

Oncología torácica

oncologiatoracica@alatorax.org

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Asociación del nuevo sistema de clasificación de grado de diferenciación del adenocarcinoma invasivo de pulmón y la supervivencia libre de enfermedad en una población latinoamericana

Juan David Zuluaga Restrepo, Stella Isabel Martínez Jaramillo, Luis Gerardo García-Herreros, Rafael José Beltrán Jiménez, Rafael Parra-Medina, Laura Lucia Escobar Ávila, Carlos Andrés Carvajal Fierro.

Instituto Nacional de Cancerología, Fundación Santa fe de Bogotá y Clínica Reina Sofía; Bogotá – Colombia

Introducción

La Asociación Internacional para el estudio del Cáncer de Pulmón (IASLC) recientemente publicó el sistema de clasificación del grado de diferenciación del adenocarcinoma invasivo de pulmón y su asociación con recaída de la enfermedad, y esta aún no ha sido descrita en la población latinoamericana. Nuestro objetivo fue describir esta nueva clasificación y su asociación con la supervivencia libre de enfermedad en los pacientes con adenocarcinoma invasivo de pulmón estadios I y II tratados quirúrgicamente entre enero de 2015 y diciembre de 2018 en tres instituciones de Bogotá (Colombia).

Material y Métodos

Realizamos un estudio analítico, retrospectivo, multicéntrico. Se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado para encontrar asociaciones. La supervivencia libre de enfermedad (SLE) se calculó con el método de Kaplan-Meier y se comparó usando la prueba de Log-Rank

Resultados

Se incluyeron 49 pacientes con una mediana de edad de 70 años (IQR 60-75). Veintinueve (59,2%) pacientes eran mujeres. El 49% de la población tenía antecede-

dente de tabaquismo. Se realizó linfadenectomía mediastinal en 48(98%) pacientes. Nueve (18,4%) casos fueron grado 1, 30(61,2%) grado 2 y 10(20,4%) grado 3. La mediana de seguimiento de los pacientes incluidos fue de 39,6 meses (IQR 27,9-50,4). Cinco pacientes presentaron recaída tumoral: 4 eran grado 3 y uno era grado 2. El grado 3 de diferenciación mostró una asociación estadísticamente significativa con la recaída ($P=0,004$). La SLE a 3 años de los pacientes con grado 1, 2 y 3 de diferenciación fue de 100%, 96% y 62%, respectivamente, esta diferencia también fue estadísticamente significativa ($P<0,001$). La SLE a 3 años de los pacientes con estadio IA, IB y IIB fue 97%, 100% y 40%, respectivamente, ver Figura 1ab.

Conclusiones

Se encontró asociación entre los pacientes con grado 3 de la nueva propuesta de clasificación del grado de diferenciación del adenocarcinoma invasivo de pulmón y una menor supervivencia libre de enfermedad.

CASOS CLÍNICOS

Papilomatosis Laríngea: Una presentación olvidada

Vanesa Zamora¹, Ana Milena Callejas², Alfredo Saavedra³, Erwin Arturo Guerrero¹, Edgar Alberto Sanchez³

1. Fellow de Neumología Clínica Universidad Nacional de Colombia - lezamorab@unal.edu.co
2. Esp. en Medicina Interna –Neumología clínica, Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de cancerología.
3. Md profesor asociado, Neumología Clínica, Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Varón de 24 años con antecedente de papilomatosis escamosa laríngea, traqueal y endobronquial diag-

nosticado en febrero del 2014, marzo del 2020 evolución tórpida tacar tórax con masa en lecho quirúrgico que compromete el lóbulo medio, en franca progresión con respecto a estudio previo, nódulos pulmonares de aspecto neoproliferativo los cuales han aumentado en tamaño y número con respecto estudio anterior. Adenopatías en región subcarinal y en mediastino posterior las cuales han aumentado de tamaño con respecto estudio previo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Papilomatosis escamosa laríngea

Examen físico

Sao2 98 % fio2 0,21 Fc 75 Fr 18 Peso 45 kg. caquecicocampos pulmonares con roncus bilaterales ruidos cardiacos ritmicos sin s3abdomen blando depresible sin megaliasextremidades sin edema, llenado capilar de 4 segundosneuroológico no deficit.

Tratamiento

6 ciclos de INTERFERON ALFA 2 BETA 6 MUI SC de Octubre de 2014 a Abril de 2015; Resección de papilomas laríngeos en mayo, en octubre se realiza lobectomía total LID Noviembre del 2015 interferón alfa 9 MUI. En 2016 y 2017 nuevas lesiones papilomatosas laríngeas, por lo cual realiza resecciones shaver. no disponibilidad en Colombia de interferón alfa, se decide iniciar BEVACIZUMAB MONOTERAPIA, administrando 7 ciclos entre julio de 2019 y Enero de 2020. BEVACIZUMAB MONOTERAPIA, administrando 7 ciclos entre julio de 2019 y Enero de 2020. Debulking de lesiones traqueobronquiales y recanalización con Laser Blue

Evolución y/o resolución del caso

Se realiza RMN de columna que reporta masa solida infiltrativa comprometiendo el aspecto posterior del hemitórax derecho con extenso componente necrótico central y con infiltración a los arcos costales y a los cuerpos vertebrales de T7 a T11 con destrucción ósea y extensión del proceso infiltrativo al interior del canal espinal a la altura de los cuerpos vertebrales de T7 y T8 con mielopatía medular compresiva, se realiza biopsia de masa paravertebral derecha con reporte Cáncer escamo celular de pulmón T4NxM1 EC IV.

Discusión / Conclusiones

La papilomatosis respiratoria recurrente es una infección rara del tracto respiratorio causada por el virus del papiloma humano tipo 6 y 11. Frecuente en hom-

bres entre los 20 y 40 años, la laringe es el sitio más afectado, aunque todo el tracto respiratorio puede estar comprometido (1). No se dispone de tratamiento definitivo.

Referencias

- kumar, N., & Preciado, D. (2019). Airway Papillomatosis : New Treatments for an Old Challenge. 7(September), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00383>lvancic, R., Iqbal, H., Pan, Q., & Matrk, L. (2018). Current and Future Management of Recurrent Respiratory Papillomatosis. February, 22–34. <https://doi.org/10.1002/lio2.132>El-achkar, V. N. R., Duarte, A., Saggiro, F. P., Ribeiro-silva, A., Ver, F., Filho, D. M., & Esquiche, J. (2018). Case Report Squamous Cell Carcinoma Originating from Adult Laryngeal Papillomatosis : Case Report and Review of the Literature. 2018, 16–20. <https://doi.org/10.1155/2018/4362162>.

CASOS CLÍNICOS

Tumor carcinoide pulmonar atípico

Karla Yesenia Miranda Sandoval, Castillo, J, Cifuentes J, Ríos G y Aguilar J.

Hospital General de Enfermedades, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Guatemala.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas Mujer de 51 años consultó por tos no productiva y fiebre, asociado a dolor torácico en hemitórax derecho de 3 años de evolución.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Índice de biomasa por humo de leña: 42 horas/año. Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias malignas que se originan en las células neuroendocrinas, los sitios comunes son: pulmón, intestino delgado y recto. Los TNE pulmonares tienen incidencia ajustada por edad de 0,2 a 2 casos por 100,000 habitantes en los Estados Unidos y Europa. Son más frecuentes en mujeres.(1)

Examen físico

Se auscultó disminución de entrada de aire en hemitórax derecho.

Tratamiento

Resección quirúrgica: Se realizó neumonectomía derecha.

Evolución y/o resolución del caso

Evolución de paciente satisfactoria.

Discusión / Conclusiones

Los TNEP son un grupo de neoplasias, asintomáticos o se presentan con síntomas generalizados de tos, sibilancias, pérdida de peso, dolor torácico y hemoptisis según la ubicación del tumor. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para los carcinoides pulmonares localizados. Todas las guías respaldan la resección quirúrgica en CT y CA localizados, ya que se ha demostrado que produce tasas de supervivencia a cinco años del 90 % en CT y del 70 % en CA. No existe consenso sobre la terapia adyuvante en carcinoides pulmonares según las pautas de la Sociedad Norteamericana de Tumores Neuroendocrinos, la Red Nacional Integral del Cáncer, la Sociedad Europea de Tumores Neuroendocrinos o la Sociedad Europea de Oncología Médica (3). Por ser patología de baja incidencia se presenta este caso.

Referencias

1. Rohit Gosain, Sarbajit Mukherjee, Sai et al. Management of Typical and Atypical Pulmonary Carcinoids Based on Different Established Guidelines Cancers 2018 (citado 6 de marzo 2022); doi:10.3390/cancers101205102. Blanco I. et al. Propuesta de terminología de las lesiones endobronquiales en pacientes con sospecha de neoplasia bronquial 2006 (citado 7 de marzo 2022); Arch Bronconeumol. 2007;43(1):36-9 3. Jussuf T Kaifi, PD Dr. med., Gian Kayser, et al. The Diagnosis and Treatment of Bronchopulmonary Carcinoid 2015 (citado 7 de marzo 2022); doi: 3238/arztebl.2015.0479.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Carcinomatosis peritoneal en cáncer de pulmón: revisión de la literatura con reporte de caso

Triana I, Aguirre A, García O, Roa J, Segovia J.

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

Introducción

El cáncer de pulmón es la segunda neoplasia con mayor incidencia a nivel mundial y la primera neoplasia con mayor tasa de mortalidad, según GLOBOCAN 2020. El compromiso peritoneal en el cáncer de pulmón es algo extremadamente raro se considera <1%.

Material y Métodos

Realizamos una revisión de literatura en Pubmed, EMBASE, Cochrane, LILACS, en idioma inglés y español.

Ecuación de búsqueda (“peritoneal carcinomatosis” AND “lung cancer”) con sus términos Mesh asociados. Posteriormente se expone un caso de un adenocarcinoma de pulmón con carcinomatosis peritoneal y se realiza un análisis descriptivo de la literatura reportada.

Resultados

Se encontraron 98 casos reportados en los últimos 20 años, ningún estudio prospectivo solo reportes y series de casos, ningún caso reportado en Latinoamérica. A continuación, exponemos un caso de carcinomatosis peritoneal en cáncer de pulmón en Bogotá, Colombia: Paciente femenino de 42 años sin antecedentes, ni exposición a cigarrillo. Ingreso por 4 meses de dolor lumbar irradiado a glúteo izquierdo que dificultaba la marcha. Resonancia nuclear magnética de columna con evidencia de lesiones infiltrativas de características neoplásicas en L2-L4. Ante sospecha de malignidad se realiza tomografía de tórax y abdomen con hallazgos de masa espiculada en pulmón en el segmento lateral del lóbulo medio de aspecto neoplásico, derrame pleural, líquido perihepático y periesplénico, ganglios subcentrímetros en cadenas ilíacas. Se realiza broncoscopia con hallazgos en la patología de adenocarcinoma infiltrante positivo TTF1 negativo para P40, compatible con primario pulmonar. Ante hallazgos en abdomen se lleva a laparoscopia diagnóstica con evidencia de múltiples implantes peritoneales con patología de neoplasia epitelial, reactividad para citoqueratina 7, TTF1, napsina y negatividad para citoqueratina 20, calretinina, wt1, pax8, cdx2 y gata3. Se considero paciente con adenocarcinoma de pulmón con carcinomatosis peritoneal, EGFR y ALK negativo, PDL1>5%. Se inició manejo con Carboplatino, Pemetrexed y Pembrolizumab. Se pudo realizar un análisis descriptivo en 68 casos de los 98 encontrados, se evidencio exposición a cigarrillo en 64%, mutación EGFR en 11,8%, ALK 4,4%, sin información de %PDL1, con una mediana de supervivencia de 3-9 meses.

Conclusiones

La presencia de carcinomatosis peritoneal es una presentación poco frecuente de ver e indica un mal pronóstico para el paciente.

TRABAJO CIENTÍFICO - CIENCIAS BÁSICAS (PRE CLÍNICOS/DE LABORATORIO)

Identificación del ARN largo no codificante GAPLINC en tejido y biopsia líquida de pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón NSCLC

Bermudez Liscano L, Ayala Ramírez P, García Robles R, Cañas Arboleda A, Rojas Moreno A

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

Introducción

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo, esta alta tasa de mortalidad se asocia con las dificultades de detección diagnóstica y los altos índices de detección en etapas avanzadas cuando las opciones de tratamiento son limitadas. La búsqueda de biomarcadores derivados del tumor identificables en muestras mínimamente invasivas que acompañan y favorecen la detección oportuna de esta patología ha aumentado en los últimos años. Específicamente, en biopsia líquida se han identificado componentes como células tumorales circulantes, proteínas, ADN y ARNs no codificantes largos (lncRNA) tanto libres como contenido en vesículas extracelulares. Recientemente, el lncRNA asociado a adenocarcinoma gástrico (GAPLINC) se ha identificado desregulado en diversos tipos de cáncer como: cáncer gástrico, colorrectal y osteosarcoma. Sin embargo, su papel en cáncer de pulmón y su potencial rol como biomarcador aún no es claro.

Material y Métodos

Se analizó la expresión mediante PCR en tiempo real de tres grupos de muestras biológicas: cultivo de líneas celulares de adenocarcinoma de pulmón, cultivo primario de biopsia pulmonar y biopsia líquida de pacientes con cáncer de pulmón NSCLC. Este análisis de expresión se realizó a nivel intracelular, libre (sobrenadante de cultivo y suero de pacientes) y en vesículas extracelulares.

Resultados

Los resultados del presente estudio identificaron la sobreexpresión de GAPLINC como un posible biomarcador detectable en biopsia líquida y cultivo primario de biopsia pulmonar derivado de pacientes con cáncer de pulmón. Además, la sobreexpresión de GAPLINC se asoció a variables clínicas como la estadiación y la positividad de TTF-1 al momento del diagnóstico histopatológico.

Conclusiones

GAPLINC puede ser considerado como un posible biomarcador detectable en tejido y biopsia líquida de pacientes con cáncer de pulmón pertenecientes a la población colombiana, además, los análisis de expresión en el modelo de líneas celulares revelaron una posible asociación de liberación específica de este lncRNA a nivel extracelular. Estos hallazgos representan el primero de los pasos necesarios para sustentar las posibles asociaciones clínicas de estas desregulaciones en la expresión de lncRNA y su potencial como biomarcadores en cáncer de pulmón, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología a largo plazo.

CASOS CLÍNICOS

Tumor endotorácico hipoglucemiante: Síndrome de Doege-Potter

Morales Avalos A, Vargas Ponce K, Llanos Tejada F, Salas Lopez J, Salazar Salazar N

Hospital Nacional Dos de Mayo

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente mujer de 78 años de edad con tiempo de enfermedad de dos meses caracterizado por episodios recurrentes de astenia e hipersomnias que mejoran con la ingesta de alimentos, estos síntomas fueron incrementando en frecuencia, los cuales ya no cedían con la ingesta de alimentos, acude en 2 ocasiones al servicio de emergencia donde se administra dextrosa al 33% siendo dada de alta inmediatamente luego de evidenciar mejoría clínica. Un día antes del ingreso al servicio de emergencia para su hospitalización paciente presenta trastorno de conciencia y diaforesis

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Antecedente de hipertensión arterial medicación habitual es losartan, niega antecedentes de patologías respiratorias. Niega consumo de Tabaco, exposición a Biomasa en la niñez, pérdida de peso de aproximadamente 6 kilos en los últimos 6 meses

Examen físico

Se encuentra PA130/60 mmhg, FC:70X, FR:16X, SATO2: 95%, FiO2: 21%, Glasgow 14, no signos de focalización ni signos meníngeos, tórax y pulmones la palpación presentó matidez en el 1/3 inferior de HTI, percusión matidez y a la auscultación el murmullo vesicular disminuido en 1/3 inferior de HTI

Tratamiento

Se brindó tratamiento complementario con corticoides además de infusiones de dextrosa al 10%.

Evolución y/o resolución del caso

resolvió temporalmente las hipoglucemias mientras era evaluada por cirugía torácica para tratamiento definitivo.

Discusión / Conclusiones

El tumor fibroso solitario es una neoplasia benigna en el 80% de los casos, de origen mesenquimático, cuya localización más frecuente es la pleura; la hipoglucemia severa y sostenida es una manifestación poco frecuente catalogada en conjunto como Síndrome de Doege-Potter con menos de 900 casos reportados en la literatura médica, la edad de presentación es entre la sexta y octava década de vida la cual coincide con el caso reportado. La hipoglicemia suele ser secundaria a la sobreproducción del precursor de IGF II, suele ser la primera manifestación clínica que motiva la consulta, en los exámenes de laboratorio es común que los niveles de insulina y péptido C. estén disminuidos. El tratamiento definitivo es la resección del tumor, el pronóstico es bueno.

Referencias

Sandoval-Alzate HF, Parra-Gamboa JM, Angulo-Casalis A, Sandoval-Alzate HF, Parra-Gamboa JM, Angulo-Casalis A. Doege-Potter syndrome. Acta Medica Colomb. septiembre de 2020. Mohammed T, Ozcan G, Siddique AS, Ili RNA, Slater DE, Khan A. Doege-Potter Syndrome with a Benign Solitary Fibrous Tumor: A Case Report and Literature Review. Case Rep Oncol. 2021

CASOS CLÍNICOS

Pseudoquist pulmonar como forma de presentación inusual de Adenocarcinoma pulmonar primario

Aldo Renato Casanova Mendoza MD, Robles Lezcano Trinidad MD, Mendoza Del Pino Ramón MD.

Servicio de Neumología – Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima – Perú.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente mujer de 55 años. Tiempo de enfermedad: 06 meses. SSPP: Dolor torácico, pérdida de peso. La paciente inicia su enfermedad con dolor torácico dorsal en hemitórax izquierdo, tipo opresivo, que se intensifica con los movimientos posturales y la inspira-

ción profunda y que desde hace 30 días antes de la hospitalización se fue incrementando en intensidad y se presenta de forma persistente. Refiere también baja de peso de 05 kilos aproximadamente los últimos 03 meses.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

FO:G2P2002, Niega asma, Neumonías previas y Tuberculosis. Contactos TBC: Niega. Tabaquismo: Niega. Biomásas: Ocasional (Humo de leña). Cirugías previas: Extirpación de Hemangioma Hepático y Colectomía hace 03 años (resultado de biopsia: Hemangioma cavernoso, margen de sección libre de lesión). Histerectomía por Miomatosis Uterina + SOB hace 06 años. Alergias medicamentosas: Ciprofloxacino. Hermano con antecedente de cáncer de Tiroides. Padre con antecedente de cáncer de Riñón. Madre diabética

Examen físico

Peso: Disminuido. Al examen físico: PA: 110/70 mmHg, FC: 80 x min, FR: 20 x min, StO₂: 96%, FiO₂: 0.21. Paciente LOTEPE, quejumbrosa. Cuello: Discretas adenopatías cervicales, de consistencia blanda, no adheridas de < 0,5 cm de diámetro. Tórax y pulmones: Amplexación disminuida en HTI con matidez a la percusión en 2/3 inferiores del mismo hemitórax. MV abolido en los 2/3 inferiores del HTI. VV abolidas en 2/3 inferiores del HTI. No broncofonía ni egofonía a ese nivel. Resto del examen clínico, no contributorio.

Tratamiento

Toracotomía izquierda exploratoria (26/12/13) para toma de muestras de biopsia. Paciente recibió oxigenoterapia, antibióticos y manejo del dolor con morfina. Paciente fue referida al servicio de Oncología médica en donde recibió quimioterapia paliativa.

Evolución y/o resolución del caso

Paciente falleció por la enfermedad oncológica a los 06 meses del diagnóstico final.

Discusión / Conclusiones

Este caso nos muestra una forma de presentación inusual del cáncer pulmonar. Ocurre debido a un crecimiento muy acelerado lo que condiciona una necrosis licuefactiva del centro del tumor, lo que se traduce en el desarrollo de una lesión quística, aunque desde el punto de vista anatomopatológica sería pseudoquística pues carece de una pared o capa externa definida. Puede claramente ser diagnóstico diferencial de

otras enfermedades como hidatidosis, quiste bronco-génico, tuberculosis, absceso pulmonar u otras patologías. El diagnóstico de este tipo de lesiones es principalmente quirúrgico (VATS o Toracotomía).

Referencias

Singh and Col. Lung Cyst Caused by Centrally Located Bronchogenic Carcinoma. Archivos de Bronconeumología. 2012; 48:99-101 - Vol. 48 Num.03 DOI: 10.1016/j.arbr.2011.06.018. López Arteaga y col. Carcinoma adenoideo quístico. Revista del INER México- vol.03 número 1. Enero – abril 2008. Takeshi Kondo. Lung adenocarcinoma with giant cyst formation showing a variety of histologic patterns: a casereport. Journal of Medical Case Reports 2010, 4:377

CASOS CLÍNICOS

Relato de caso: Fibrosis pulmonar idiopática (FPI): ¿Sustrato para el desarrollo de cáncer de pulmón?

Daniele C. Carvalho I, Neves de Parodi L, Soares Santos Ferreira da Palma I, Martins Milan M, Jr dos Santos Lescano T, Torres da Silva C

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Mujer de 51 años viene la consulta con historia de desde hace 20 días con disnea y dolor torácico opresivo, evolucionando con empeoramiento agudo y siendo ingresada en nuestro servicio de urgencias. Negó fiebre, coriza, tos, anosmia, odinofagia. Ingresó a urgencias con una saturación del 65% en aire ambiente y tras mascarilla de no reinhalación a 15 l/min, presentaba un 90%.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

exfumadora (25 paquetes-año) e hipertensa

Examen físico

Estaba pálida 1+/4+, acianótica, anictérica ya la auscultación pulmonar presentaba sonido vesicular bilateral con estertores crepitantes en hemitórax izquierdo.

Tratamiento

Se inició tratamiento quimioterápico con carboplatino y etoposídeo.

Evolución y/o resolución del caso

Desafortunadamente, después de 9 meses de tratamiento, el paciente falleció.

Discusión / Conclusiones

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es la enfermedad pulmonar intersticial idiopática más común, con una mediana de supervivencia de 2 a 4 años después del diagnóstico. Un número significativo de pacientes con FPI tienen factores de riesgo, como antecedentes de tabaquismo o enfisema concomitante, que pueden predisponer al paciente al cáncer de pulmón (CP) (en particular, el cáncer de pulmón de células no pequeñas (NPCCP)). De hecho, la propia FPI aumenta el riesgo de desarrollar CP entre un 7 % y un 20 %. En este sentido, existen varios procesos genéticos, moleculares y celulares comunes que relacionan la fibrosis pulmonar con la CP, como la transición miofibroblástica/mesenquimatosa, la activación y proliferación descontrolada de miofibroblastos, el estrés del retículo endoplásmico, los cambios en la expresión del factor de crecimiento, el estrés oxidativo y las grandes alteraciones genéticas y variaciones epigenéticas que pueden predisponer al paciente a desarrollar FPI y CP.

Referencias

1- Ballester B, Milara J, Cortijo J. Idiopathic Pulmonary Fibrosis and Lung Cancer: Mechanisms and Molecular Targets. Int J Mol Sci. 2019 Jan 30;20(3):593. doi: 10.3390/ijms20030593. PMID: 30704051; PMCID: PMC6387034.

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma de células gigantes de pulmón: presentación de un caso

José Job Idrogo Alfaro, Meléndez Dávila C, Casanova Mendoza A.

Servicio de Neumología. Hospital Nacional Dos de Mayo

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Familiar refiere que hace 2 años inicia con tos seca intermitente.

Luego hace 6 meses, continuaba con tos con expectoración mucoide, pero con mayor frecuencia que le provocaba dolor torácico difuso y cefalea. Hace 3 meses, médico particular quien le indica tomografía axial computarizada de tórax, en el informe describe consolidación tipo masa pulmonar a nivel de LID por lo que se le realiza una BFC hace 1 mes, tiempo en que se agrega astenia, somnolencia y disnea a moderados esfuerzos (grado 2 según mMRC), 15 días antes del ingreso el dolor torácico tipo punzante aumenta en intensidad al igual que la tos se vuelve exigente con abundante expectoración mucoide; 7 días antes del

ingreso se agrega a la expectoración rasgos sangui-
nolentos, escalofríos y cefalea intensa.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos
tabaquismo (58 paq/año)

Examen físico

PA: 150/70, FC 99 x', FR 30 x, so2: 93%, Fio2 21% en mal estado general, taquipneico con uso de musculatura accesoria. HTD con matidez a la percusión y a la auscultación con el MV disminuido en HTD

Tratamiento

Ceftriaxona 2gr ev c/24h Meropenem 1 gr ev c/8h

Evolución y/o resolución del caso

Paciente que ingreso por una NAC que evoluciona tórpidamente, no responde al tratamiento empírico, se rota antibiótico por mala evolución, paciente requiere CNAF. Empezo a hacer falla multiórganica y luego fallece

Discusión / Conclusiones

En Perú, se estima que cada año se producen más de 2700 casos nuevos de cáncer y 2500 muertes. El 70 % de los pacientes serán diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad y solo el 15 % sobrevivirán luego de cinco años del diagnóstico. El cáncer de pulmón se clasifica en dos grupos histológicos principales: cáncer de pulmón de células pequeñas (SCLC) y cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC). El NSCLC, representa el 85 % y de estos el carcinoma de células grandes es 2.9 %. Los carcinomas de pulmón de células gigantes (GCCL) afectan predominantemente a hombres. Casi todos los pacientes son fumadores o exfumadores (hasta el 90 %). Los pacientes con GCCL no tienen signos ni síntomas específicos; las complicaciones comunes de los GCCL incluyen tos, hemoptisis, dolor torácico, pérdida de peso, disnea y malestar general. La incidencia tomográfica de GCCL se encuentran comúnmente en los lóbulos superior (52,7 %) e inferior (21,7 %). El pronóstico de los GCCL es malo, sobrevida < 5 años

Referencias

Shen X, Lin F, Lin Q, Ruan Z, Huang H, Ju C et al. Pulmonary sarcomatoid carcinoma: a case report. Contemporary oncology (Poznan, Poland). 2013; 17(2), 210–213. Weng S, Cao Y, Tang XJ, et al. Epidemiological features of lung giant cell carcinoma and therapy for patients with EGFR mutations based on case reports and the surveillance, epidemiology, and end results (SEER) database. On-

cotarget 2017; 8:25323–33 Weissferdt A. Pulmonary Sarcomatoid Carcinomas: A Review. Adv Anat Pathol. 2018 Sep;25(5):304-313.

CASOS CLÍNICOS

Sarcoma alveolar de partes blandas en paciente mujer joven en un hospital público en Lima – Perú

Marisella Maribel Pillaca Horna¹, Aliaga C¹, Gayoso O²⁻³, Tafur-Bances K²⁻³ y Valdivia E²⁻³.

1. Médico Residente de Neumología, Hospital Cayetano Heredia, Lima - Perú
2. Médico Neumólogo, Hospital Cayetano Heredia, Lima - Perú
3. Profesor Auxiliar, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima - Perú

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Mujer de 20 años que acude al Servicio de Neumología del HCH por 6 meses de parestesias en el miembro inferior derecho y 4 meses de tos con expectoración mucoide escasa.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Asma diagnosticado a los 5 años por médico general con tratamiento irregular con salbutamol condicional a crisis. Migraña diagnosticado en abril del 2021.

Examen físico

Mama izquierda: Se evidencia en cuadrante supero interno en R11 a 4 cm del pezón, nódulo ovalado de masomenos 4 cm de largo y 2 cm de ancho. Tórax y pulmón: Se auscultan sibilantes difusos en ambos hemitórax. Glúteo derecho: masa de bordes regulares, no doloroso a la palpación, de masomenos 8 cm de largo y 3 cm de ancho, no doloroso a la palpación pero si causaba malestar al momento de realizar algún cambio de posición.

Tratamiento

Quimioterapia

Evolución y/o resolución del caso

Hospitalizada por 3 semanas, luego fue dada de alta con quimioterapia ambulatoria.

Discusión / Conclusiones

El SAPB es una neoplasia maligna de los tejidos blandos, que representa sólo el 0.5 al 1% de todos los sarcomas de tejidos blandos. (1) Existen muy pocos casos reportados en el Perú y en el mundo, por lo que

este reporte aporta al conocimiento de esta enfermedad. La translocación entre los cromosomas X y 17 se observa en todos los casos analizados, lo que implica una desregulación transcripcional en la patogenia de este tumor. Se ha propuesto que el predominio femenino observado en el SAPB ocurre porque el gen de fusión por translocación no está sujeto a la inactivación del cromosoma X. Se ha propuesto que el predominio femenino observado en el SAPB ocurre porque el gen de fusión por translocación no está sujeto a la inactivación del cromosoma X. Por lo tanto, la posesión femenina de un cromosoma X adicional duplica la probabilidad de desarrollar esta neoplasia. (2)

Referencias

1. Brahmi M, Vanacker H, Dufresne A. Novel therapeutic options for alveolar soft part sarcoma: antiangiogenic therapy, immunotherapy and beyond. *Current Opinion in Oncology* [Internet]. julio de 2020 ;32(4):295-300. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/CCO.00000000000006522>. Soheilifar MH, Taheri RA, Zolfaghari Emameh R, Moshtaghian A, Kooshki H, Motie MR. Molecular Landscape in Alveolar Soft Part Sarcoma: Implications for Molecular Targeted Therapy. *Biomedicine & Pharmacotherapy* [Internet]. julio de 2018;103:889-96. 3. Pruksapong C, et al. Alveolar soft part sarcoma of flexure tendon. *Journal of Surgical Case Reports* [Internet]. 1 de diciembre de 2017;2017(12).

CASOS CLÍNICOS

Surgical treatment for locally advanced lung carcinoid

Minamoto F, Rocha Junior E, Chirichela I, Terra R, Fernandes P

Instituto do Cancer do Estado de São Paulo (ICESP)

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

A female 39-year-old patient presented cough, wheezing, and dyspnea during the past six months. She had no other associated symptoms, no weight loss.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Patient with no known diseases. Never smoker.

Examen físico

The physical exam was unremarkable.

Tratamiento

QUESTION 2 After a multidisciplinary discussion, we proposed a left upper lobectomy with pulmonary ar-

terioplasty and lymphadenectomy. QUESTION 3 We initiated the procedure as a standard robotic left upper lobectomy with mediastinal lymphadenectomy. The enlarged left inferior paratracheal and hilar nodes were identified as conglomerate disease invading the recurrent laryngeal nerve and were resected. The tumor was located close to the fissure in the upper lobe and was in close contact with the apical and anterior branches of the left pulmonary artery, making it risky to dissect them to position the stapler (Image 2). Through an anterior thoracic incision, we used cardiovascular cannulas to perform proximal and distal vascular control of the pulmonary artery, so it was able to resect the lateral wall of the left main pulmonary artery along with the tumor and make a lateral arterioplasty with continuous suture using the robotic arms. Then lobectomy was completed regularly.

Evolución y/o resolución del caso

The patient had a favorable postoperative evolution and was discharged on the third postoperative day.

Discusión / Conclusiones

This procedure spared the patient from a left pneumonectomy and its complications, and even though it was a complex resection, it was safely performed in a minimally invasive method, and the patient was discharged briefly.

Referencias

- Baudin E, Caplin M et al; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Lung and thymic carcinoids: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2021 Apr;32(4):439-451. doi: 10.1016/j.annonc.2021.01.003. Epub 2021 Jan 19. Erratum in: *Ann Oncol*. 2021 Nov;32(11):1453-1455. PMID: 33482246.

CASOS CLÍNICOS

Eosinofilia paraneoplásica en linfoma de pleura

Priscylla Katerine Del Carpio Sanchez

Perú, Complejo Hospitalario Luis N. Sáenz

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

HISTORIA ACTUAL DEL CASO: efusión pleural: derrame paramaligno. MOTIVO DE CONSULTA: Paciente referido por derrame pleural, fiebre y tos. SÍNTOMAS: Dolor torácico, disnea, sudoración nocturna

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Ningún antecedente relevante

Examen físico

SIGNOS VITALES; Dentro de rangos normales. EXAMEN FÍSICO; Dolor cervical intenso Murmullo vesicular abolido en hemitorax derecho Hepatomegalia.

Tratamiento

Hospitalización Neumología: oxigenoterapia, meropenem 1g cada 8 horas, enoxaparina, ivermectina, dexametasona y se realiza evaluación por oncohematología. Hospitalización Oncohematología: Quimioterapia CHOP – 14, cumpliéndose 6 ciclos, continua persistencia de eosinofilia y deciden cambiar esquema de Quimioterapia a CHOP – E, completar 6 ciclos. Alta con 1 ciclo de quimioterapia CHOP-E confirmando disminución de eosinófilos.

Evolución y/o resolución del caso

Evolución. Paciente con evolución favorable Resolución del caso: Paciente fue dado de alta con una quimioterapia CHOP-E.

Discusión / Conclusiones

DISCUSIÓN Sepsis a punto de partida respiratorio como consecuencia de un derrame paraneumónico y un síndrome mieloproliferativo, tampoco se observaba una mejoría laboratorial, ya que continuaba con leucocitosis a predominio eosinofílico y plaquetopenia Resultados de biopsia pleural donde informa presencia de Linfoma no Hodgkin. Finalmente tras los estudios realizados se llega al diagnóstico de Linfoma de células T precursora. Tras el fallo de tratamiento de CHOP 14 se sustituye a CHOP E mostrando mejoría clínica. CONCLUSIONES. La posibilidad de un diagnóstico de etiología maligna en eosinofilia paraneoplásica es poco probable, a la vez el linfoma es la segunda causa más frecuente. Concluimos que a pesar del manejo sintomático no hubo mejoría clínica ni laboratorial, por lo que fue necesario más estudios para el diagnóstico definitivo y empezar el tratamiento oncológico adecuado

Referencias

Shi M, Rech KL, Otteson GE, Horna P, Olteanu H, Pardani A, Chen D, Jevremovic D. Prevalence and spectrum of T-cell lymphoproliferative disorders in patients with Hypereosinophilia: A reference laboratory experience. *Ann Diagn Pathol*. 2020. Wawrzycki B, Prystupa A, Szumiło J, Panasiuk L, Krasowska D. Fever, rash, and eosinophilia - early signs of angioimmunoblastic T-cell lymphoma. *Ann Agric Environ Med*. 2021 Sep 16. Li WJ, Lin ZD, Wang JL. A nar-

rative review of malignant eosinophilic pleural effusion: incidence, etiology and prognostic significance. *Ann Palliat Med*. 2021 Feb

CASOS CLÍNICOS

Neumonitis por Pembrolizumab

Karla Hernandez; Hernández, K; Larrosa, A; Romero, L; Torres, V; Kierszenbaum, M.

Departamento de Neumología, Medica Uruguaya, Montevideo, Uruguay.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

A los tres meses de iniciar pembrolizumab instala peoría de su disnea habitual grado 2 de la mMRC, fiebre, tos seca, astenia y adinamia.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Mujer 60 años. Ex tabaquista, EPOC GOLD A. Resección atípica LSI por NPS espiculado, AP: adenocarcinoma pulmonar pobremente diferenciado, IHQ - expresión PDL1, inicia inmunoterapia con Pembrolizumab.

Examen físico

Al examen se destaca: polipneica, SaO₂ ventilando al aire 92%, crepitantes finos hemitórax izquierdo.

Tratamiento

Descartada patología infecciosa y progresión tumoral; y ante persistencia de síntomas respiratorios, hallazgos imagenológicos y anatomopatológicos compatibles; se plantea neumonitis por Pembrolizumab. Recibe tratamiento con bolos de metilprednisolona por 3 días, continuando con prednisona vía oral.

Evolución y/o resolución del caso

En la evolución presenta excelente respuesta clínica-tomográfica (Figura No. 2) frente a tratamiento corticoide que se mantiene 3 meses y suspensión de inmunoterapia.

Discusión / Conclusiones

La neumonitis asociada a inmunoterapia es poco frecuente pero potencialmente grave, su diagnóstico es de exclusión por lo que es de suma importancia descartar diagnósticos diferenciales. Sabemos que el tiempo entre exposición al fármaco y desarrollo de neumonitis también es variable. En cuanto a la clasificación Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) del Instituto Nacional de Cancer de los Estados Unidos, catalogamos esta paciente con

afectación grado 4 dado por la gravedad clínica inicial presentada y el requerimiento terapéutico.

Referencias

Naidoo J, Wang X, Woo KM, Iyriboz T, Halpenny D, Cunningham J, Chaff JE, Segal NH, Callahan MK, Lesokhin AM, Rosenberg J, Voss MH, Rudin CM, Rizvi H, Hou X, Rodriguez K, Albano M, Gordon RA, Leduc C, Rehtman N, Harris B, Menzies AM, Guminski AD, Carlino MS, Kong BY, Wolchok JD, Postow MA, Long GV. Pneumonitis in Patients Treated With Anti-Programmed Death-1/Programmed Death Ligand 1 Therapy. *J Clin Oncol*. 2017 Mar;35(7):709-717. Epub 2016 Sep 30. Erratum in: *J Clin Oncol*. 2017 Aug 1;35(22):2590.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Perfil epidemiológico del cáncer de pulmón en un hospital de referencia de Arequipa-Perú

Coila Cerpa R, Alcca Chalco A

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

A los tres meses de iniciar pembrolizumab instala peoría de su disnea habitual grado 2 de la mMRC, fiebre, tos seca, aste

Introducción

En Arequipa, del 2004-2007 la incidencia de cáncer pulmonar fue de 228 casos. En el 2006-2011 se registró 95 casos (4% del total de cáncer en general). El tabaco es factor de riesgo, sin embargo, existen otros factores en NO fumadores como la exposición al humo de combustión de biomasa.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal en 34 pacientes con diagnóstico histo-citopatológico de cáncer realizado en Neumología del Hospital Regional durante el periodo 2013-2014. Se revisaron historias clínicas seleccionando variables de edad, sexo, IMC, lugar de procedencia, ocupación, hábito de fumar, exposición a biomasa, antecedentes familiares, síntomas, tipo de neoplasia y metodología diagnóstica.

Resultados

La edad media en varones fue de 60 años y mujeres 54, sin diferencia significativa ($p > 0,05$). La ocupación de ama de casa y agricultor fue de 23% cada uno, 12% comerciantes, 6% construcción o textilera y

29% otras. La exposición a biomasa fue igual en ambos sexos ($p > 0,05$); con diferencia significativa en relación a pacientes sin cáncer ($p < 0,05$). La exposición a tabaco en varones fue de 9% y mujeres 0% con diferencia no significativa ($p > 0,05$). El 23% de casos tuvieron familiares con cáncer en general. Tos, disnea, expectoración hemoptoica fueron síntomas frecuentes. No hubo diferencias en el tipo de neoplasia entre varones y mujeres ($p > 0,05$) frecuentes fueron adenocarcinoma, epidermoide y de células pequeñas. El diagnóstico por biopsia de pulmón 30%, biopsia pleural 24%, toracocentesis 15% y 12% por biopsia ganglionar.

Conclusiones

El grupo etario fue de 51-70 años, sin diferencia significativa por sexo. Tos, pérdida de peso, disnea, hiporexia, adenopatías y derrame pleural fueron manifestaciones frecuentes. La exposición al humo de biomasa fue el factor de riesgo más importante. En el 38% de casos el diagnóstico se estableció en estadios avanzados de la enfermedad.

CASOS CLÍNICOS

Adenofibroma pulmonar: reporte de caso y revisión de la literatura.

Palomares Capetillo P, Valencia Sanchez L, Pinedo Onofre J

INER

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Dos semanas previas a su ingreso con distensión abdominal, saciedad temprana, disnea de esfuerzo, tos productiva, expectoración hialina, pérdida ponderal no cuantificada y astenia.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Masculino de 28 años, antecedente de tabaquismo suspendido 6 meses previos a padecimiento, cuadro leve de COVID-19 en noviembre de 2020.

Examen físico

Hombre de edad aparente mayor a la cronológica, con adecuada coloración e hidratación de piel y tegumentos. Cuello sin adenopatías. Torax con síndrome de derrame pleural izquierdo. Abdomen prominente, por pániculo adiposo, sin masas palpables. Extremidades íntegras.

Tratamiento

Se coloca tubo de pleurostomía, sin salida de líquido a la colocación, con salida de material de aspecto mucinoso, por lo que se decide toracotomía, encontrándose lesión subpleural de 15 cm x 10 cm x 20 cm, adherida a hilio pulmonar, se realiza resección parcial de tumor.

Evolución y/o resolución del caso

El paciente cursa con evolución delicada en postquirúrgico, posteriormente con evolución favorable. Es egresado aproximadamente un mes y medio después en buenas condiciones generales. El estudio histológico mostró una lesión bifásica, que consistía en un patrón fibroepitelial en forma de hoja (leaf-like), con componentes estromales y epiteliales. Mediante el estudio de inmunohistoquímica, se demostró positividad del componente epitelial para TTF-1 y EMA, mientras que el componente estromal fue negativo para SMA, S100 y con un índice de proliferación medido por ki67, menor al 20%. Así se confirmó el diagnóstico de Adenofibroma pulmonar con áreas de degeneración mixoide. Se ofreció nueva intervención quirúrgica para reseca tumor residual, sin embargo, paciente no aceptó. El paciente se encuentra vivo a 9 meses del diagnóstico.

Discusión / Conclusiones

El adenofibroma pulmonar es un raro tumor benigno con un componente glandular o epitelial y un componente estromal fibromatoso, ambos histológicamente benignos. Estas lesiones se nombraron así debido a su semejanza a los adenofibromas de la mama y del tracto ginecológico. Las manifestaciones clínicas son vagas e inespecíficas. Usualmente se detecta de manera incidental en estudios de rayos x como lesiones solitarias, en forma de cuña, subpleurales, completamente rodeadas de parénquima pulmonar sin evidencia de adenopatías o atelectasia. El tamaño suele ser de aproximadamente 3 cm en su eje largo.

Referencias

- Vitkovski T, Zeltsman D, Esposito M, Morgenstern N. Pulmonary adenofibroma: cytologic and clinicopathologic features of a rare benign primary lung lesion: Cytologic and Clinicopathologic Features of Lung Lesion. *Diagn Cytopathol.* 2013;41(11):991-6.
- Wang Y, Xiao H-L, Jia Y, Chen J-H, He Y, Tan Q-Y, et al. Pulmonary adenofibroma in a middle-aged man: report of a case. *Surg Today.* 2013;43(6):690-3.
- Lindholm KE, Sansano-Valero I, Rodriguez JL, Ramon Y Cajal S, Moran CA. Pulmonary adenofibromas: A clinico-

pathologic correlation of 13 cases: A clinicopathologic correlation of 13 cases. *Am J Surg Pathol.* 2020;44(7):917-21.

CASOS CLÍNICOS

Manifestaciones pulmonares por cáncer testicular

Lope Choque Y, Coila Cerpa R, Alcca Chalco A

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente varón de 37 años, casado, acude a consulta externa por presentar hace 2 meses, tos seca esporádica y disnea mMRC-1. Los síntomas se intensifican la última semana, presenta tos productiva, disnea mMRC-2, y se agrega dolor en hemitórax izquierdo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

No enfermedades crónicas, ni cáncer familiar, trabaja en construcción civil, agricultor y bebedor social.

Examen físico

Regular estado general, orientado en tiempo, espacio y persona, normohidratado y afebril. PA:110/70mmHg, FC:85/min, FR:18/min, T: 36,2°C, Sat 94%, IMC:26,7. No adenopatías cervicales. Tórax: Pulmones con ruidos respiratorios conservados. Abdomen sin particularidades. Genitales de caracteres normales. Testículo no masas ni doloroso.

Tratamiento

Antitusígenos y medidas de soporte general.

Evolución y/o resolución del caso

Paciente en hospitalización presentó hemoptisis leve, se realiza biopsia pulmonar con diagnóstico de tumor testicular derecho con metástasis pulmonar. Por ello es transferido a Instituto oncológico; actualmente con evolución favorable tomográfica y clínicamente luego de orquiectomía y quimioterapias.

Discusión / Conclusiones

La importancia de este caso, gira en torno a la forma de presentación clínica; un varón de 37 años que debuta con clínica pulmonar, caracterizado por tos y disnea progresiva, agregándose hemoptisis durante su hospitalización; sin sintomatología genital, forma de presentación más frecuente. La ecografía testicular y marcadores tumorales (AFP, β -Hcg) son importantes para el diagnóstico, en el paciente estos marcadores

fueron no contributorios. Los factores de riesgo son múltiples, el paciente no presentó ninguno. La tasa de remisión y supervivencia es mayor al 98% a los 5 años, dato que se corrobora en nuestro paciente con buena respuesta al tratamiento quirúrgico y quimioterápico.

Referencias

Álvarez Moratino B, Angulo Acosta S, Barrio Cortes J, García González G, Domínguez Gordillo A, Alpuente Román JC, et al. Seminoma: puesta al día. 2013;69(1):22-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712013000100004>

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma epinocelular tímico; a propósito de un caso.

Rolando Manuel Coila Cerpa, Pérez F. y Mercado, R Hospital Universitario UAN.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Inicia padecimiento 2 meses previos con pérdida de peso no intencionada, edema en miembros inferiores y fiebre de predominio nocturno. 2 semanas previas a su ingreso se agrega tos, dolor torácico de tipo pleurítico y disnea progresiva a pequeños esfuerzos, motivo por el cual acude a urgencias.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Masculino de 50 años, sin antecedentes de relevancia.

Examen físico

A su ingreso signos vitales TA 100/60, Fr 32 rpm, FC 120 lpm.

Tratamiento

Se clasifica como carcinoma epinocelular en timo Masaoka IV. Se decide iniciar por parte de oncología tratamiento sistémico a base de Carboplatino y Paclitaxel. Es valorado por cirugía cardiotorácica, se consideró enfermedad irresecable por presencia de invasión a grandes vasos, pericardio y pulmón. Se envía a radioterapia.

Evolución y/o resolución del caso

El paciente presenta progresión de la enfermedad a cuarta línea de tratamiento. El paciente con presencia de datos clínicos de insuficiencia cardíaca. Ecocardiograma transtorácico, función biventricular preservada FEVI 52%, dilatación de cavidades derechas, pericardio engrosado. Paciente no candidato a medicamentos antineoplásicos, se inicia tratamiento de fa-

lla cardíaca (furosemina, metoprolol) y se envía a cuidados paliativos. El paciente pierde el seguimiento, posteriormente fallece.

Discusión / Conclusiones

El carcinoma tímico, es considerado una neoplasia poco frecuente y altamente agresiva. Usualmente es diagnosticado en etapas avanzadas. La relevancia de este cáncer radica en que no existen biomarcadores para detección temprana, ni protocolos de tratamiento bien establecidos, al ser un tipo de cáncer raro y muy agresivo, son necesarios estudios prospectivos y protocolizados para guiar la atención adecuada de estos pacientes.

Referencias

Tseng YL. Thymic carcinoma: A rare cancer requiring special attention. *Formos J Surg.* 2011;44(4):136-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fjs.2011.08.007>

CASOS CLÍNICOS

Tumor carcinomatoide bronquial como causa de disnea y tos crónica en mujer adulta; reporte de caso

Estrada Sarabia J, González Aguirre J, Mercado Longoria R

Monterrey, Nuevo León, México, Hospital universitario José Eleuterio González.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Motivo consulta: Disnea y tos irritativa. Femenina de 38 años con historia de 2 años de disnea de medianos y pequeños esfuerzos con sibilancias nocturnas aunado a tos irritativa, disnea al decúbito lateral derecho. Negando fiebre, hemoptisis, y formación de esputo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

AHF: sin datos patológicos, padres aparentemente sanos APNP: Tabaquismo: negado Consumo de alcohol: negado drogas: negado biomasa: negado tatuajes: negado FX: negado QX: colecistectomía en 2011 GyO: G4 A2 P0 C2 menarquia 13 años APP: sin enfermedades previas aparentemente sana.

Examen físico

Tórax: Ambos campos pulmonares bien ventilados, rudeza inspiratoria, sin sibilancias al momento de la exploración, sin crepitantes, sin cambios en la tras-

misión de la voz, sin integración de síndromes pleuropulmonares. Demás campos de exploración sin datos patológicos

Tratamiento

Se comenta con cirugía de tórax para tratamiento quirúrgico curativo por enfermedad localizada sin presencia de metástasis o tumoraciones en otra localización. Clasificación T2N0M0

Evolución y/o resolución del caso

Paciente es conocida por departamento de cirugía torácica quienes explican enfermedad y pronóstico aunado a su estadiaje clínico se decide realizar bronquiectomía con anastomosis termino-terminal, en espera para programación en quirófano.

Discusión / Conclusiones

Los tumores carcinoides bronquiales o que afecten el pulmón se presenta en un 10% de todos los tumores neuroendocrinos, y no es común que tenga una afectación bronquial como presentación primaria de este tipo histológico de tumores, además este tipo de tumoración está asociada a neoplasias endocrinas y más al síndrome de neoplasias endocrinas múltiples tipo 1 (MEN 1), así que como parte del abordaje debe de examinarse y buscar neoplasias en otra zona anatómica. La OMS nos divide estos tumores en 4 tipos histológicos tomando en cuenta número de mitosis, marcadores tumorales y necrosis presente en el tumor, siendo estos tipos histológicos típico, atípico, carcinoma de celular largas y carcinoma de celular pequeñas, siendo el tipo histológico del carcinoma típico el más benigno de todos los tipos histológicos al mantener un bajo número de mitosis, al encontrar una enfermedad bien localizada el tratamiento está orientado a la curación clínica de la paciente siendo este el tratamiento quirúrgico.

Referencias

- Öberg K, Hellman P, Ferolla P, Papotti M. Neuroendocrine bronchial and thymic tumors: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* [Internet]. 2012;23(SUPPL. 7):vii120–3. Mindaye ET, Kassahun M, Tigye G. Bronchial carcinoid tumor in the era of covid-19 pandemic: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;80:105703. Caplin ME, Baudin E, Ferolla P, Filosso P, Garcia-Yuste M, Lim E, et al. Pulmonary neuroendocrine (carcinoid) tumors: European Neuroendocrine Tumor Society expert consensus and recommendations for best practice for typical and atypical pulmonary carcinoids. *Ann Oncol.* 2015;26(8):1604–20.

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma pulmonar. Importancia de lo que no vemos pero sentimos

Guillermo Molinas, Careaga G, Benítez S y Coronel Teixeira R.

Asunción-Paraguay; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM).

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente femenino, 41 años, consulta por disnea a esfuerzos moderados. Cuadro de dos meses de tos con expectoración blanquecina, moderada cantidad, sin estrías de sangre, dolor en epigastrio, silente, intermitente, no relacionada a la ingesta de alimentos que irradia a región interescapular acompañándose de dispepsia, cediendo parcialmente con analgésicos. Un mes antes presenta disnea mMRC 1 que progresa hasta mMRC 3. Pérdida de peso de 25 kg desde inicio de síntomas.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Sin comorbilidades. Fumador pasivo. Antecedentes de neoplasias familiares. Peluquera, usuaria de productos químicos (tintes, fijadores).

Examen físico

Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, crepitantes velcros bilaterales. Abdomen plano, depresible, sin defensa muscular ni dolor a la palpación. No se palpan visceromegalias. Resto del examen físico aparentemente sin datos de valor.

Tratamiento

Medidas generales, tratamiento sintomático.

Evolución y/o resolución del caso

Permanece internada ante sospecha de Enfermedad pulmonar intersticial. Se programa fibrobroncoscopia para toma de biopsia endobronquial. Al ingreso a sala se constata ganglio cervical derecho por lo que se solicitan marcadores tumorales; retorno de valores en rango. Se realiza biopsia y estudio anatomopatológico de adenopatía con informe de Carcinoma metastásico pobremente diferenciado Grado III. Se realiza Inmunohistoquímica obteniendo el siguiente resultado; B-erp 4, citoqueratina 7, Citoqueratina 34BE12; CDX 2, EMA; positivos; P16, P63, TTF; negativos; favoreciendo presencia de diferenciación glandular (carcinoma adenocarcinoma) y sugerente búsqueda de probable origen primario en área digestiva. Paciente con evolución

estacionaria es remitido a centro oncológico especializado para inicio de tratamiento específico.

Discusión / Conclusiones

El carcinoma adenoescamoso está formado por anomalías glandulares y epitelio escamoso. Se observa con frecuencia en el páncreas, pulmones, piel, cuello uterino, vejiga e incluso se podrían extender a ganglios linfáticos u otras partes del cuerpo empeorando el pronóstico. Más frecuente en el sexo femenino con patologías intestinales y del cuello uterino. La TAC de tórax se caracteriza por engrosamiento del intersticio peribroncovascular y nodular de los septos interlobulillares lo que genera dudas en el diagnóstico con la enfermedad pulmonar intersticial, motivo por el cual una detallada anamnesis y un buen examen físico siempre tendrán una gran importancia para el médico y así determinar formas menos invasivas de establecer diagnóstico en la brevedad posible.

Referencias

Hermida Pérez JA, et al. Carcinoma adenoescamoso de pulmón. Med Gen y Fam. 2012;Etberría-Leukuona D, Atenea Iridoy A. Adenocarcinoma de pulmón con patrón de crecimiento lepidico. Revista Española de Casos Clínicos en Medicina Interna. 2020;Moctezuma Velasco C, Patiño Zarco M. Cáncer de Pulmón. Anales de Radiología. 2009.

CASOS CLÍNICOS

Adenocarcinoma pulmonar con mutación ALK en no fumadores

Karla Hernandez, Larrosa A, Santander G y Touya, D.

Servicio de Oncología, Catedra de Neumología, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Mujer 37 años Sana. Tos productiva fiebre disnea de mínimos esfuerzos y adinamia de varias semanas de evolución Peoría clínica a pesar de tratamiento antibiótico por lo que reconsulta en emergencia

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

—.

Examen físico

Lúcida palidez en mucosas, febril, polipneica Pleuro-pulmonar hipoventilación en bases predominio a derecha Abdomen depresible e indoloro

Tratamiento

Alectinib 600mg cada 12

Evolución y/o resolución del caso

Ingresa a Unidad Cuidados Intensivos donde recibe soporte ventilatorio. Se realiza toracocentesis obteniendo atipias en liquido pleural. Abordaje para biopsia de ganglio supraclavicular, cuya anatomía patológica informa: Adenocarcinoma primario pulmonar, inmunohistoquímica: CKc, CK7, CK 5/6, TTF1 nuclear difuso y Napsina positivo. Mutación ALK positivo, EGFR negativo. Excelente respuesta clínica al tercer día de inicio de tratamiento, se desvincula de asistencia ventilatoria. Figura 2

Discusión / Conclusiones

A pesar del predominio del tabaquismo como principal etiología, el cáncer de pulmón también es importante en personas no fumadoras, siendo el adenocarcinoma el estirpe más común en los no fumadores. La quinsa del linfoma anaplásico (ALK) es una variante molecular en el cáncer de pulmón de células no pequeñas que se observa con mayor frecuencia en no fumadores y para el cual se dispone de terapia dirigida, que mejora la supervivencia y calidad de vida. Estos pacientes determinan un desafío clínico, ya que pueden simular procesos infecciosos o linfoproliferativos, retrasando el diagnóstico y tratamiento temprano.

Referencias

Lun S, Schiller JH, Gazdar AF. Lung cancer in never smokers a different disease. Nat Rev Cancer. 2007 Oct;7(10):778-90. Subramanian J, Govindan R. Molecular genetics of lung cancer in people who have never smoked. Lancet Oncol. 2008 Jul;9(7):676-82. Campos-Parr AD, et al. Genotipificación en cáncer de pulmón de células no pequeñas. GAMO Vol. 11 Núm. 1, enero – febrero 2012. Pag 35-40

CASOS CLÍNICOS

Coriocarcinoma pulmonar primario: Reporte de Caso

Carlos Morales Aldana¹, Maynor Palma¹, Edgar Contreras¹, José Miguel Arriola², Juan Pablo de León³, Silvia Ixcot³.

1. Unidad de Neumología, Hospital Roosevelt, Guatemala.
2. Unidad de Cirugía de Tórax, Hospital Roosevelt, Guatemala.
3. Departamento de Patología, Hospital Roosevelt, Guatemala.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Mujer de 23 años sin antecedentes médicos de impor-

tancias, previamente sana. Acude a nuestra institución por hemoptisis no amenazante e historia de emesis en los últimos tres meses con tres pruebas de embarazo positivo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Negado.

Examen físico

No relevante.

Tratamiento

Se realizó videotoracoscopia torácica con lobectomía inferior izquierda. los hallazgos histológicos reportados por patología fueron compatibles con Coriocarcinoma Pulmonar Primario. Se indicó tratamiento quimioterapéutico.

Evolución y/o resolución del caso

Normalizando los niveles de HCG-beta. Presentó adecuada evolución y actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio.

Discusión / Conclusiones

CCP es un tumor de células germinales extragonadal extremadamente raro el cual requiere los siguientes criterios diagnósticos: (1) descartar lesión primaria gonadal, (2) normalización de HCG-beta después del tratamiento y (3) confirmación patológica. Se han establecido algunas teorías: (1) células germinales primordiales que migran al pulmón durante la embriogénesis, (2) alto grado de transformación de neoplasia pulmonar no trofoblástica, (3) metástasis de un coriocarcinoma gonadal primario que remitió espontáneamente y (4) émbolo trofoblástico relacionado con un evento gestacional después de un largo período de latencia. No hay un consenso sobre el tratamiento de pacientes con esta enfermedad. Se ha reportado casos en donde el tratamiento temprano con quimioterapia y resección quirúrgica son la mejor opción para mejorar la supervivencia

Referencias

- Dlewati MM, Gonzalez T, Razi SS, Hussain SF, Bennett J. *Cureus*. 2022;14(2):e21931. Nguyen HT, Hoang HH, Le AT. *Case Rep Oncol*. 2020, 13:923-928. Snoj Z, Kocijancic I, Skof E. *Radiol Oncol*. 2017; 51(1): 1-7. Kim JH, Cha MJ, Kim MK, Chung YJ, Lee EJ. *Cancer Invest*. 2020;38(8-9):493-501.

CASOS CLÍNICOS

Blastoma pleuropulmonar en niños: presentación de 03 casos clínicos

Lizette Marcela Nureña Noriega, Curioso J. y Durand J.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Tres pacientes pre escolares con diagnóstico de blastoma pleuropulmonar, todos con dificultad respiratoria y masas pulmonares al momento de su ingreso

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Caso 1: no antecedentes de importancia. Caso 2: lobectomía superior derecha a los 2 años con diagnóstico de CPAM tipo 1, familiar 2º grado con Rabdomiosarcoma. Caso 3: lobectomía inferior derecha, familiar 2º grado con cáncer de ovario.

Examen físico

Los pacientes tuvieron características clínicas similares, estas fueron: dificultad respiratoria leve a moderada con necesidad de oxígeno, tos seca, hiporexia y fiebre

Tratamiento

En todos los casos se realizó cirugía la cual fue lobectomía del área comprometida asociado a quimioterapia posterior

Evolución y/o resolución del caso

Los 3 pacientes continúan su atención en la Institución con una evolución favorable a pesar del diagnóstico tardío, de los cuales 2 ya no registran lesiones tumorales actualmente, realizándoles seguimiento clínico e imagenológico. El tercer paciente ha iniciado recién quimioterapia.

Discusión / Conclusiones

El Blastoma pleuro pulmonar es una neoplasia maligna de baja incidencia en pediatría, con diferentes formas de presentación clínicas y radiológicas en la mayoría de casos tienen un diagnóstico tardío (1). El personal que atiende este tipo de paciente debe tener en cuenta y conocer la forma de presentación de esta patología ya que un tratamiento precoz influye en el pronóstico, generalmente consta de cirugía radical y quimioterapia (2).

Referencias

1. Mut R, Muro V, Sangüesa C. Blastoma pleuropulmonar en niños: manifestaciones clínicas y radiológicas Radiología. 2008;50:489-94.2. Bisogno G, Sarnacki S, Stachowicz-Stencel T. Pleuropulmonary blastoma in children and adolescents: The EXPeRT/PARTNER diagnostic and therapeutic recommendations Pediatr Blood Cancer. 2021; 68 (4):1-7. 3. Knigh S. et al. Current Management of Pleuropulmonary Blastoma:A Surgical Perspective Children 2019, 6, 86