

Caso Clínico del Mes

Enero 2016

Dr. Rolando Reyna

Dr. Arnulfo Gardellini

Hospital Santo Tomás

Ciudad Panamá, Panamá



DEPARTAMENTO DE
Imágenes • ALAT
imagenes@alatorax.org



CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 52 años historia de un año de evolución de tos productiva esporádica, sin otros síntomas asociados. Como antecedentes refiere hipertensión arterial en tratamiento. Niega alergias, consumo de cigarrillos o exposición a contaminantes de interés patológico.

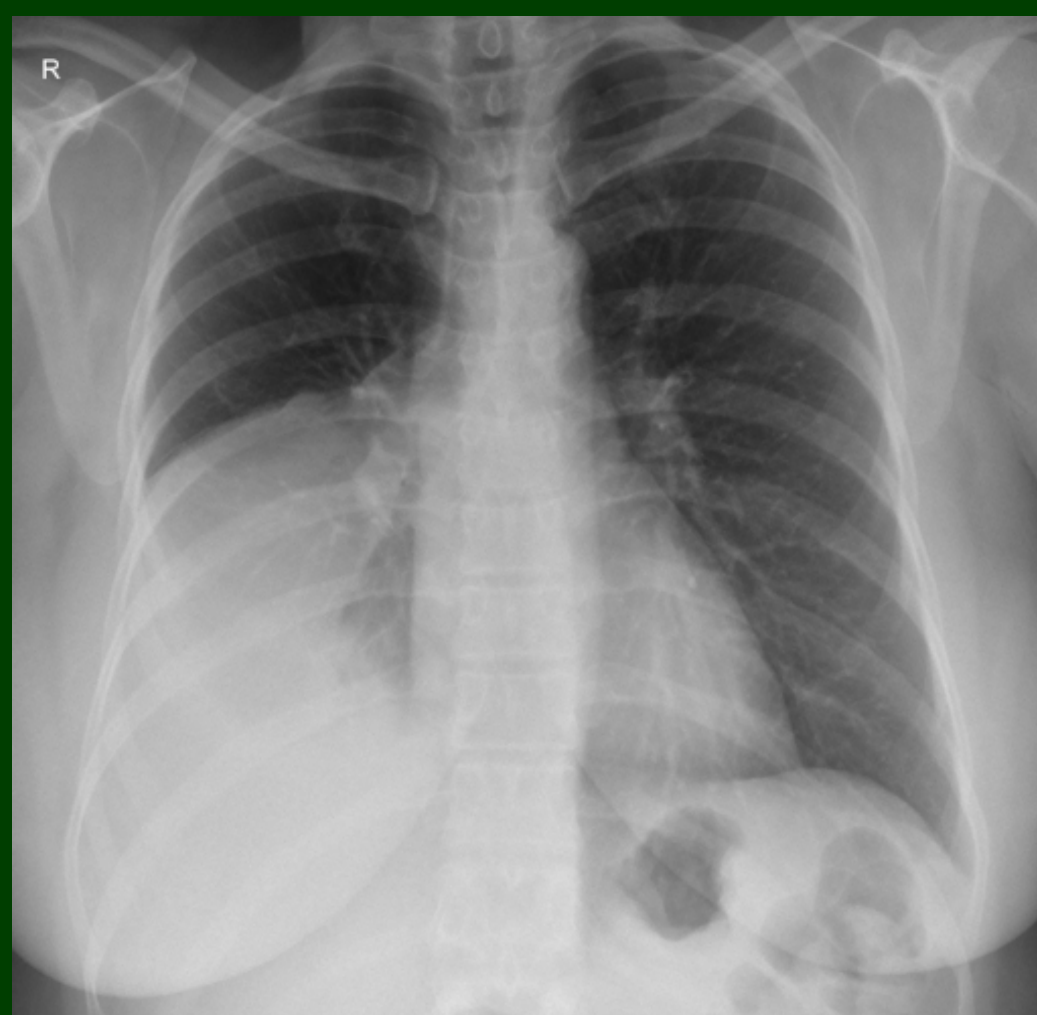


Fig 1a

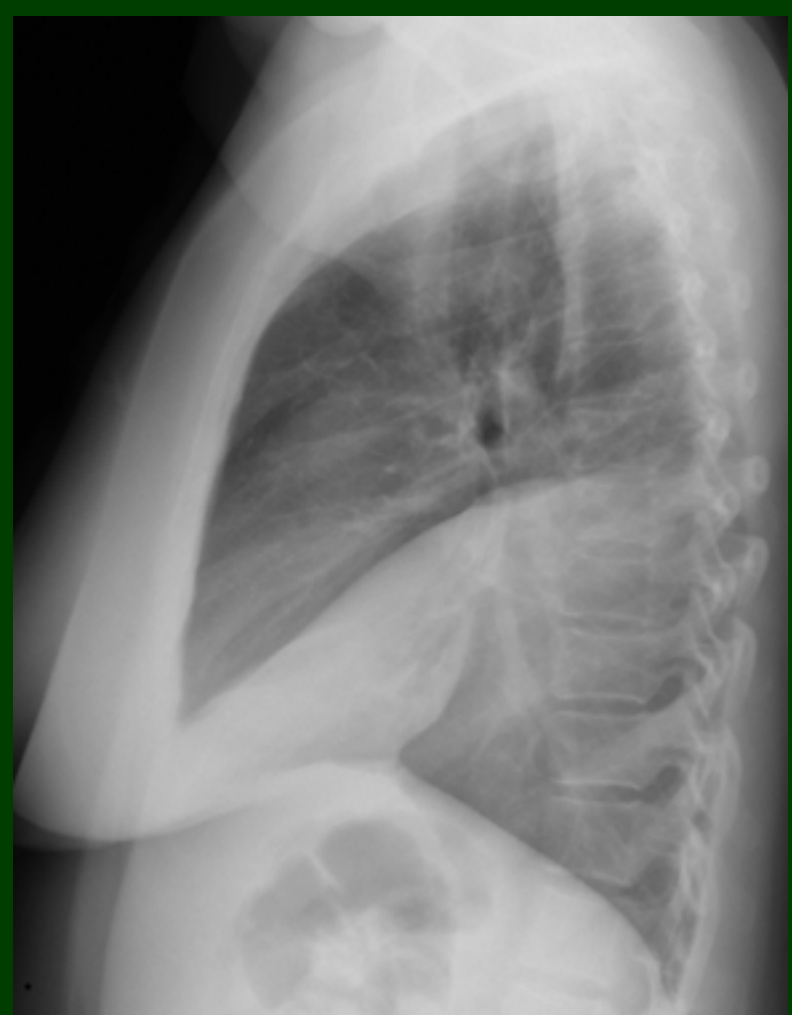
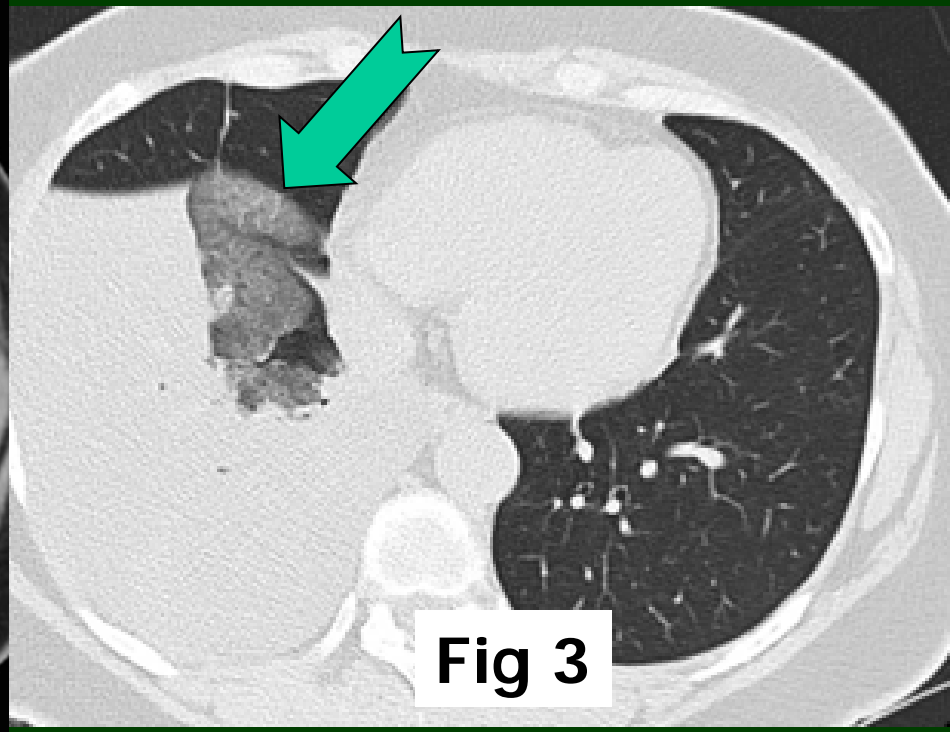
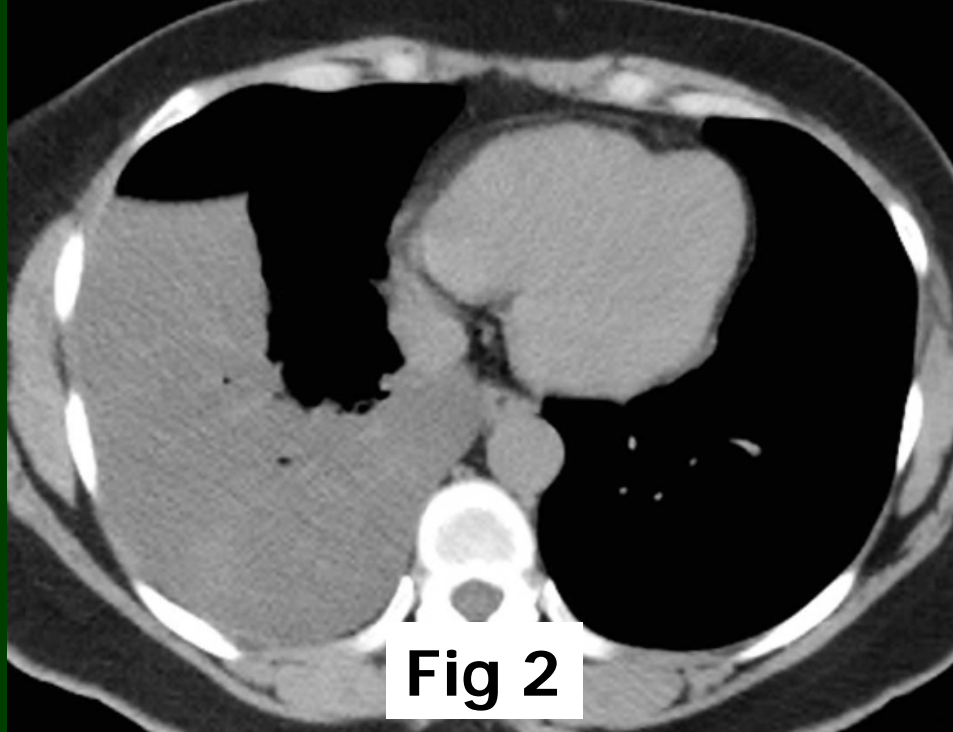


Fig 1b

La radiografía de tórax inicial tomada en un hospital de segundo nivel (fig. 1 a-b) evidenciaba gran consolidado basal derecho que discrepaba con su condición clínica y era persistente a pesar del manejo inicial. Al examen físico sólo era relevante la disminución de los ruidos respiratorios en la base pulmonar derecha y estertores finos bilaterales. Se le envía para estudio en hospital de tercer nivel.

Un mes después la paciente llega a nuestra institución (HST) y en su estancia hospitalaria cursa eupneica y afebril. Los estudios de biometría hemática completa, química general y especial no evidencian alteraciones. Se le realiza broncoscopía donde se reconoce secreción mucosa en los árboles bronquiales derecho e izquierdo, sin evidencia de lesiones endobronquiales. La citología y los estudios bacteriológicos de estas secreciones no evidencian alteraciones.



Los estudios de imagen muestran un consolidado del lóbulo inferior derecho (fig. 2) hasta ocupar prácticamente la totalidad de este lóbulo. En los estudios tomográficos con ventana de pulmón (Fig. 3) se aprecia un consolidado lobar asociado a áreas de menor densidad “en vidrio esmerilado” (flecha). Luego de la administración de medio de contraste endovenoso se identifica un patrón de realce poco usual, caracterizado por un consolidado hipodenso que permite una clara visualización de los vasos pulmonares con contraste (Fig.4, 5). Este signo llamado signo del angiograma tomográfico permite un diagnóstico diferencial estrecho, que en el contexto clínico de nuestra paciente, incluye el adenocarcinoma invasivo mucinoso como primera posibilidad.

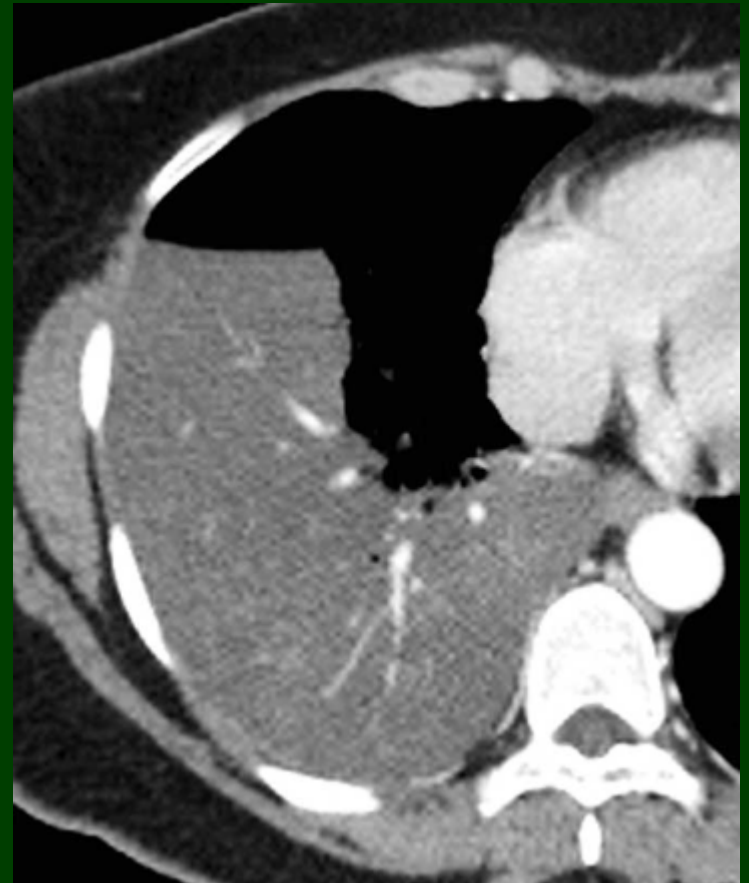


Fig 4

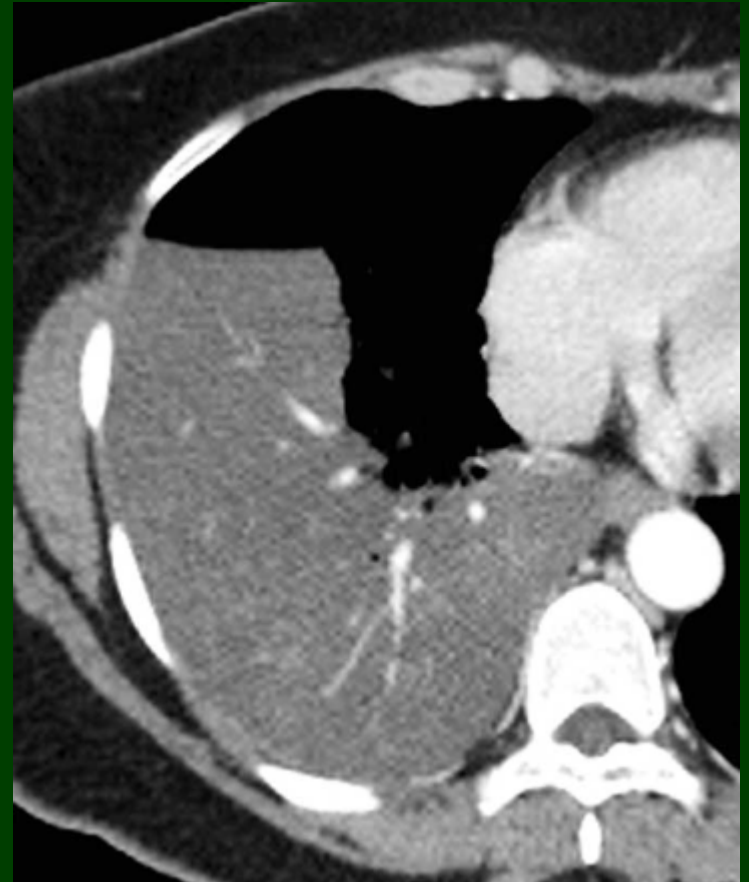


Fig 5

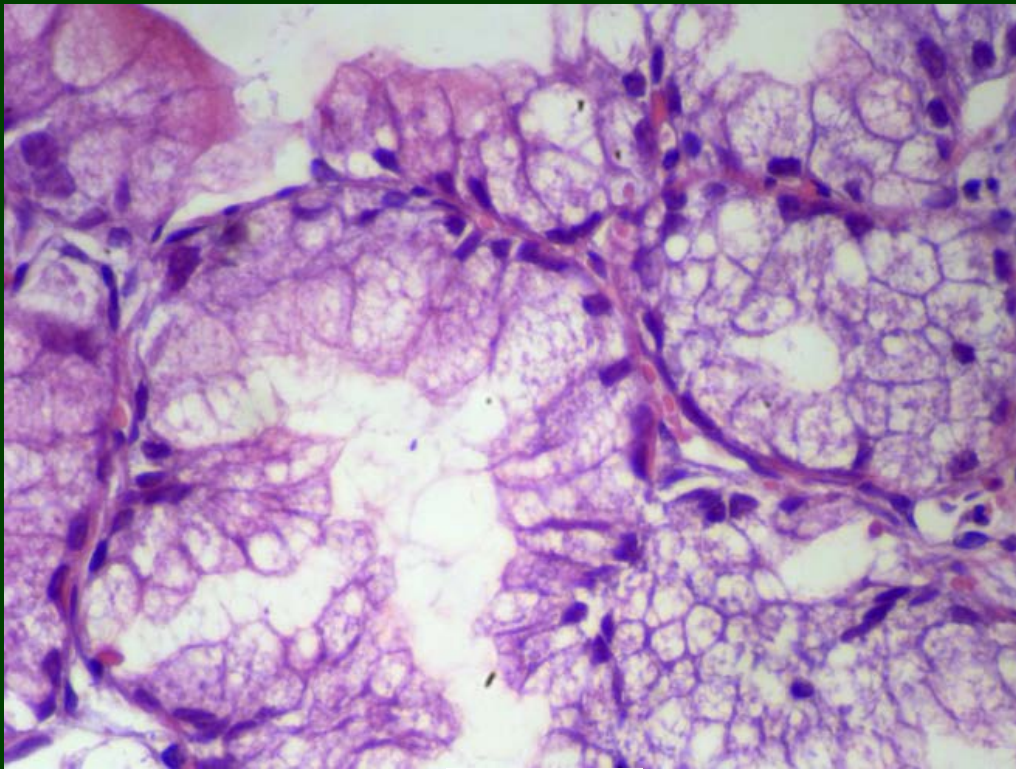


Fig 6

La biopsia muestra células cilíndricas altas con abundante material mucinoso y núcleos basales que recubren la pared alveolar sin alterar su estructura (patrón lepidico). No hay atipias (Fig. 6). El diagnostico histopatológico fue adenocarcinoma mucinoso invasivo.

Discusión

El adenocarcinoma (ADC) es el subtipo histológico más frecuente de carcinoma de pulmón en muchos países del mundo. Histológicamente, es también la forma más variable y heterogénea de cáncer de pulmón. La Sociedad Americana de Tórax y la Sociedad Europea Respiratoria (IASLC/ATS/ERS) ha propuesto una nueva clasificación basada en criterios no solo histológicos, sino que también contempla aspectos radiológicos, clínicos, moleculares y quirúrgicos. La confusión de los múltiples usos del término de carcinoma bronquioalveolar tanto en la clínica como en investigación ha sido motivo de diversas revisiones. La nueva clasificación recomienda suspender el uso del término " carcinoma bronquioalveolar". El adenocarcinoma invasivo mucinoso es un subtipo poco frecuente del adenocarcinoma de pulmón, previamente incluido dentro del término carcinoma broncoalveolar. Es más común en pacientes jóvenes sin antecedente de tabaquismo y con discreto predominio en el sexo femenino.

El adenocarcinoma invasivo supone más del 70 -90% de todos los tumores pulmonares resecaados. Se clasifican según el subtipo histológico predominante (lepídico, acinar, papilar, micropapilar y solido). Antiguamente se clasificaban como carcinoma bronquioalveolar mucinoso.

Radiológicamente los adenocarcinomas mucinosos tienden a manifestarse con consolidaciones del espacio aéreo y broncograma siendo muy frecuente la presentación multifocal y multilobar, lo que puede reflejar diseminación aérea. Los no mucinosos mayormente presentan una atenuación en vidrio esmerilado. El signo del “angiograma por tomografía” se describió por primera vez en 1990 y se consideró específico para el carcinoma broncoalveolar (nomenclatura previa). Se caracteriza por un consolidado parenquimatoso hipodenso lo que permite una clara visualización de los vasos pulmonares luego de la administración del medio de contraste endovenoso. Otras entidades patológicas en que se ha descrito este signo incluyen neumonías con o sin obstrucción central, linfoma pulmonar y neumonía lipoidea.

Los adenocarcinomas invasivos previamente clasificados como carcinoma bronquioalveolares mucinosos, deben separarse de los adenocarcinomas no mucinosos y clasificarse como adenocarcinomas invasivos mucinosos.

Bibliografía:

1. Lee SM. A new classification of adenocarcinoma: what the radiologists need to know. *Diagn Interv Radiol*. 2012 Nov-Dec;18(6):519-26.
2. 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 adenocarcinoma. *J Thorac Oncol* 2011;6:244-285
3. Shah RM. CT angiogram sign: incidence and significance in lobar consolidations evaluated by contrast-enhanced CT. *AJR Am J Roentgenol*. 1998 Mar;170(3):719-21.