* 2013; 9(3): 105-109.
4. Arora A, Bhalla AS, Jana M, Sharma R. Overview of airway involvement in tuberculosis. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology* 2013; 57: 576-581.
5. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest* 2000; 117: 385-392.
6. Lee JH, Park SS, Lee DH et al. Endobronchial tuberculosis: clinical and bronchoscopic feature in 121 cases. *Chest* 1992; 102: 990-993.
7. Shim YS. Endobronchial tuberculosis. *Respirology* 1996 Jun; 1(2): 95-106.
8. Matthews JI, Matarese SL, Carpenter JL. Endobronchial tuberculosis simulating lung cancer. *Chest.* 1984 Oct; 86(4): 642-644.