

Histiocitosis de células de Langerhans. Afección del parénquima pulmonar

José Luis Criales,* Luz Elena Palomino,* Julio Sandoval-Zárate**

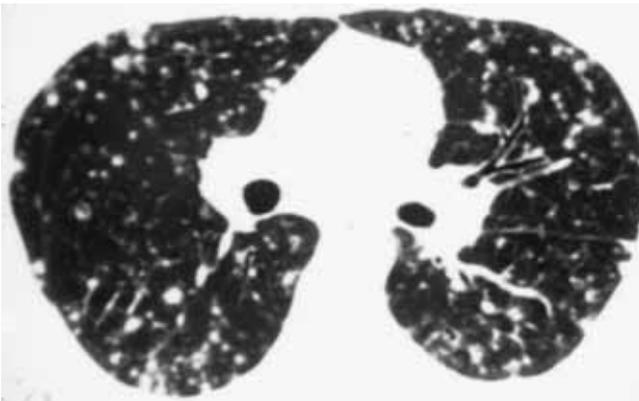
Resumen de Historia Clínica

Paciente de sexo femenino, de 31 años. Inició su enfermedad actual un mes antes de la consulta con tos seca, febrícula y disnea de grandes esfuerzos. Al examen físico se auscultaron estertores crepitantes finos de predominio basal. Las pruebas funcionales respiratorias revelaron un patrón restrictivo moderado. La paciente tenía antecedente de tabaquismo intenso.

Se obtuvo una radiografía de tórax en postero-anterior (Figura 1) y una tomografía computada de alta resolución (TCAR) del pulmón (Figuras 2 y 3). El diagnóstico final se realizó mediante una biopsia pulmonar por toracoscopia (Figura 4)



Figura 1. Telerradiografía de tórax en PA. Se observa un extenso patrón de tipo retículo nodular que compromete ambos pulmones.



Figuras 2 y 3. Cortes de tomografía computada de alta resolución (TCAR) a diferentes niveles del parénquima pulmonar.

Se confirma la presencia de múltiples nódulos en ambos campos pulmonares (flechas); esto se asocia a la presencia de quistes de paredes irregulares los cuales son mas evidentes a nivel de los lóbulos superiores (flechas curvas).

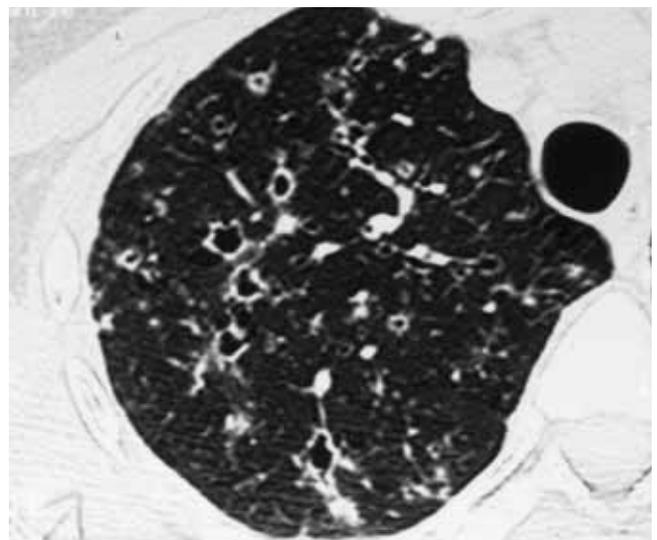


Figura 3.

*Curso universitario de radiología. Clínica Londres 1 UNAM.

**Departamento de Cardioneumología. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Luis Criales Cortés, Puebla 2213, Col. Roma, 06700 México, D. F.

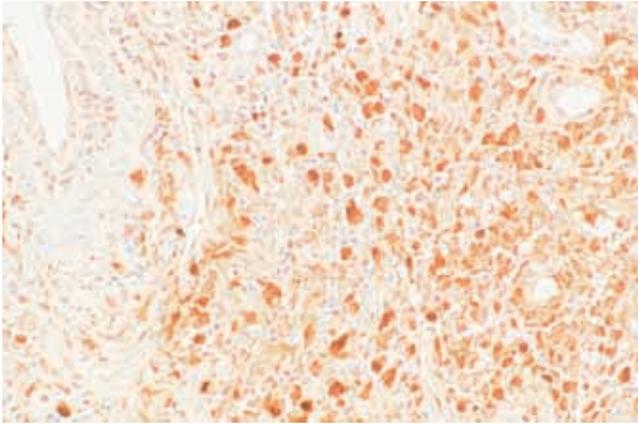


Figura 4. Corte histológico con técnica de inmunohistoquímica S-100 en el cual se observa la infiltración de la pared alveolar por células de langerhans.

Diagnóstico por Imagen

La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco frecuente. El diagnóstico puede sospecharse en pacientes con cuadro clínico sugestivo y la presencia de un patrón retículo nodular, quistes y panal de abejas en la radiografía simple del tórax (figura 1); la sensibilidad de la radiografía simple para el diagnóstico de esta enfermedad varía entre 53 a 65%; el método de imagen más útil para el diagnóstico de esta afección es la tomografía computada de alta resolución (TCAR) del pulmón; con una sensibilidad que oscila entre 88 a 94%.^{1,2}

La TCAR demuestra cambios en etapa temprana de la enfermedad caracterizados por numerosos nódulos de localización peribronquiolar, centrilobulillar, los cuales en promedio miden 5 mm.^{1,3} (Figura 2). Los nódulos se asocian a quistes de paredes delgadas, de contornos irregulares, de tamaño variable, los cuales son más numerosos en los lóbulos superiores (figura 3); la presencia de estos quistes es el dato clave para el diagnóstico por imagen.⁴

Desde el punto de vista histopatológico se trata de una infiltración anormal de células de Langerhans en las paredes alveolares, en las paredes bronquiolares y en el intersticio (figura 5); los quistes probablemente son secundarios a obstrucción por mecanismo de válvula de los bronquiolos.¹

Referencias

1. **Kuiwicz EL, Lynch SM, Aguayo SM, Schwarz MI, King TE.** Imaging of pulmonary histiocytosis X. *Radio Graphics* 1992 ;12:515 - 526.
2. **Grenier P, Valeyre D, Cluzel P, Brauner MW, Lenoir S, Chastang C.** Chronic diffuse interstitial lung disease: diagnostic value of chest radiography and high-resolution CT. *Radiology* 1991;179:123-132.
3. **Brauner MW, Grenier P, Mouelhi MM, Mompont D, Lenoir S.** Pulmonary histiocytosis X: evaluation with high-resolution CT. *Radiology* 1989;172:255-258.
4. **Moore ADA, Godwin JD, Muller NL y cols.** Pulmonary histiocytosis X comparison of radiographic and CT findings. *Radiology* 1989;172:249-254.