



Síndrome de Caplan

Liliana Arias (Radióloga), Carlos Carvajal (Cirujano de tórax),
José Luis Blanco (Neumólogo), Paulina Ojeda (Patóloga)
Hospital Santa Clara, Bogotá (Colombia)

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad, procedente y residente en Bogotá (Colombia), quien consulta por cuadro de 1 mes de evolución de malestar general deterioro de la clase funcional, disnea progresiva, pérdida de peso y 15 días de fiebre subjetiva y tos con expectoración mucopurulenta. Niega contactos sintomáticos respiratorios.

Al ingreso al hospital paciente en mal estado general, deshidratado.

Signos vitales: TA 80/60 mmHg, TAM 66 mmHg, FC 106 lpm, FR 22 T 36.9°C.

SaO₂ FiO₂ 0.21: 86%

Auscultación: murmullo vesicular disminuido y estertores crepitantes en base pulmonar izquierda. Tirajes subcostales y retracciones supraclaviculares.

Paraclínicos: BUN 19,3 mg/dL. Cr 0,63 mg/dL. Na 137 mmol/dL. K 4,26 mmol/L. LDH 117 UI/L PCR 13,3 mg/dL. Glicemia 70.

Hemograma: leucocitos 8500, neutrófilos 5800, linfocitos 1800, monocitos 800, Hb 10.9 g/dL, Hto. 33,9%, VCM 86, plaquetas 681000.

Figura 1.



Pregunta 1

¿Cómo informaría la radiografía de tórax?

Figura 1. Radiografía de tórax PA y lateral. Engrosamiento pleural apical bilateral. Opacidades nodulares con mayor profusión en lóbulos superiores. Derrame pleural bilateral de predominio derecho y consolidación en lóbulo inferior izquierdo.

Pregunta 2

¿Las alteraciones radiológicas son características de alguna entidad?

La presencia de nódulos pulmonares múltiples, debe orientar el interrogatorio y enfoque hacia la identificación de tres grupos de enfermedades:

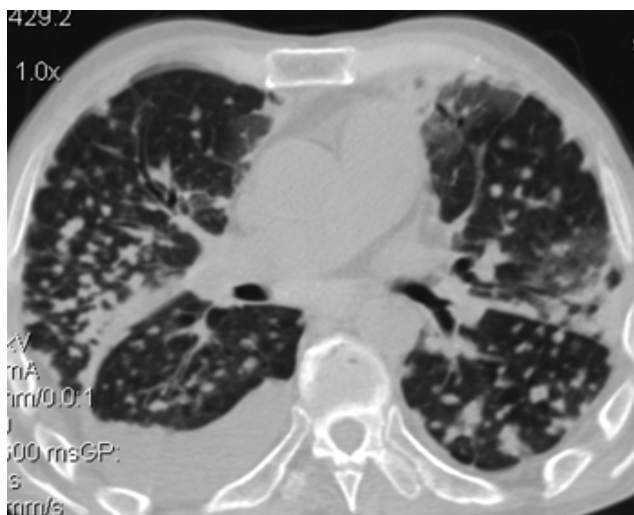
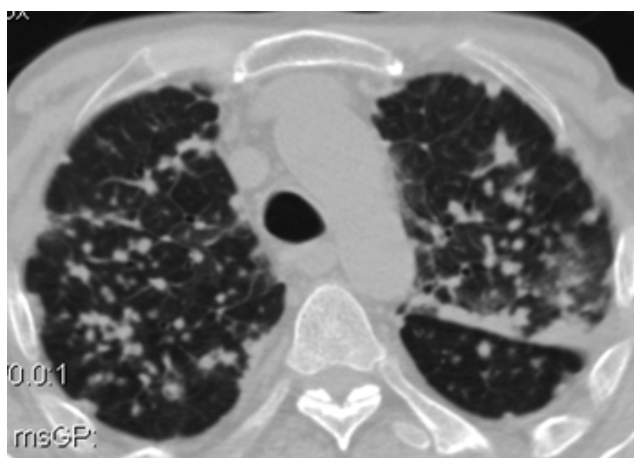
1. Infecciosas: en nuestro medio TB e histoplasmosis.
2. Expositivas.
3. Neoplasias: secundaria principalmente.

La cronicidad del cuadro y los síntomas constitucionales apoyan la posibilidad de enfermedad infecciosa de comportamiento subagudo y enfermedad neoplásica secundaria. Sin embargo la localización de los nódulos hace que deba considerarse enfermedad exposicional. Se realiza un segundo interrogatorio al paciente haciendo énfasis en sus antecedentes y se identifica diagnóstico conocido de artritis reumatoide y exposición a sílice como obrero de la construcción hasta dos años antes de la consulta actual.

Se solicita TC para caracterizar las alteraciones.

Figura 2

TC de tórax. Cortes axiales con filtro de pulmón



Pregunta 3

¿Qué interpretación daría a la tomografía?

La tomografía confirma la presencia de nódulos con densidad de tejido blando, de distribución aleatoria con diámetros entre 3 mm y 10 mm, que tienen tendencia a

coalescer y distorsionan la arquitectura pulmonar. Los nódulos tienen mayor profusión hacia lóbulos superiores y segmentos superiores de lóbulos inferiores. Nodularidad subpleural y derrame pleural derecho.

Los nódulos subpleurales se ven normalmente en pacientes que presentan distribución perilinfática. Se han descrito en el 80% de los pacientes con silicosis o neumoconiosis de los trabajadores del carbón y en al menos el 50% de los pacientes con sarcoidosis.¹

La distribución de los nódulos en paciente con antecedente exposicional sugiere silicosis. Sin embargo, la presencia de consolidación y derrame pleural no es un hallazgo frecuente en esta entidad por lo que se debe descartar enfermedad infecciosa asociada. En particular, se debe considerar la alta frecuencia de TB asociada a silicosis.²

La presencia de nódulos de mayor tamaño, al que de manera habitual se ve en silicosis, debe hacer considerar, en paciente con antecedente conocido de artritis reumatoide, el diagnóstico de síndrome de Caplan.

Desde 1950 se conoce la asociación de neumoconiosis (especialmente silicosis) y enfermedades autoinmunes.³

Pregunta 4

¿Cuáles serían los diagnósticos más probables con los datos obtenidos hasta el momento?

1. Silicotuberculosis
2. Síndrome de Caplan.

La silicosis es la más prevalente de las neumoconiosis. Es una enfermedad fibrosante del pulmón causada por la inhalación y depósito de partículas de sílice. La forma crónica es oligosintomática. La disnea es el síntoma más frecuente. Adicionalmente a su importancia como enfermedad ocupacional, la exposición a sílice sin enfermedad establecida o la silicosis, incrementan el riesgo de desarrollar varias comorbilidades pulmonares y sistémicas⁴ entre las que ya mencionamos infección por micobacterias tuberculosas y no tuberculosas y su asociación con enfermedad autoinmune.

El riesgo de desarrollar tuberculosis pulmonar es 2.8 a 39 veces más alto en pacientes con silicosis vs. controles sanos.⁵ La forma extrapulmonar de tuberculosis también es mayor siendo la forma más común, la pleural, hasta en el 61% de los casos.⁶

En pacientes con silicosis es extremadamente importante excluir la coexistencia de tuberculosis activa.

El síndrome de Caplan está caracterizado por la presencia de artritis reumatoidea asociada a neumoconiosis, se caracteriza por presentar nódulos múltiples, y se pre-

senta fundamentalmente en pacientes trabajadores de minas de carbón y en personas expuestas a sílice y asbesto.

Las lesiones tienden a coalescer y formar grandes nódulos o masas.

Se ha clasificado el síndrome de Caplan en tipo *clásico* caracterizado por presentar nódulos grandes, con necrosis uniforme y asociada a neumoconiosis leve y el tipo *silicótico* caracterizado por nódulos pequeños con necrosis similar al patrón de silicosis.⁷

Pregunta 5

¿Cuál o cuáles serían las intervenciones a realizar?

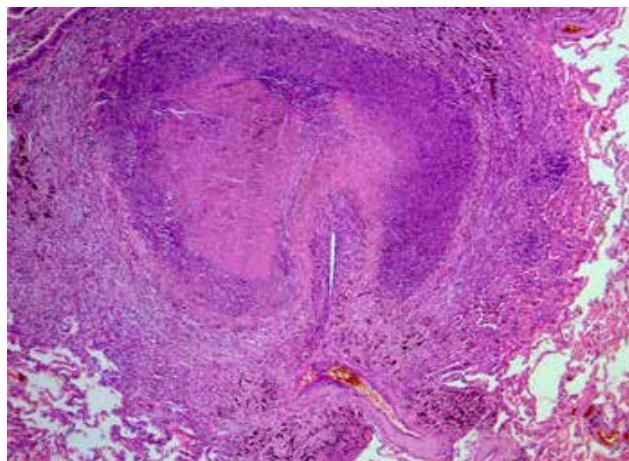
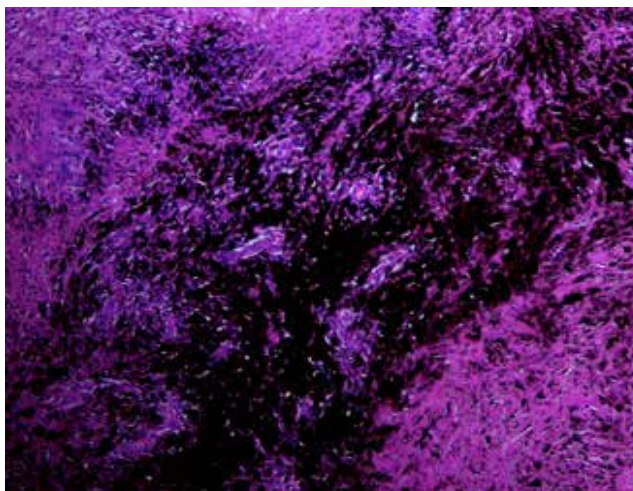
1. Se decide iniciar tratamiento empírico para TB.
2. Se solicita fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar.
3. Toracentesis guiada por ecografía.
4. Biopsia pulmonar.

La toracentesis guiada por ecografía reportó exudado neutrofilico complicado sin evidencia de microorganismos. Cultivos negativos. Se consideró secundario a artritis reumatoide.

Fibrobroncoscopia: lavado negativo para gérmenes, antracosis en el árbol bronquial.

Biopsia pulmonar: las tinciones de HE y luz polarizada (Figura 3) demuestran la presencia de cristales de sílice y nódulos antracóticos asociados a nódulos necrobióticos (Figura 3a) relacionados con artritis reumatoide que confirman el diagnóstico de síndrome de Caplan. Se descarta la presencia de gérmenes en el tejido pulmonar.

Figura 3 y 3a (siguiente columna)



Conclusión

En el contexto de un paciente con artritis reumatoide y antecedente exposicional, la presencia de nódulos con las características descritas o la evolución acelerada de las alteraciones debe hacer considerar la posibilidad de esta entidad, en particular se debe identificar la presencia de nódulos de mayor tamaño al rango esperado para silicosis.

El lavado broncoalveolar tiene gran utilidad para descartar infección asociada y la biopsia es determinante en la confirmación del diagnóstico.

Bibliografía

1. Remy-Jardin M, Beuscart R, Sault MC, et al. Subpleural micronodules in diffuse infiltrative lung diseases: evaluation with thin section CT scans. *Radiology* 1990; 177:133-139.
2. Rees D, Murray J. Silica, Silicosis and Tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007 May;11(5):474-84.
3. Mello E, Schweller M, Mendes da Silva C, Metzke K, Figueiras EM, Barros M. Rheumatoid pneumoconiosis (Caplan's syndrome) with a classical presentation.
4. Galvao CE, Winter DH, Seiscento M, Santos U, Terra M. Tuberculosis and silicosis: epidemiology, diagnosis and chemoprophylaxis. *J. bras. Pneumol.* 2008; 34 (11).
5. Calvert GM, Rice FL, Boiano JM, Sheehy JW, Sanderson WT. Occupational silica exposure and risk of various diseases: an analysis using death certificates from 27 states of the United States. *Occup Environ Med.* 2003;60(2):122-9.
6. A double-blind placebo-controlled clinical trial of three antituberculosis chemoprophylaxis regimens in patients with silicosis in Hong Kong. Hong Kong Chest Service/Tuberculosis Research Centre, Madras/British Medical Research Council. *Am Rev Respir Dis.* 1992;145(1):36-41.
7. Schreiber J, Koschel D, Kekow J, et al. Rheumatoid pneumoconiosis (Caplan's syndrome). *Eur J Intern Med* 2010;21:168-72.

Mantente en contacto

Asociación Latinoamericana de Tórax Associação Latino–americana do Tórax

Contacto Secretaría ALAT
Mariela Rodríguez
secretaria@alatorax.org

Presente su trabajo: <http://trabajos.congresosalat.org/es>

