

CASOS CLÍNICOS

Linfoma tipo MALT pulmonar

Garcés Jerez M, Macías Jalk E, Cadena S, Saltos Garófalo M, Escalante Fiallos E

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente masculino de 60 años, refiere sintomatología respiratoria crónica; tos seca y disnea progresiva.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Neumonía grave con secuelas intersticiales, linfoma MALT gástrico.

Examen físico

Estertores crepitantes en ambos campos pulmonares.

Tratamiento

Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina y vincristina.

Evolución y/o resolución del caso

No refiere sintomatología respiratoria en los controles subsecuentes de neumología.

Discusión / Conclusiones

Se define como una proliferación clonal linfoide que afecta los bronquios o el parénquima de uno o de ambos pulmones. Afecta a hombres y mujeres de mediana o avanzada edad en similar proporción. La mitad de los casos es asintomática y el tumor suele descubrirse accidentalmente en una radiografía de tórax de rutina.

El linfoma pulmonar primario es de presentación poco frecuente y representa solo el 0,5% a 1 % de los procesos tumorales malignos del pulmón. El tratamiento se basa en la quimioterapia, siendo la pauta

con CHOP combinada con la inmunoterapia con anticuerpos anti CD20 (rituximab). Esta patología presenta pronóstico favorable.

Referencias

1. Nazario Dolz, Ana María, Domínguez González, Erian Jesús, García Orozco, Lucas, Matos Tamayo, Modesto, Falcón Vilariño Carlos Linfoma tipo Malt pulmonar: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Revista Cubana de Cirugía [en línea]. 2014, 53(2), 176-181[fecha de Consulta 5 de Marzo de 2023]. ISSN: 0034-7493. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281237144007>
2. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology: Non-Hodgkin's Lymphomas. 2016; Version I: 1211-8. [consultado 1 Feb 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4377-1604-7.00191-3>

CASOS CLÍNICOS

Adenocarcinoma mucinoso primario pulmonar

Macías Jalk E, Cadena S, Saltos Garófalo M, Escalante Fiallos E

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente masculino de 63 años, presenta sintomatología respiratoria crónica; tos con expectoración blanquecina, disnea MMRC III.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

No refiere antecedentes anteriores.

Examen físico

Ruidos respiratorios atenuados globalmente, crepitantes en base pulmonar izquierda.

Tratamiento

En seguimiento por neumología y oncología ya inició tratamiento oncológico.

Evolución y/o resolución del caso

Presenta como complicación tromboembolia pulmonar, infarto pulmonar y hemorragia alveolar, al momento en seguimiento por oncología.

Discusión / Conclusiones

El adenocarcinoma mucinoso (coloide) es una entidad con una frecuencia del 0.25%, y representa una variante bien diferenciada del carcinoma mucinoso, que es difícil de distinguir de una metástasis, y podría ser presentado como el tipo de carcinoma coloide o carcinoma con células en «anillo de sello» con calcificaciones psamomatosas y acompañado por fibrosis e inflamación, observaciones que ayudan a diferenciarla de una metástasis, este tumor representa un patrón histológico inusual en la literatura médica.

Referencias

1. S.H.I. Ou, T. Kawaguchi, R.A. Soo, M. Kitaichi. Rare subtypes of adenocarcinoma of the lung. *Expert Rev Anticancer Ther*, 11 (2011), pp. 1535-1542
2. T. Murai, M. Hara, Y. Ozawa, Y. Shibamoto, S. Shimizu, M. Yano. Mucinous colloid adenocarcinoma of the lung with lymph node metastasis showing numerous punctate calcifications. *Clin Imaging*, 35 (2011), pp. 151-155

CASOS CLÍNICOS

Cavitación como presentación de cáncer pulmonar

Miranda K, Castillo J, Aguilar J, Rios G, Mansilla C

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

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Hombre de 57 años consultó por tos productiva sin predominio de horario, pérdida de peso de 16 libras y astenia de 1 año de evolución, con historia de administración de antibióticos en repetidas ocasiones, pero no presenta mejoría clínica por lo que consulta a nuestro centro.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Índice tabáquico: 15 paquetes/año.

Examen físico

Al examen físico signos vitales dentro de límites normales, se auscultó disminución de entrada de aire en hemitórax izquierdo en región escapular.

Tratamiento

Se realizó cepillado y biopsia de lesión endobronquial, en estudio histopatológico reportan carcinoma de células escamosas.

Evolución y/o resolución del caso

Se clasificó en estadio IV, se inicio tratamiento de quimioterapia y paciente con adecuada evolución.

Discusión / Conclusiones

Carcinoma de células escamosas (SCC) representa aproximadamente el 20% de los casos de cáncer de pulmón. Aunque todos los tipos principales de cáncer de pulmón están significativamente asociados con el tabaquismo, SCC y carcinoma de células pequeñas (SCLC) tienen la asociación más fuerte.¹ Más de dos tercios de los SCC se presentan como nódulos o masas ubicados centralmente dentro del pulmón, que involucran bronquios lobulares o segmentarios. SCC es el grupo histológico que más comúnmente muestra cavitación. Las paredes de estas cavidades malignas suelen tener márgenes irregulares y gruesos mayor a 15 mm. A pesar de estas características clásicamente descritas, un tercio de SCC está presente en la periferia del parénquima como nódulo o masa, generalmente con márgenes irregulares, afectación pleural y sin calcificación. Puede presentarse como neumonía obstructiva y atelectasia, por la localización proximal de estos tumores.¹ El riesgo incrementa con la edad, siendo más frecuente en mayores de 70 años; el tabaco tiene alta asociación con la incidencia de este tumor en hombres y en especial de la etnia afroamericana. Se puede encontrar en pacientes asintomáticos entre el 7 al 10% de los casos, usualmente como hallazgo incidental en estudios rutinarios de imágenes. Los signos y síntomas más frecuentes son tos, hemoptisis y disnea.²

Referencias

- Stephan Altmayer et al. Classification and imaging Findings of Lung Neoplasms. <https://doi.org/10.1053/j.ro.2019.10.002>. 2019 Published by Elsevier Inc.
- Luz Fernanda Sua et al. Carcinoma de células escamosas y patología molecular. Recibido: 10/09/16. Aceptado: 28/09/16. *Revista Colombiana de Neumología* Vol 28 N° 2 | 2016

CASOS CLÍNICOS

Tumor del saco vitelino del mediastino, a propósito de un caso

Lligüisaca Segarra A, Torres Portelles O, Faican Benenaula F

Hospital Vicente Corral Moscoso

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Tos seca de gran intensidad, malestar general, pérdida de peso, disnea de medianos esfuerzos, dolor torácico y fiebre.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

SARS COV 2, en dos ocasiones anteriores. Los TCG representan aproximadamente el 10-15% de las masas del mediastino anterior en adultos.

Examen físico

Frecuencia cardiaca 80 x minuto. Frecuencia respiratoria 28 x minuto. Presión arterial 90/60 mmHg. Temperatura 38 °C.

Tratamiento

El manejo consiste en quimioterapia con posterior escisión de la masa tumoral residual. Los esquemas quimioterapéuticos basados en cisplatino han mostrado resultados significativos.

Evolución y/o resolución del caso

Paciente derivado a SOLCA, para su tratamiento.

Discusión / Conclusiones

Los TCG representan aproximadamente el 10-15% de las masas del mediastino anterior en adultos⁵, se clasifican como TCG seminomatosos o no seminomatosos y estos incluyen el tumor del saco vitelino (YST), el coriocarcinoma, el carcinoma embrionario. La teoría que predomina sobre el origen de los YST se basa en una transformación maligna en el proceso de migración de los remanentes de células germinales (PGC) a la cresta gonadal y los TCG mixtos.⁵ El YST mediastínico en adultos casi solo se encuentra en hombres, con un pico de incidencia entre los 20 y 30 años de edad³, maligno y agresivo, son visualizados en una radiografía o tomografía de tórax, pueden ser localmente invasivos y desencadenar metástasis. En conclusión: tumor poco frecuente, con alta malignidad, crecimiento rápido y mal pronóstico, el diagnóstico por imagen permite caracterización adecuada que sirve para el estadiaje y posterior manejo terapéutico.

Referencias

- Ghigna Rosa-Maria, Thomas Vincent. TUMORES Y PSEUDOTUMORES-MEDIASTINICOS: UNA REVISION EXHAUSTIVA CON ÉNFASIS EN EL ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO. *European Respiratory review*, Vol. 30 Número 162. Disponible en <https://err.ersjournals.com/content/30/162/200309>
- ColmilloZhu, Lixia Wang, Xiaolo Zhai. Tumor primario del saco vitelino del mediastino: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Int J Clin Exp Pathol*. 2020; 13(11): 2772-2777. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7716131/>
- Feger J, Weerakkody Y, Bell D. Tumor del saco vitelino del mediastino. Artículo de Referencia, *Radiopaedia.org* Disponible en <https://radiopaedia.org/articles/mediastinal-yolk-sac-tumour>

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

Identificación de biomarcadores epigenéticos en EPOC y cáncer de pulmón utilizando muestras mínimamente invasivas

Rojas Moreno A, Bermudez Liscano L, Bernal Forigua C, Segorbe D, Martínez-Macías M, Córdoba-Cañero D, Caballero Balle L, Arenas de Larriva M, Rodríguez-Ariza R, Jurado Gamez B, Roldán-Arjona T, Morales-Ruiz T

Hospital Reina Sofía, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Córdoba, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba

Introducción

El cáncer de pulmón representa un problema sanitario de gran magnitud, derivado de su incidencia y de su mortalidad. En general, el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón presenta una gran dificultad debido a que es una enfermedad asintomática en los estadios iniciales, y además comparte muchos de los síntomas con otros tipos de enfermedades pulmonares tales como la enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC). Se ha descrito que esta enfermedad puede compartir patrones genéticos aberrantes comunes con el cáncer de pulmón. En ambas patologías el tabaquismo es un factor de riesgo que incrementa las tasas de incidencia. Existen estrategias de diagnóstico que se basan en la identificación de biomarcadores utilizando biopsia líquida donde se evalúan posibles marcadores procedentes del tejido tumoral como ADN circulante tumoral (ADNct). El objetivo de este proyecto es el desarrollo de una metodología altamente sensible que permita detectar biomarcadores epigenéticos para el diagnóstico temprano de cáncer de pulmón y EPOC utilizando muestras míni-

mamente invasivas (plasma sanguíneo y aire exhalado condensado). Con ello pretendemos incrementar el conocimiento de estas enfermedades y desarrollar herramientas que mejoren su diagnóstico. Para ello, se examinaron los patrones de metilación de los genes RASSF1A, SHOX2, pTGER4 y p16.

Material y Métodos

Acidos nucleicos procedentes de muestras de plasma y condensado de aire exhalado aisladas durante la ejecución de un proyecto de investigación previo. Este proyecto recibió el visto bueno del comité ético y los participantes del estudio firmaron consentimiento informado. Las muestras se agruparon en 4 categorías principales: 1) muestras de individuos sin factor de riesgo; 2) muestras de individuos con factor de riesgo fumadores; 3) muestras de individuos con EPOC; y 4) muestras de individuos con cáncer de pulmón (LuCa). El ADNct fue tratado con bisulfito sódico para posteriormente distinguir el nivel de metilación de los genes de estudio mediante PCR cuantitativa (qMSP).

Resultados

Se procesaron las muestras de ADNct de plasma sanguíneo (n=60), así: 12, grupo control; 18, al grupo fumadores; 17, al grupo EPOC y 13, al grupo LuCa. Los datos preliminares muestran metilación de RASSF1A, SHOX2 y p16 para algunos de los sujetos con diagnóstico de cáncer de pulmón y EPOC. Contrario a lo anterior en pTGER4, no se observó metilación en ningún paciente con cáncer de pulmón, EPOC y fumadores.

Conclusiones

La metilación de RASSF1A, SHOX2 y p16 podrían ser biomarcadores epigenéticos útiles para el diagnóstico del cáncer de pulmón utilizando muestras mínimamente invasivas.

CASOS CLÍNICOS

Presentación atípica de colangio carcinoma

Pérez García J, Linares Pérez J, Contreras E, Palma Cardona M, Castellanos Taracena J

Unidad de Neumología Hospital Roosevelt

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Masculino de 70 años tos seca de 1 año de evolución, asociado a dolor pleurítico, intensidad 6/10 en hemitórax derecho que alivia a la toma de analgésico y dis-

nea mMRC 2. Además aqueja fiebre sin predominio, sudoraciones nocturnas y pérdida de 20 libras de peso en los últimos 6 meses.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Sin antecedentes.

Examen físico

Signos vitales en rango normal, SpO₂: 94%, FIO₂: 21% luce crónicamente enfermo, presenta disminución de amplexión y amplexación del tórax, disminución del frémito táctil y entrada de aire subescapular derecha y estertores crepitantes gruesos.

Tratamiento

El tratamiento se basa en el abordaje quirúrgico oportuno, nuestro paciente que presenta enfermedad metastásica, la terapia sistémica fue basada en quimioterapia paliativa con 5-FU + leucovorin.

Evolución y/o resolución del caso

Falleció a los 2 meses de seguimiento.

Discusión / Conclusiones

El pronóstico de sobrevida de esta enfermedad a 5 años ronda el 10%. El promedio de edad de presentación ronda es la quinta década de vida con un pico de incidencia en mayores de 70 años como nuestro paciente. El ratio de afectación hombre mujer es 1.5 a 1. Este tipo de neoplasia usualmente indolente es agresiva ya que el diagnóstico es tardío por su curso silente en los primeros estadios de la enfermedad, las metastasis pulmonares son raras. En nuestro caso el diagnóstico se orientó por los hallazgos encontrados a nivel pulmonar lo cual motivó a completar más estudios para su patología de base, sin embargo por el estado avanzado de su enfermedad, falleció a los 2 meses de seguimiento.

Referencias

1. Esnaola, N. F., Meyer, J. E., C. S. (2016). Evaluation and management of intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma. *Cancer*, 122(9), 1349–1369. <https://doi.org/10.1002/cncr.29692>
2. Zhai, N., Liu, J., Xu, P. (2020). Pulmonary metastasis of distal cholangiocarcinoma with multiple cavities in bilateral lungs: A case report. *Thoracic cancer*, 11(10), 2998–3000. <https://doi.org/10.1111/1759-7714.13584>
3. Razumilava, N., & Gores, G. J. (2014). Cholangiocarcinoma. *Lancet* (London, England), 383(9935), 2168–2179. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61903-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61903-0)

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma neuroendocrino de pulmón, con manifestación clínica rara

Monzón García J, Contreras E, Palma M, Castellanos J, Linares J

Unidad de Neumología, Hospital Roosevelt

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Mujer de 39 años que consulta por edema facial y en cuello, que aumenta de forma progresiva; refiere también pérdida de peso de 15 libras.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Sin antecedentes de importancia.

Examen físico

Consulta estable hemodinámicamente, con SatO₂ 91%, FC 122 lpm, FR 23 rpm, edema facial y en cuello con circulación complementaria; disminución de la entrada de aire en hemitórax derecho.

Tratamiento

Se brindó tratamiento con Cisplatino + Etopósido.

Evolución y/o resolución del caso

Resuelve síndrome de vena cava (SVC) y egresa 2 días posterior a finalizar tratamiento con buen estado general, con seguimiento en consulta externa.

Discusión / Conclusiones

El tumor neuroendocrino primario pulmonar forma parte de los tumores raros de pulmón. Tiene su origen embriológico en células enterocromafines. Se presentan principalmente con sintomatología inespecífica de pérdida de peso o tos crónica (12%), aunque algunos casos se manifiesta como síndrome carcinoide (1-3%). La manifestación inicial de la paciente presentada fue SVC, lo cual se encuentra en solo 1.8% de los casos de forma inicial. La positividad de CD56, sinaptofisina y TTF1, indica etiología neuroendocrina primaria pulmonar. Por otro lado, Ki67 positivo 100% indica que tumoración es de alto grado, con mal pronóstico a corto plazo. Aunque la neoplasia presentada en este caso sea poco común y menos común aún la manifestación de SVC, debe tenerse siempre en mente al momento del abordaje diagnóstico.

Referencias

Taboada L, López R, García-Herreros L, González D. Experiencia diagnóstica de diez años de tumor neuroendocrino de pulmón en

la Fundación Santa Fe de Bogotá: 2001-2010. Rev Colomb Neumol. 2013; 24 (2): 84-91

Sánchez J. Diagnóstico y tratamiento de los tumores pulmonares neuroendocrinos. Arch Bronconeumol. 2014; 50 (9): 392-396

CASOS CLÍNICOS

Tumor carcinoide atípico endobronquial

Jaquez Carrasco M, Batlle Portela N, Bencosme C, Rodríguez Martínez S

Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS)

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Tos no productiva, singulto, dificultad respiratoria, disnea.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Negados.

Examen físico

Hipoxémico, disneico, afebril, hipoventilación en base pulmonar derecha, disminución del murmullo vesicular, sibilantes espiratorios ipsilateral.

Tratamiento

Criobiopsia con fines de reducir tamaño tumoral y corregir la hipoxemia. A espera de cirugía.

Evolución y/o resolución del caso

Con el diagnóstico de tumor carcinoide atípico endobronquial, el paciente es candidato a resección quirúrgica como tratamiento definitivo. Aquí, el paciente se encuentra en protocolo de estudio por el Dpto. Oncología. Al mismo tiempo, el paciente será sometido a una segunda sesión de crioterapia para reducir tamaño tumoral previo a cirugía definitiva.

Discusión / Conclusiones

Los tumores carcinoideos pulmonares representan menos del 2% de los tumores que afectan el pulmón. Según los criterios OMS, éstos presentan necrosis punteada, de 2-10 mitosis y ki-67 entre 5%-20%.¹ Dentro de la variedad de métodos diagnósticos, la tomografía axial computarizada de tórax sigue siendo de gran utilidad, ya que permite visualizar los tumores carcinoideos periféricos y centrales, el entorno que los rodea, alteración en ganglios y estructuras mediastinales.² La visualización directa del tumor por broncoscopia es un método que permite la toma de biopsia y, en algunos casos, la resección tumoral.² No

obstante, con la técnica de biopsia por congelación el riesgo de sangrado se mitiga, permitiendo la extracción de gran parte del tumor.³ Los tumores carcinoides pulmonares deben de considerarse como diagnóstico diferencial en paciente que presentan cuadro clínico respiratorio recurrente, caracterizado por tos persistente, episodios de hemoptisis, sibilancias, disnea, neumonías a repetición, entre otros pese a recibir tratamiento adecuado. Si bien es cierto que este tipo de neoplasias no son de comportamiento agresivo, su detección y tratamiento temprano mejoran significativamente la calidad de vida de los pacientes. La resección completa del tumor continúa liderando la lista de opciones del tratamiento, ya que es la opción curativa definitiva.

Referencias

- Pelosi G, Sonzogni A, Harari S, Albini A, Bresaola E, Marchiò C, Massa F, Righi L, Gatti G, Papanikolaou N, Vijayvergia N, Calabrese F, Pappotti M. Classification of pulmonary neuroendocrine tumors: new insights. *Transl Lung Cancer Res.* 2017 Oct;6(5):513-529. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5653522/>
- Jonathan D. Cogen, Jonathan Swanson, Thida Ong, "Endobronchial Carcinoid and Concurrent Carcinoid Syndrome in an Adolescent Female", *Case Reports in Pediatrics*, vol. 2016, ID de artículo 2074970, 3 páginas, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/2074970>
- Aktas Z, Gunay E, Hoca NT, Yilmaz A, Demirag F, Gunay S, Sipit T, Kurt EB. Endobronchial cryobiopsy or forceps biopsy for lung cancer diagnosis. *Ann Thorac Med.* 2010 Oct;5(4):242-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2954380/>

CASOS CLÍNICOS

Linfoma pulmonar asociado a tejido linfoide marginal extranodal

Linares J, Palma M, Contreras E, Castellanos J, de León J

Departamento de patología, Hospital Roosevelt, Unidad de neumología, Hospital Roosevelt

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Mujer de 41 años con disnea MMRC 1 de dos meses de evolución.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Sin antecedentes patológicos. Fumadora activa, 18 paquetes año.

Examen físico

Signos vitales dentro de límites normales. Constitu-

ción endomórfica, IMC 43 kg/m². Resto del examen físico sin anomalías.

Tratamiento

Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona.

Evolución y/o resolución del caso

actualmente estable. Con seguimiento por consulta externa en Neumología y Hemato-Oncología.

Discusión / Conclusiones

Debido a antecedente de tabaquismo y hallazgos tomográficos se consideró inicialmente probabilidad diagnóstica de carcinoma de células escamosas. Fue necesaria segunda revisión de biopsias asociada a Inmunohistoquímica para confirmación de diagnóstico. Linfoma pulmonar primario es una manifestación rara de los tumores pulmonares, representa < 0.5% de las masas pulmonares, < 1% de todos los linfomas y 3% de los linfomas extranodales. La presentación clínica varía desde asintomática hasta presentación vaga con tos, dolor torácico o disnea. Los estudios de imágenes pueden ser no concluyentes llegando a presentar patrones desde consolidación con broncograma, opacidades de vidrio despulido hasta nódulos y masas. La respuesta clínica y supervivencia de los pacientes a 5 y 10 años de 90% y 70%.

Referencias

- Piña-Oviedo S, Weissferdt A, Kalhor N, Moran CA. Primary Pulmonary Lymphomas. *Advances in anatomic pathology.* 2015. *Adv Anat Pathol* 2015;22:355-375
- Sanguedolce F, Zanelli M, Zizzo M, Bisagni A, Soriano A, Cocco G, et al. Primary pulmonary B-cell lymphoma: A review and update. *Vol. 13, Cancers.* MDPI AG; 2021. p. 1-32.
- Cadranel J, Wislez M, Antoine M. Primary pulmonary lymphoma. *European Respiratory Journal.* 2002 Sep;20(3):750-62.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Revisión sistemática de la literatura de adenocarcinoma mucinoso de pulmón: clínica, biología molecular y desenlaces

Triana I, Aguirre A, Segovia J, Garcia M, Cantor E, Pino L, Esguerra G, Roa J

Fundación Santa Fe de Bogotá

Introducción

El adenocarcinoma de pulmón productor de mucina tiene una incidencia baja por lo que la información so-

bre sus desenlaces clínicos es controversial. La principal literatura se basa en series de casos. El objetivo de este estudio fue unificar los casos descritos en la literatura, para describir las características clínicas, moleculares y los desenlaces que permitan elaborar estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Material y Métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en Pubmed, Cochrane y Google Scholar de casos clínicos con biopsia confirmatoria de adenocarcinoma de pulmón productor de mucina, durante los últimos 20 años. Se elaboró un análisis descriptivo con homogeneización de variables y posteriormente un análisis inferencial de comparación de medianas para los desenlaces de supervivencia.

Resultados

En la literatura mundial se encontraron 660 casos de adenocarcinoma de pulmón productor de mucina. Con un promedio de edad de 62 años. 45% hombres y 55% mujeres, 43% exposición a cigarrillo. A nivel histológico 39% eran positivos para TTF1 y 70% para napsina A. La principal ubicación fue en lóbulos inferiores 75%, un 25% el hallazgo imagenológico fue masa con consolidación y 14% se diagnosticaron inicialmente como neumonía. Solo un 20% de los casos fueron positivos en FDG-PET/CT. El 67% en estadio I-III. Con respecto a la biología molecular se encontró: EGFR 1-5%, ALK 1.5-3%, KRAS 60% (Predominio G12C), BRAF 1.5%, ROS1 0%, Gen de fusión NRG1 7%. En desenlaces clínicos, ninguna de las series de casos reportó una diferencia estadísticamente significativa entre tiempo libre de progresión y supervivencia global al comparar contra adenocarcinoma de pulmón no mucinoso. Una serie de casos de 36 pacientes reporta peores desenlaces clínicos con ITK, y en esta misma serie de casos se reportan con pemetrexed una ORR de 36% vs 19% en no mucinoso y respuesta parcial de 36% vs 19% en no mucinoso.

Conclusiones

El adenocarcinoma de pulmón mucinoso presenta características clínicas y moleculares diferentes al adenocarcinoma no mucinoso, esto plantea la hipótesis de posibles blancos terapéuticos que puedan impactar en supervivencia, y se propone que el abordaje diagnóstico debe ser diferente, por lo que surgen ciertas recomendaciones para generar una adecuada aproximación diagnóstica: un resultado de TTF1 negativo o un PET/CT negativo no debería excluir el

diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón. Principal diagnóstico diferencial con neumonía y tener en cuenta consolidación en lóbulo inferior. Mutación en KRAS G12C puede ser una ayuda diagnóstica para diferenciar de un adenocarcinoma de páncreas dado que en estos sus principales componentes son KRAS G12R, CK20 y CDX2. Ausencia de mutaciones en EGFR, ALK y poca expresión de PDL1 orientan más hacia el componente mucinoso. La familia de las glicoproteínas de mucinas pueden ser blancos terapéuticos para estos pacientes.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Epidemiología del mesotelioma maligno pleural en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, experiencia de 10 años de seguimiento

Guillen M, Galvez-Nino M, Mejia P, Mas L, Amorin E

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Introducción

El mesotelioma maligno pleural es una neoplasia agresiva y de difícil manejo por lo que está asociada a un pobre pronóstico, a pesar de que históricamente es considerada una enfermedad rara se ha descrito un incremento en su incidencia en los últimos años, sin embargo, la descripción de sus características epidemiológicas, clínicas y patológicas es limitada, más aun en Latinoamérica.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes portadores de mesotelioma maligno pleural diagnosticados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante los años 2004 a 2013, en donde se evaluaron características clínicas, patológicas, radiológicas y de sobrevida. Todos los datos fueron colectados de las historias clínicas.

Resultados

Se estudiaron 112 pacientes, con una edad promedio de 62.3 años (38 a 88 años), el mayor número de casos con edades entre los 45 y 64 años (50.0%), respecto al sexo 40 (35.7%) fueron mujeres y 72 (64.3%) varones. Del total de pacientes hubo 22 (19.6%) fumadores, 7 (6.3%) cocinaban con leña, 6 (5.4%) con exposición a asbestos y 2 (1.8%) con tuberculosis. El tiempo de enfermedad promedio fue de 4.4 meses (1 a 24 meses). Con respecto a síntomas, el más frecuente fue dolor en 68 (60.7%) pacientes, segui-

do de tos en 61 (54.5%) pacientes y dificultad respiratoria en 48 (42.9%) pacientes. Con relación a los signos, el más frecuente fue derrame pleural presente en 71 (63.4%) pacientes. A nivel radiológico, los hallazgos más frecuentes fueron el engrosamiento pleural en 41 (36.6%) pacientes seguido de derrame pleural en 31 (27.7%) pacientes y la presencia de masa en 29 (25.9%) pacientes. Respecto a los hallazgos histológicos, el tipo epitelioide se encontró en 79 (70.5%) pacientes seguido por el tipo sarcomatoide en 8 (7.1%) pacientes. Sobre el tratamiento, 9 (8.0%) pacientes fueron sometidos a pleuroneumectomía y 103 (91.9%) no se sometieron a cirugía, así mismo, 54 (48.2%) pacientes llegaron a recibir tratamiento sistémico en base a sales de platino y 18 (16.1%) pacientes radioterapia. Finalmente, sobre la supervivencia global a los 12, 36 y 48 meses se estimó en 55.8%, 13.3% y 13.3%, respectivamente.

Conclusiones

Los pacientes con mesotelioma pleural maligno atendidos en nuestra institución tienen una baja frecuencia de exposición a asbestos, sin embargo, las características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas son concordantes a lo reportado en la literatura.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Utilidad de la biopsia pleural cerrada guiada por ecografía en pacientes con derrame pleural maligno.

Robertiz M, Arteta A, Bittner H, Cortez M

Hospital Universitario Dr. Luis Gomez Lopez.

Introducción

El derrame pleural es una patología común en el área de Neumonología, su lista de causas es extensa, sin embargo, las neoplasias y las infecciones pleurales son una de las principales en derrame pleural de tipo exudado. El análisis del líquido pleural es crucial para el diagnóstico, aun así, en gran porcentaje de los casos es necesario realizar otros procedimientos. La toracoscopia se considera el estándar de oro, método de mayor costo y riesgos. La biopsia pleural con aguja cerrada tiene menor rendimiento diagnóstico, pero con el uso de la ecografía torácica como guía esto podría aumentar basándose en la identificación de engrosamiento pleural y tomando en cuenta los sitios con mayor diseminación de metástasis. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la biopsia pleural cerrada con aguja de Abrams guiada

por ecografía para el diagnóstico de derrame pleural maligno.

Material y Métodos

El siguiente trabajo es un estudio retrospectivo, en el que se extrajo información de una base de datos de pacientes con derrame pleural. Se incluyeron 124 pacientes con derrame pleural de tipo exudado. Se tomó como criterio de exclusión aquellos diagnosticados mediante estudio de líquido pleural por toracocentesis (citología positiva, niveles de ADA), como criterio de inclusión pacientes a los que se les realizó biopsia pleural guiada por ecografía. El procedimiento fue realizado por médico Neumónologo especialista. Se escogió para la toma de biopsia áreas de la pleura costal más cercanas a la base del hemitórax con la sonda convexa y áreas de engrosamiento pleural con sonda lineal. Luego de escoger el sitio para la toma de muestra y previo consentimiento informado se realiza procedimiento con aguja de Abrams. Se tomaron 6 muestras las cuales se enviaron a laboratorio de anatomía patológica.

Resultados

Se realizó biopsia pleural cerrada guiada por ecografía a 62 de los pacientes con derrame pleural las cuales reportaron en 67.7% (n=42) resultado positivo para malignidad, 20,9% (n=13) con resultados de pleuritis inespecífica, en 3 casos se determinó como falso negativo y 11.2 % derrame pleural benigno en este caso tuberculosis pleural. Se estimó un VPP de 100% con una especificidad de 100% y VPN de 76% con una sensibilidad del 93.3% en el diagnóstico de derrame pleural maligno.

Conclusiones

La biopsia pleural cerrada con aguja de Abrams guiada por ecografía, con una elección minuciosa del sitio de la biopsia, puede ser considerado como procedimiento diagnóstico en pacientes con derrame pleural aun cuando se sospeche de malignidad.

CASOS CLÍNICOS

Metástasis endobronquial de cáncer papilar de tiroides

Torres M, Rojas R, Londoño J, Sanchez E, Saavedra A

Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de

Cancerología

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Motivo de consulta: tos con sangre. Cuadro clínico: hombre de 81 años con cuadro de 1 mes de evolución de tos con expectoración hemoptoica, asociado a incremento de disnea mMRC 3. Síntomas: dolor en reja costal derecha.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Antecedentes patológicos carcinoma papilar de tiroides T3B N1b M1 en estadio IV con compromiso metastásico pulmonar mediastino y poliostótico en reja costal escápula izquierda e ilíaco derecho recibió radioterapia en cuello y hueso ilíaco derecho y yodoterapia. Farmacológicos: levotiroxina hidromorfona. Quirúrgicos: tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar. Tóxico alérgicos: niega. Familiares: niega. Ocupacionales: agricultor.

Examen físico

Signos vitales: PA: 118/70 FC: 72 lpm FR: 19 rpm T: 36°, SO₂: 90% FiO₂: 0.21. Cabeza y cuello: mucosas húmedas normocrómicas, no otras alteraciones no estridor. Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar izquierdo, sibilancias espiratorias en hemitórax izquierdo. Abdomen sin alteraciones. Extremidades: sin alteraciones. Neurológico: sin alteraciones.

Tratamiento

Se realiza colocación de stent autoexpandible en bronquio fuente izquierdo con permeabilidad y control de hemoptisis.

Evolución y/o resolución del caso

Se lleva a broncoscopia flexible con evidencia de colapso de bronquio fuente izquierdo de 70% y masa irregular con sangrado en capa escaso, en segundo tiempo se realiza debulking a través de broncoscopia rígida con permeabilización del 90% del bronquio, cauterización con argón plasma y posterior colocación de stent autoexpandible en bronquio fuente izquierdo por infiltración de pared bronquial y alta probabilidad de nuevo colapso.

Discusión / Conclusiones

Las metástasis endobronquiales se presentan aproximadamente entre un 2 a 5%, siendo el reporte de origen tiroideo de 2.6%, planteando un desafío diagnóstico y pronta respuesta de manejo por la presentación de hemoptisis; adicionalmente este caso presenta otras metástasis inusuales como metástasis a duodeno, reja costal, escápula y hueso ilíaco que generan mayor morbilidad al paciente y peor pronóstico vital.

Referencias

1. Chen WH, Wang YH, Lu YC, Huang CC, Wong SL. Endobronchial metastasis from an occult papillary thyroid carcinoma: a case report. *Changcheng Yi Xue Za Zhi*. 1998 Jun;21(2):200-5.
2. Nomori H, Horio H, Mimura T, Morinaga S. Massive hemoptysis from an endobronchial metastasis of thyroid papillary carcinoma. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1997 Aug;45(4):205-7. doi: 10.1055/s-2007-1013725

CASOS CLÍNICOS

Tumor fibroso solitario: diagnóstico y manejo quirúrgico - reporte de casos

Quintero M, Solano M, Rodríguez K, Carvajal J

Intorax

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Se documentan dos casos de pacientes con neoplasias en tórax. Caso 1: femenina de 73 años que ingresó en noviembre de 2022 con clínica de larga data caracterizada por dolor torácico, disnea y requerimiento de oxígeno permanente. Caso 2: femenina de 58 años que ingresó al servicio de urgencias en febrero de 2022 con clínica de 1 mes de evolución, dada por disnea de pequeños esfuerzos y dolor torácico.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Caso#1 Patológicos: HTA. Farmacológicos: valsartán. Caso #2 Sin antecedentes médicos relevantes.

Examen físico

Datos positivos en exploración física. Caso #1 murmullo vesicular disminuido en el pulmón derecho, asociado a signos de dificultad respiratoria dado por tirajes intercostales. Sin signos de hipoperfusión. Caso #2 murmullo vesicular disminuido y crépitos finos apicales en el lóbulo derecho y se evidenciaron signos de dificultad respiratoria y tirajes intercostales.

Tratamiento

Ambos casos fueron manejados por medio de resección por toracotomía anteroposterolateral, realizando una incisión de aproximadamente 25 cm. El estudio histopatológico reveló comportamiento maligno en la neoplasia extirpada en la paciente del caso #2, mientras que el comportamiento de la masa del primer caso era de carácter benigno.

Evolución y/o resolución del caso

Ambas pacientes se encuentran en proceso de recuperación y adaptación respiratoria. La paciente del Caso #2 está a la espera de una valoración por oncología para definir nuevas conductas.

Discusión / Conclusiones

En ambos casos se emplearon marcadores inmunohistoquímicos como: CD34, STAT6, DESMINA y KI67 5%. Los tumores fibrosos solitarios en un 78% de los casos son de comportamiento benigno, no obstante, alrededor del 12% de estas neoplasias son de carácter maligno. El resultado de la inmunohistoquímica del Caso #2 lo cataloga como un tumor fibroso solitario con características de malignidad, por eso, es de vital importancia el uso de herramientas como la tinción inmunohistoquímicas para determinar la naturaleza de este tipo de patología, porque a pesar de que la evolución clínica, presentación y características macroscópicas de las masas eran similares, su comportamiento celular era totalmente distinto. El análisis de este caso nos permite resaltar la relevancia de las herramientas diagnósticas moleculares, para el diagnóstico, tratamiento y estadificación de la patología neoplásica torácica.

Referencias

1. Briselli M, Mark EJ, Dickersin GR. Tumores fibrosos solitarios de la pleura: ocho nuevos casos y revisión de 360 casos en la literatura. *Cáncer* 1981; 47:2678–2689
2. Gold JS, Antonescu CR, Hajdu C, et al. Correlatos clinicopatológicos de tumores fibrosos solitarios. *Cáncer* 2002; 94:1057–1068
3. Dango S, Kirschbaum B, Passlick B. Fibroma solitario de la pleura: hallazgos clínicos y pronóstico [en alemán]. *Zentralbl Chir* 2008; 133:227–230

CASOS CLÍNICOS

Activador tisular de plasminógeno intrapleural en derrame pleural maligno tabicado

Arana R, Guardia E, Vidal S, Iberico C

Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

TE: 4 meses. Mujer de 59 años con dificultad para respirar asociado a dolor pleurítico en hemitórax izquierdo. En la última semana exacerbación de los síntomas, mas tos seca exigente por lo que acudio a emergencia. Negó fiebres o escalofríos.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Adenocarcinoma de canal anal invasivo mas metástasis pulmonar EC IV.

Examen físico

FC: 115 lpm FR: 28 rpm PA: 125/72 T: 36.9 SpO₂: 96% a FiO₂: 28%. Pulmones: signos de dificultad respiratoria más abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo.

Tratamiento

Se coloca cateter intrapleural (IPC) de 14F con drenaje de 300 mililitros inmediatamente, y al día siguiente 200 mililitros pero con radiografía de tórax con mejoría parcial y persistencia de sintomatología. Luego se evidencia IPC disfuncionante, por lo que se decide cambiar IPC 28F y administrar activador tisular de plasminogeno (t-PA) intrapleural en 4 dosis de 5 miligramos cada 12 horas.

Evolución y/o resolución del caso

Venticuatro horas despues de la primera dosis de t-PA la paciente dreno un total de 600 mililitros de líquido serohemático. Cuarenta y ocho horas despues de la administración inicial de t-PA (un total de cuatro dosis), se drenaron 800 mililitros adicionales. Volumen total de 1400 ml post t-PA. Imagenología control con resolución casi completa.

Discusión / Conclusiones

La decorticación con cirugía toracoscópica asistida por video es la terapia que ofrece un mejor abordaje de la cavidad pleural, pero como es invasiva, existen estrategias menos invasivas como el uso de t-PA intrapleural mediante IPC recomendado en el estudio MIST-2 en infecciones pleurales. Nuestro reporte

de caso tiene como objetivo contribuir en la evidencia que el uso de t-PA puede ser eficaz en los pacientes con derrames pleurales malignos. La paciente recibió 4 dosis de t-PA se observaron mejoras en los hallazgos radiográficos, el alivio sintomático y el rendimiento general del catéter pleural de gran calibre. **Conclusiones:** el uso de t-PA en pacientes con EPM es seguro y eficaz.

Referencias

1. Chung C-L, Yeh C-Y, Sheu J-R, Chen Y-C, Chang S-C. Repeated thoracenteses affect proinflammatory cytokines, vascular endothelial growth factor, and fibrinolytic activity in pleural transudates. *Am J Med Sci* [Internet]. 2007 [citado el 31 de marzo de 2023];334(6):452-7. Disponible en: [https://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629\(15\)32413-7/fulltext](https://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629(15)32413-7/fulltext)
2. Rahman NM, Maskell NA, West A, Teoh R, Arnold A, Mackinlay C, et al. Intrapleural use of tissue plasminogen activator and DNase in pleural infection. *N Engl J Med* [Internet]. 2011;365(6):518-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1012740>

CASOS CLÍNICOS

Adenocarcinoma de pulmón con patrón de crecimiento lepidico en estadio clínico IB

Mansilla C

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente consulta por disnea y tos seca con Reumatología, quienes solicitan TAC de tórax (Figura 1) evidenciando en segmento posterior de lóbulo inferior derecho una lesión de bordes irregulares de 1.9 x 2.4 x 3.4 cm, por lo que refieren.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

El cáncer de pulmón es una de las principales causas de muerte en el mundo, constituyendo uno de los problemas de salud con mayor mortalidad debido a que su diagnóstico se realiza en estadios avanzados. La incidencia incrementa a partir de los 50 años y ha ido en aumento en las últimas décadas. Antecedentes de artritis reumatoide tratado con prednisona 5 mg/día, hidroxiquina 200 mg/día y recibió terapia biológica con tocilizumab. Mastectomía con colocación de implantes por antecedente familiar de CA de mama.

Examen físico

El examen físico de ingreso se encontró normal.

Tratamiento

Por lo que se presenta a Cirugía de Tórax quienes realizan lobectomía inferior derecha, la cual reporta hallazgo de adenocarcinoma invasivo con patrón lepidico, con ganglios linfáticos y bordes de pieza quirúrgica libres de lesión.

Evolución y/o resolución del caso

Paciente egresa estable y es referida a Oncología para seguimiento.

Discusión / Conclusiones

El patrón de crecimiento lepidico se manifiesta sobre la superficie alveolar sin invasión de estructuras subyacentes. El estadiaje TNM coloca como estadio IB una lesión > 3 cm, pero < 5 cm sin nódulos ni metástasis, el tratamiento en estos estadios es quirúrgico. Se presenta este caso ya que el cáncer pulmonar tiene una mortalidad alta al momento del diagnóstico, siendo infrecuente el tratamiento curativo por encontrarse casi siempre en estadios avanzados.

Referencias

- Akhtar Z, Laageide L, Robles J, Winters C, Wall GC, Mallen J, et al. Unusual presentation of lepidic adenocarcinoma in a healthy female. *BMC Pulm Med* [Internet]. 2022;22(1):197. Consultant Interventional Pulmonologist, Yashoda Hospital, Secunderabad. A rare case of adenocarcinoma of the lung in a young non-smoker male: A case report. *J Med Sci Clin Res* [Internet]. 2023;11(01).

CASOS CLÍNICOS

Proteinosis alveolar como diagnóstico diferencial de adenocarcinoma mucinoso pulmonar

Londono J, Moreno M, Torres C, Ramirez L, Sánchez E

Hospital Universitario Nacional de Colombia

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente mujer de 57 años, no fumadora con antecedente de hipertensión arterial. Ingresa remitida de otra institución por cuadro de 18 meses de tos seca que en los últimos meses se ha hecho productiva. El paciente no refiere disnea, pero sí pérdida de peso no intencionada.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Patológicos: hipertensión arterial; inmunizaciones: Sars cov2 Pfizer 2/2 refuerzo Moderna.

Examen físico

TA 136/72/93 mmHg, FC 83 lpm, FC 19 rpm, satO₂ 95% cánula nasal 2 l, t: 36.5°C. Pulmones ventilados, murmullo vesicular conservado, estertores en ambos campos pulmonares, no hipocratismo.

Tratamiento

21/12/2022 Llevada a lavado pulmonar fallido, no se logra adecuada extracción de material proteináceo alveolar. 24/11/2022 Lobectomía segmentaria por toracoscopia biopsia adenocarcinoma mucinoso invasor de pulmón de patrón lepidico (80%), papilar (15%) y acinar (5%). 10/12/2022 Paciente femenina de 57 años con adenocarcinoma mucinoso invasor de pulmón de patrón lepidico (80%), papilar (15%) y acinar (5%), en paciente sin aparentes factores de riesgo, en quien se considera posible alteración en biología molecular del 30%, con probabilidad de tratamiento dirigido. Se considera paciente con tumor estadio IVa, quien se beneficia de tratamiento con intención paliativa con premetedex y carboplatino, Pendiente FGR, ALK y PD1 en sangre periférica y tejido.

Evolución y/o resolución del caso

Paciente regresa a su ciudad, no se tienen datos de seguimiento.

Discusión / Conclusiones

El adenocarcinoma invasivo es un subtipo de tumor pulmonar bien diferenciado, periférico y de crecimiento a través de los septos alveolares¹ presentan tinción de PAS positiva en los lagos de mucina³, razón por la cual los resultados de la biopsia transbronquial llevaron al diagnóstico erróneo inicial de proteinosis alveolar. Este caso demuestra una vez más la importancia del análisis de diagnóstico diferencial en patología oncológica pulmonar, la tinción PAS positiva reduce el espectro a pocos diagnósticos en patología pulmonar y uno de ellos a tener en cuenta de manera obligatoria es el adenocarcinoma mucinoso dada su difícil sospecha y diversas formas de presentación.

Referencias

1. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR, Yatabe Y, et al. International association for the study of lung cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society international multidisciplinary classification of lung adenocarci-

noma. Journal of Thoracic Oncology. 2011;6(2):244–85.

2. Barsky SH, Cameron R, Osann KE, Tomita D, Carmack Holmes E. Rising incidence of bronchioloalveolar lung carcinoma and its unique clinicopathologic features. Cancer. 1994;73(4):1163–70.3.Shah RN, Badve S, Papreddy K, Schindler S, Laskin WB, Yeldandi A V. Expression of cytokeratin 20 in mucinous bronchioalveolar carcinoma. Hum Pathol. 2002;33(9):915–20.

CASOS CLÍNICOS

Tumoración pleural de origen mesenquimatoso: una entidad poco sospechada

Cedillo Huerta H, Nañez Terreros H, Rendón Ramírez E, Treviño García K, Treviño Salinas M

Hospital Universitario José Eleuterio Gonzáles

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Masculino de 71 años inició su padecimiento un mes previo al presentar dolor torácico localizado en hemitórax derecho de tipo pleurítico 6 / 10 acompañado de tos seca, disnea progresiva y pérdida de peso no intencionada de 10 kg. Negó fiebre, hemoptisis, edema de miembros inferiores, ortopnea ni disnea paroxística nocturna.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Originario de Galeana, agricultor con antecedentes de biomasa + 90 hrs. / semana.

Examen físico

A su ingreso se identificó una presión arterial de 110/80 mmHg, frecuencia cardiaca en 132 lpm, frecuencia respiratoria en 26, saturación de 91% a aire ambiente, afebril. A la exploración de tórax se evidencia amplexión y amplexación disminuida en hemitórax derecho, murmullo vesicular disminuido en 2 / 3 inferiores y mate a la percusión del mismo lado y transmisión de la voz aumentada.

Tratamiento

Se envía a patología una biopsia pleural guiada por Ultrasonido (US) donde se reporta Tumor Fibroso Solitario (TFS) STAT 6 +.

Evolución y/o resolución del caso

Se comenta caso con el servicio de cirugía cardiotorácica para valoración de resección quirúrgica.

Discusión / Conclusiones

El TFS es una neoplasia infrecuente mesenquimato-sa fibroblástica que pueden medir desde < 1 cm hasta > de 40 cm. Se presentan con mayor frecuencia (50 – 70 %) como tumoraciones extratorácicas que pueden incluir el sistema nervioso central y permanece como un diagnóstico poco sospechado cuando se encuentran en el espacio pleural. Ocurre con una frecuencia de 2.8 por 100,000 personas y hasta el 2005 sólo se habían reportado 900 casos en la literatura representando < 2 % de todos los tumores pleurales. No existe una asociación conocida con la exposición a la radiación, tabaco, asbesto u otros tóxicos, y no se conocen factores de riesgo heredados predisponentes. El Transductor de Señal y Activador de la Transcripción 6 (STAT6) es altamente sensible (98%) y específico (85%) para TFS. La resección quirúrgica completa con márgenes negativos en bloque es el pilar de tratamiento del TFS y deben de ser sospechados y diagnosticados de manera oportuna para evitar sus complicaciones locales y a distancia.

Referencias

- Ríos-Pascual Silvano, Vázquez-Minero Juan Carlos, Garza-Jiménez Guillermo Oscar, López-Luna José de Jesús, Islem-Gamboa Tania. Tumor fibroso solitario de la pleura: Factores asociados a comportamiento maligno y recidiva. Experiencia institucional. *Neumol. cir. torax* [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2023 Abr 15]; 78(1): 25-31
- Chick, J. F., Chauhan, N. R., & Madan, R. (2013). Solitary fibrous tumors of the thorax: nomenclature, epidemiology, radiologic and pathologic findings, differential diagnoses, and management. *AJR. American journal of roentgenology*, 200(3), W238–W248.

CASOS CLÍNICOS

La metástasis a colon de un cáncer de pulmón tratado con inmunoterapia neoadyuvante

Hernández A, Cantor E, Murillo J, Triana I, Sáenz López A

Fundación santa Fe de Bogota

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente femenina de 44 años con diagnóstico de adenocarcinoma en pulmón de célula no pequeña T2N2M0 estadio IIIA, fuertemente positivo para PD-L1 con expresión del 90%. EGFR y ALK: negativo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Con antecedentes de un tumor neuroendocrino de recto en 2019; un adenocarcinoma de pulmón en 2021, y es portadora de una mutación germinal en el gen MUTYH.

Examen físico

Hemodinamicamente estable, sin hallazgos relevantes al examen físico.

Tratamiento

Tratamiento basado en biología molecular del tumor en un estadio IIIA, inmunoterapia + quimioterapia, basados en la alta expresión del biomarcador PD-L1. La combinación de pembrolizumab y pemetrexed logró una respuesta completa y la paciente se encuentra en seguimiento por genética oncológica. Se destacó la importancia de considerar el riesgo de toxicidad inmunorelacionada al utilizar una segunda inmunoterapia.

Evolución y/o resolución del caso

La paciente se encuentra en seguimiento encontrándose asintomática con un ECOG 0, sin evidencia de enfermedad en PET-TAC de febrero de 2023. Fue valorada por asesoría genética oncológica por mutación germinal en Mutyh, quienes consideran es portadora de enfermedad más no padece la enfermedad, por lo que no recomendaron ningún tratamiento o seguimiento específico.

Discusión / Conclusiones

La paciente joven del caso presentaba tumores metacrónicos, con antecedentes de tumor neuroendocrino de recto y adenocarcinoma de pulmón, y portadora de una mutación germinal en el gen MUTYH. Se aplicó un tratamiento basado en biología molecular del tumor en un estadio IIIA, con inmunoterapia en combinación con quimioterapia, basados en la alta expresión del biomarcador PD-L1. Durante la adyuvancia con Nivolumab, se documentó la presencia de 2 lesiones metastásicas en el colon. La combinación de pembrolizumab y pemetrexed logró una respuesta completa y la paciente se encuentra en seguimiento por genética oncológica. Se destacó la importancia de considerar el riesgo de toxicidad inmunorelacionada al utilizar una segunda inmunoterapia. No existen recomendaciones clínicas específicas para el tratamiento del cáncer de pulmón relacionado con la mutación del gen MUTYH.

Referencias

Duma N, Santana-Davila R, Molina JR. Non-Small Cell Lung Cancer: Epidemiology, Screening, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 Apr 15];94(8):1623–40. Available from: <http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025619619300709/fulltext>

Provencio M, Nadal E, Insa A, García-Campelo MR, Casal-Rubio J, Dómine M, et al. Neoadjuvant chemotherapy and nivolumab in resectable non-small-cell lung cancer (NADIM): an open-label, multicentre, single-arm, phase 2 trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2023 Apr 15];21(11):1413–22. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S1470204520304538/fulltext>