

Caso Clínico del Mes

Mayo 2021

Md. Angela Jimena Chuchuca

Residente 2do año, Universidad de Cuenca

Md. Emmanuel Vázquez Ortiz

Universidad de Cuenca

Dr. Francisco Faicán B

Hospital Vicente Corral Moscoso

DEPARTAMENTO DE

Imágenes • ALAT

imagenes@alatorax.org



Caso Clínico

Sexo: mujer

Edad: 66 años

Residencia: urbana

Ocupación: quehaceres domésticos.

Cuadro clínico: presentó disnea de medianos esfuerzos y pérdida de peso 10 kg desde hace 3 meses, progresando a ortopnea durante la última semana acompañado de dolor torácico.

Examen físico: taquipnea, Sat 83 %, FiO₂ 21%. Campos pulmonares hipoventilados, murmullo vesicular abolido en la base pulmonar izquierda, mate a la percusión en los dos tercios inferiores del campo pulmonar izquierdo, estertores basales derechos.

APP: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), colecistectomía hace 3 años.

APF: madre HTA, tía materna DM2, hermana fallece de infarto agudo de miocardio (IAM).

Exámenes de laboratorio

Ingreso	Hemograma	Normal	
	Glucosa	93,6 mg/Dl	
Hospitalización	HBs Ag	Negativo	
	HCV SCREENING	Negativo	
	BETA HCG	2,9 mUI/ml	(menor a 2)
	CEA	1.3 ng/ml	(0.0-5,2)
	ALFA FETO PROTEINA	1,3 UI/ml	(0.0-5,8)
	Ca 15-3	8.0 U/ml	(0,0-25)
	Ca 19-9	6,7 U/ml	(0.0-34)
	Ca-125	135.7 U/mL	(0,0-35)
	TSH	8,68 μ UI/ml	(0,27-4,20)
	T3 LIBRE Y T4 LIBRE	Normal	
BAAR:	Negativo		



Fig. 1



Fig. 2

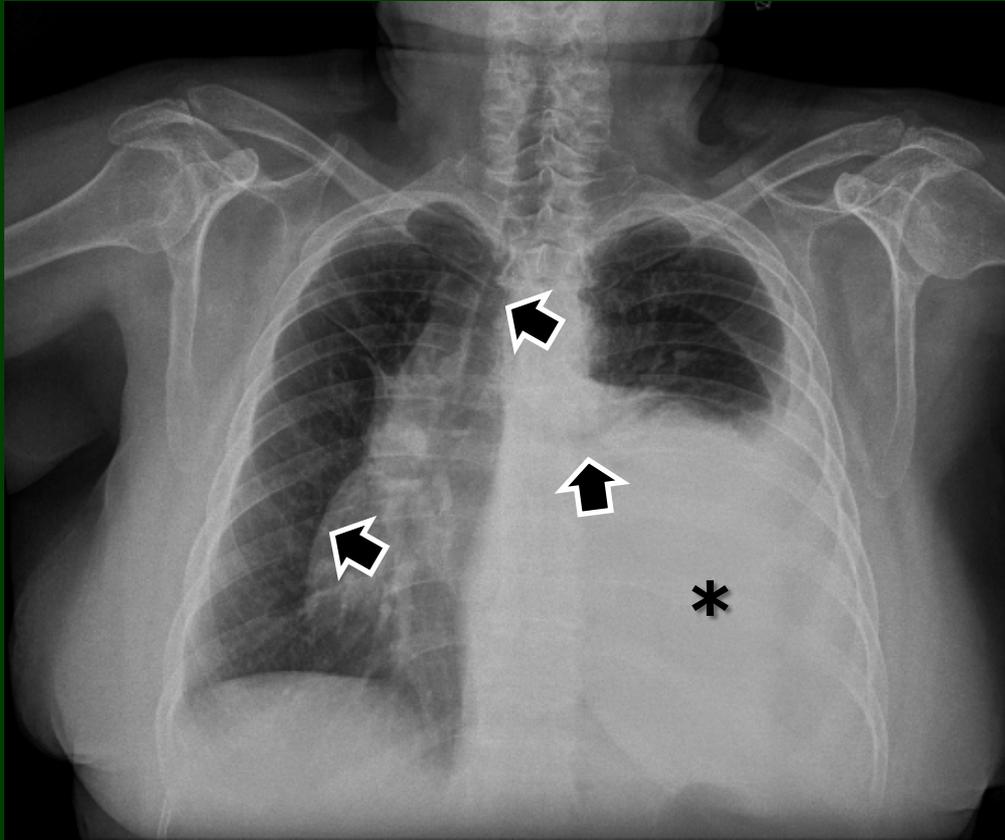


Fig. 1

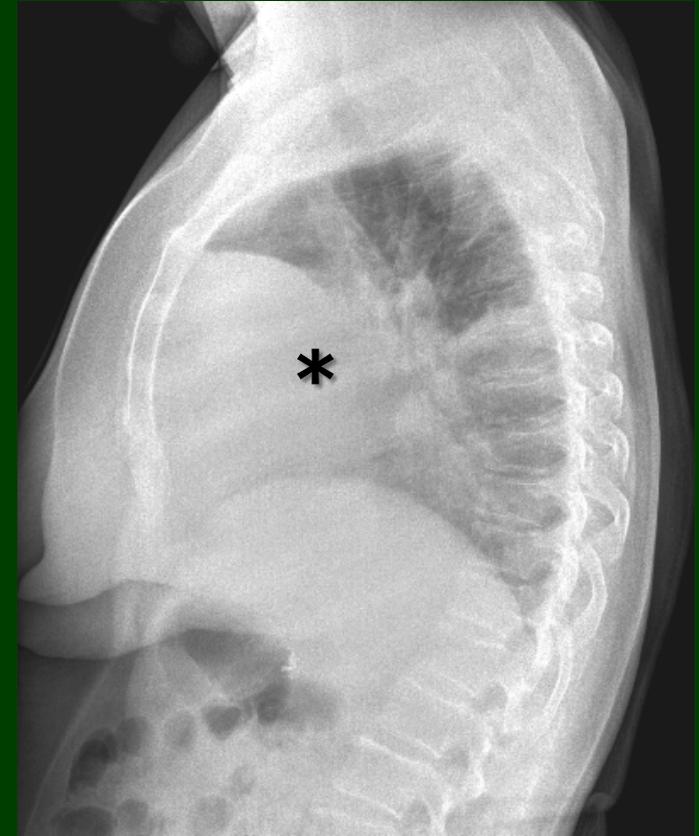


Fig. 2

Figura 1-2. Radioopacidad homogénea que ocupa los dos tercios inferiores del campo pulmonar izquierdo, con elevación del bronquio fuente izquierdo, desplazamiento de las estructuras del mediastino hacia el lado contralateral, obliteración de los recesos costofrénico y cardiofrénico ipsilaterales; en la proyección lateral se observa localización anterior de la lesión, no se visualiza el contorno diafragmático izquierdo. Opacidad en velo de los dos tercios inferiores del campo pulmonar izquierdo en la región posterior.

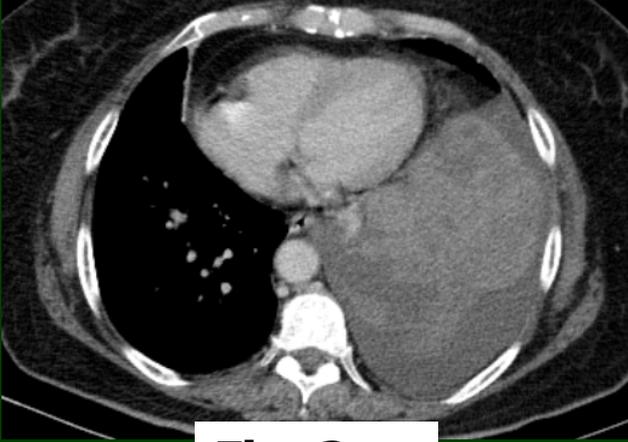


Fig. 3a

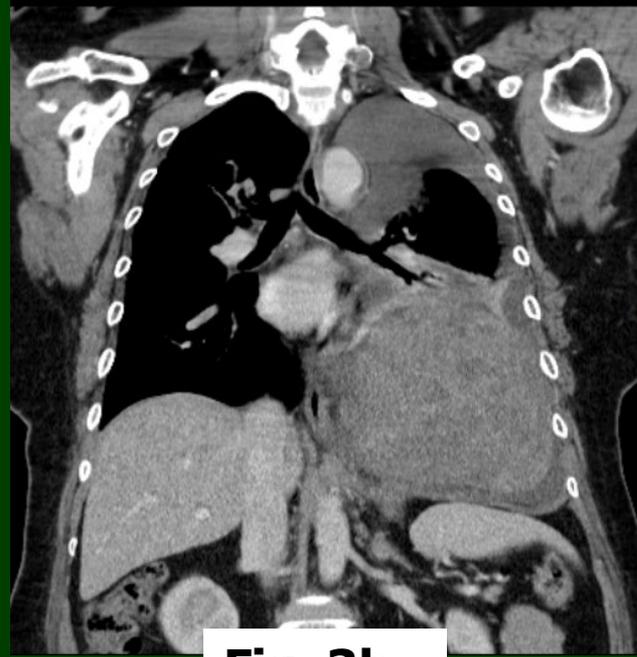


Fig. 3b



Fig. 3c



Fig. 3d



Fig. 3a



Fig. 3b



Fig. 3c



Fig. 3d

Imagen axial de TCM de tórax (a) con MPR coronales y sagitales ventana de mediastino (b-c) y MPR coronal ventana pulmonar (d): masa con relace heterogéneo en íntimo contacto con la pleura, mide 12 * 14 * 12 cm, desplaza a las estructuras del mediastino a la derecha produce atelectasia pasiva del lóbulo inferior izquierdo se asocia a derrame pleural. Desplazamiento hacia inferior del diafragma izquierdo. No se observan signos de infiltración al mediastino ni de las estructuras vasculares.

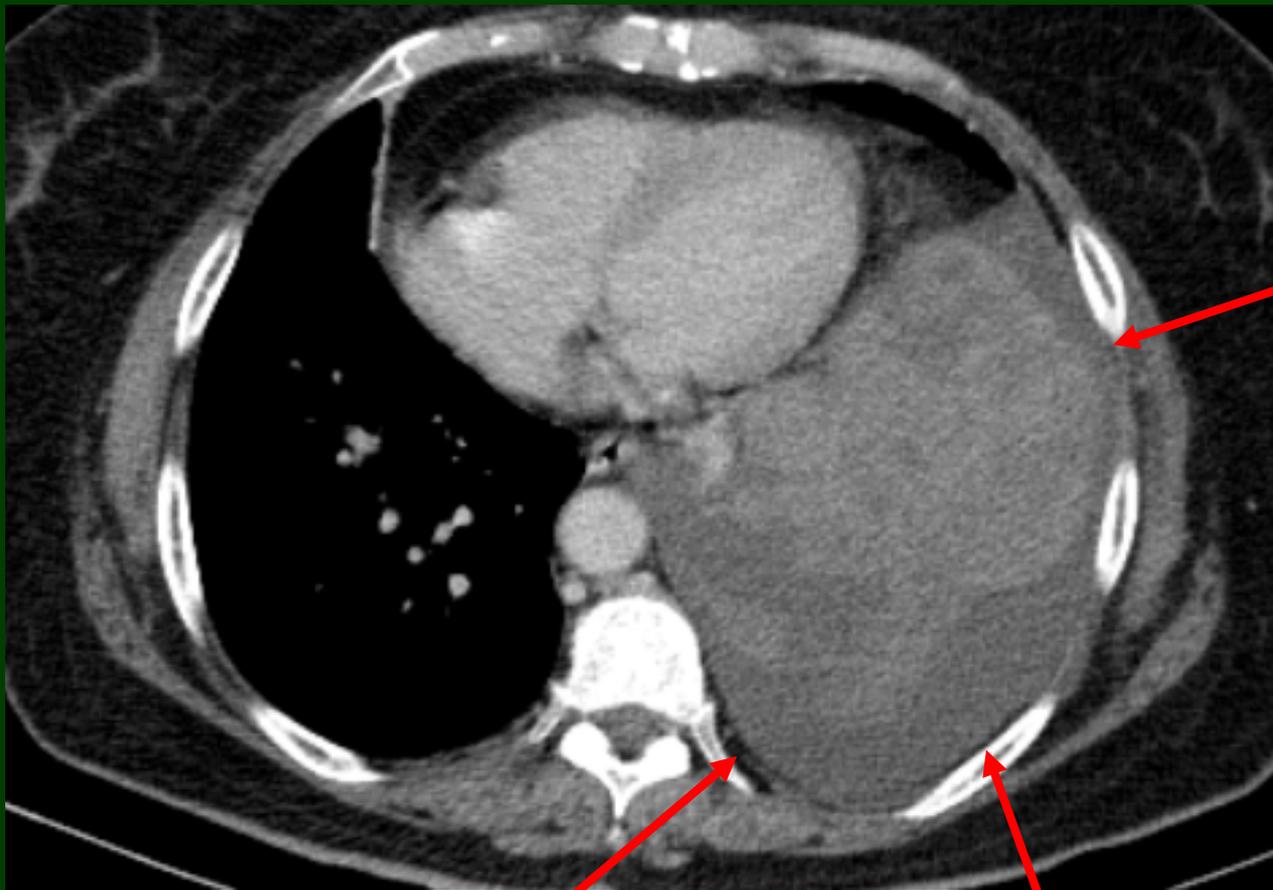
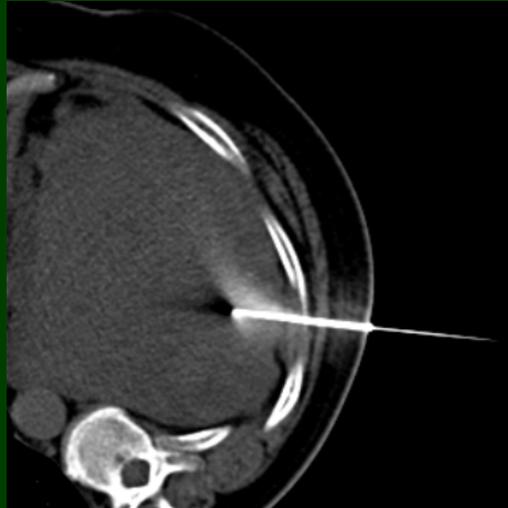
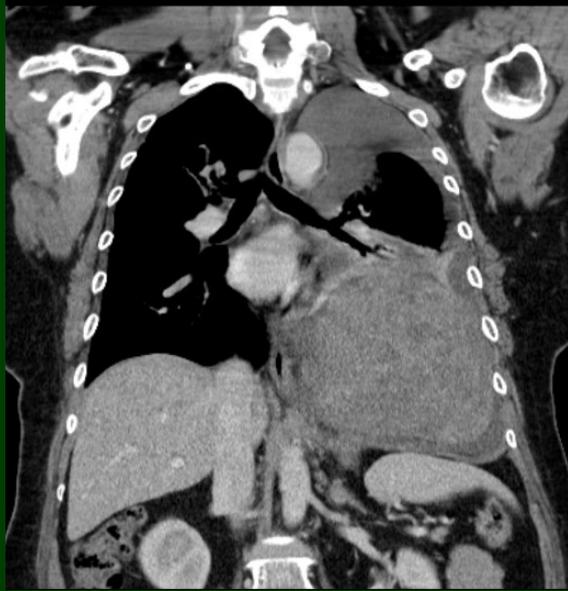
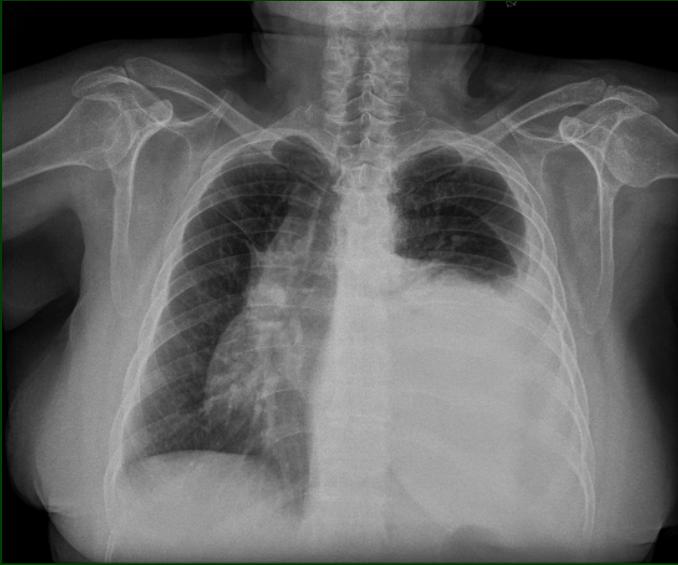


Imagen axial de TCM contrastada de tórax: la capa de grasa extrapleural es visible.



Diagnósticos diferenciales

Mesotelioma pleural

Tumor fibroso solitario

Metástasis pleural
solitaria

Tumor neurogénico

Sarcoma pulmonar

Carcinoma de pulmón

Otros estudios de imagen

- Mamografía: BI-RADS 2.
- TC multicorte simple y contrastada de abdomen: quiste simple hepático, enfermedad diverticular no complicada.

Procedimientos realizados

Fibroscopia: lavado bronquial: negativo para malignidad, compatible con proceso inflamatorio endobronquial.

Toracocentesis:

Citología: líquido pleural inflamatorio moderado (linfocitos, histiocitos y células mesoteliales con cambios reactivos-inflamatorios).

Cultivo de líquido pleural: negativo.

Biopsia:



Patología

Biopsia diagnóstica

Biopsia posoperatoria

HISTOLOGIA.

MATERIAL QUIRÚRGICO PEQUEÑO/BIOPSIAS:
PULMÓN

DATOS CLÍNICOS: Paciente con disnea y malestar genera. Muestra: Bx. Masa de lóbulo pulmonar izq.

MACROSCOPIA: Se recibe 4 fragmentos de tejido filiforme blandos blancos que miden entre 0.4 y 0.2cm.

MICROSCOPIA: Los cortes muestran tejido fibroso con presencia de áreas celulares con núcleos fusiformes, con ligera hiperchromasia, aisladas mitosis. (1x10 HFP), vasos sanguíneos dilatados y áreas con infiltrado inflamatorio mixto.

DIAGNÓSTICO: Biopsia rotulada "masa de lóbulo pulmonar izquierdo":

HALLAZGOS COMPATIBLES CON NEPLASIA FUSOCELULAR, SUGESTIVA DE TUMOR FIBROSO SOLITARIO.

SE REQUIERE PRUEBAS DE INMUNOHISTOQUÍMICA PARA DETERMINAR DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

VALIDADO POR: DR. VÍCTOR VILLARROEL

HISTOLOGIA.

MATERIAL QUIRÚRGICO PEQUEÑO/BIOPSIAS:
PULMÓN

DATOS CLÍNICOS: Paciente con tumor de pulmón izquierdo más toracotomía. Muestra: Borde inferior de pulmón izq. borde inferior de tumor

MACROSCOPIA:

1.- Rotulado como Borde inferior de pulmón izquierdo: Se recibe una formación irregular de aspecto nodular, que mide 18x13x10 cm, superficie externa congestiva; al corte superficie interna sólida, blanquecina, de aspecto reticulado, con vasos sanguíneos prominentes. Se incluye material representativo.

2.- Borde inferior aledaño al tumor: Se recibe un fragmento irregular pardo oscuro, que mide 4x1.5x1 cm, superficie externa congestiva y al corte de consistencia esponjosa.

Se rotula:

1.- Tumor: Los preparados histológicos muestran una proliferación celular de aspecto fusiforme constituida por células con citoplasmas escasos y núcleos alargados; las mismas adoptan un patrón de crecimiento de tipo estoriforme, rodeadas por vasos de paredes gruesas, distribuidos irregularmente. Los mismos se encuentran inmersos en un estroma hialinizado de aspecto colágeno con sectores mixoides. Bajo recuento mitótico (Menos de 4 mitosis por campo de gran aumento).

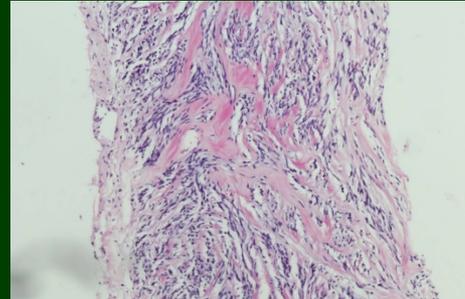
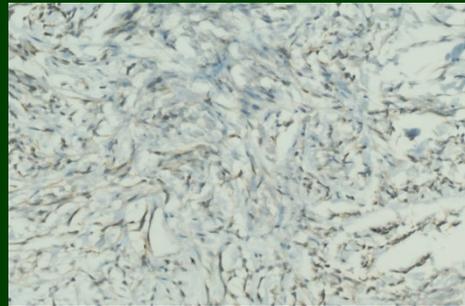
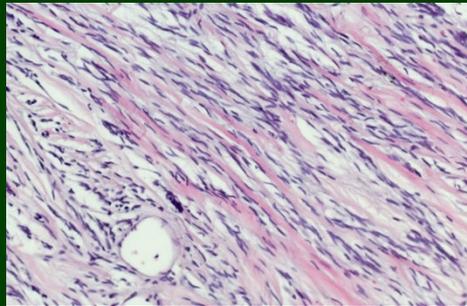
2.- Borde inferior aledaño al tumor: Los preparados histológicos muestran parénquima pulmonar hemorrágico, con moderado infiltrado linfoplasmocitario disperso. En corto sector se evidencia enfisema. En el material analizado no se evidencian atipias.

DIAGNÓSTICO: Los hallazgos histológicos podrían vincularse con un TUMOR FIBROSO SOLITARIO.

Nota: Se requieren técnicas de inmunomarcación para establecer el diagnóstico definitivo.

VALIDADO POR: DRA. ANA LUCIA CORDERO

Patología



INFORME HISTOPATOLOGICO

Diagnóstico: **BIOPSIA DE NEOPLASIA INTRATORÁCICA:
CONSISTENTE CON TUMOR FIBROSO SOLITARIO.**

INMUNOHISTOQUÍMICA:
**VIMENTINA: POSITIVA.
ALC: NEGATIVO.
S100: NEGATIVO.
AML: NEGATIVO.
AMS: NEGATIVO.
CALRETININA: NEGATIVO.**

Código: 11nec-ju

Descripción macroscópica: Se recibe para estudio 2 cilindros de tejido neoplásico obtenidos mediante trucos. Se incluye todo.

Descripción microscópica: Técnicas realizadas:
Hematoxilina eosina.
Inmunohistoquímica: ALC,VIMENTINA, AML,AMS,S100, CK, CALRETININA
En las secciones se reconoce neoplasia conformada por células fusiformes de aspecto mesenquimal, positivas para Vimentina, de núcleos alargados, con cromatina granular y citoplasma escaso claro, en medio de un estroma vascularizado. Las técnicas de inmunohistoquímica revela positividad para marcadores estromales, es negativa para marcadores epiteliales, linfoides y neurales. La invasión de origen mesotelial (calretinina) es negativa.

- a. IHQ: S100 negativo. Diagnóstico diferencial con neoplasias neurales.
- b. IHQ: Antígeno de músculo liso: negativo. Control interno negativo, vasos sanguíneos. Células neoplásicas negativas.
- c. Neoplasia de pulmón, células fusiformes, vascularizado, con hialinización.
- d. HE: Neoplasia mesenquimal de células fusiformes con algunas dismorfias nucleares

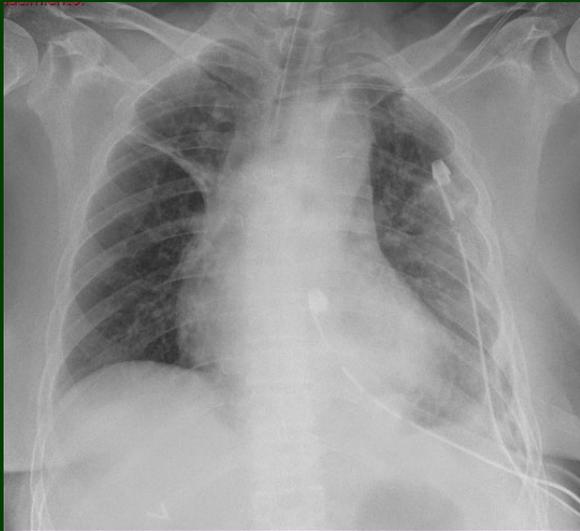
Fuente. Dr. Jorge Ugalde.

Tratamiento: Resección total

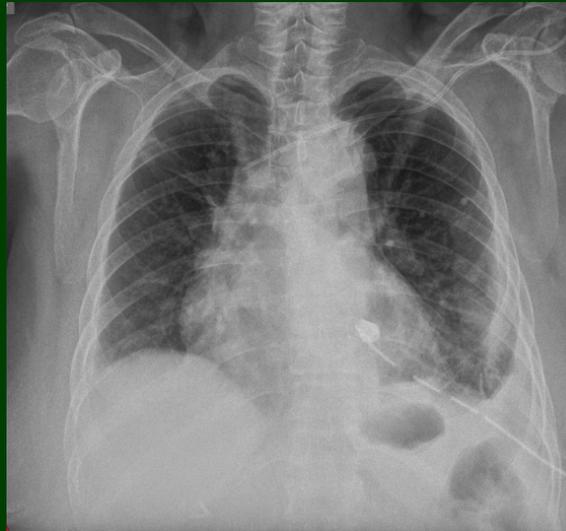
Toracotomía lateral izquierda:

- Masa tumoral vascularizada de 20 cm x 20 cm, aspecto fibroso, ocupa 70% del espacio pleural, colapso pasivo de llingula y lóbulo inferior. Contacto del tumor con pericardio, diafragma y pleura parietal, llingula y lóbulo inferior (adherido).
- Liquido serohemático en cavidad pleural (500 ml).

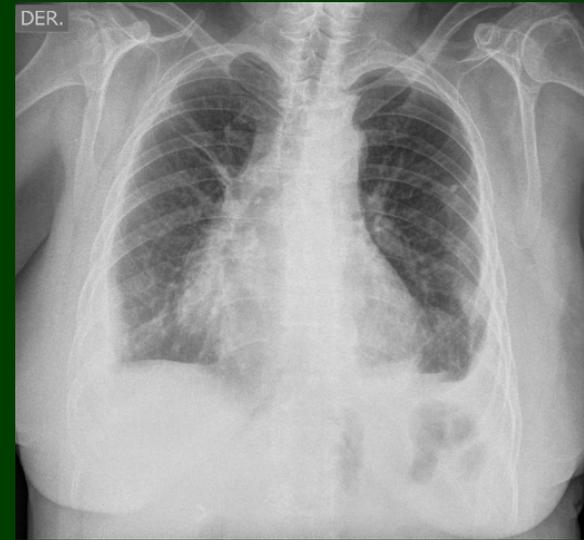
Rx AP de tórax: Control posquirúrgico



día 1

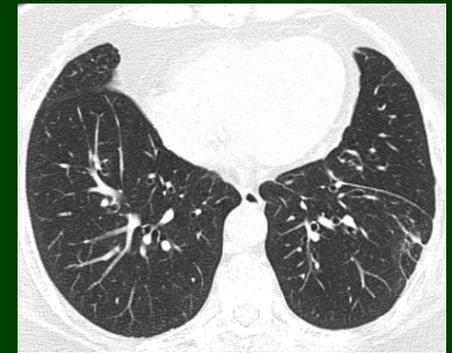
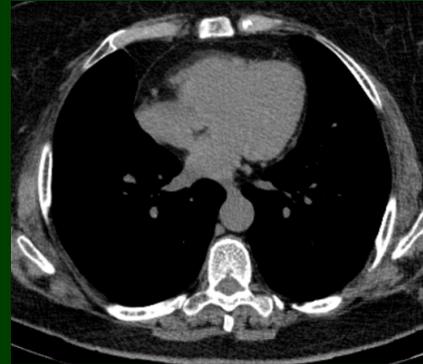
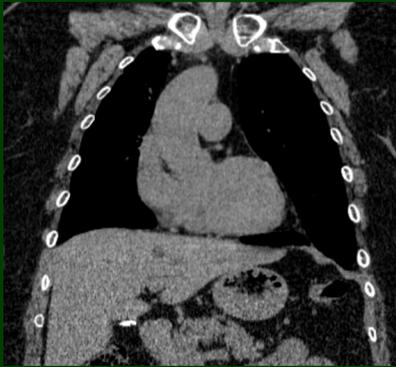


día 6



día 13

TC multicorte simple y contrastada de tórax



7 meses posquirúrgico

Diagnóstico definitivo

Mesotelioma pleural

Tumor fibroso solitario

Metástasis pleural

Sarcoma pulmonar

Carcinoma de pulmón

Tumor neurogénico

Tumor fibroso solitario de la pleura

+

Hipotiroidismo subclínico

Tumor fibroso solitario de la pleura

- Tumor raro, de crecimiento lento, representa < 5% de todos los tumores pleurales.
- Benignos > 80%. 80% pleura visceral, 20% pleura parietal.
- En 2001 se habían informado aproximadamente 600 casos en la literatura.
- Asociación positiva entre la malignidad y tamaño del tumor > 10 cm, heterogéneo, abundante irrigación, mal delimitado, engrosamiento pleural y derrame pleural.
- Localización: pericardio, mediastino, páncreas, senos paranasales, sistema nervioso central.
- Signos radiográficos: pedículo vascular (tumores extrapulmonares: 50%).
- La TC multicorte: ubicación, morfología, densidad, realce del tumor, relación con estructuras adyacentes.

Tumor fibroso solitario de la pleura

- El diagnóstico histológico preoperatorio debe ser mediante biopsia por aguja gruesa.
- Los resultados histopatológicos no excluyen definitivamente la malignidad, es necesario el seguimiento a largo plazo.
- Tratamiento: resección total. Seguimiento: anual. No se es necesario quimioterapia ni radioterapia.
- El Ca 125 afectación de serosas (derrame pleural).
- El tumor fibroso solitario debe ser considerado en el diagnóstico diferencial preoperatorio de lesiones de localización pleural (omisión: 50 %).

Bibliografía

1. Migliore M, Okateya V, Calvo D, Criscione A, Francesco B. Two cases of giant solitary fibrous tumor of the pleura: a not-so-rare tumor? *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2014;22(2):226-8.
2. You X, Sun X, Yang C, Fang Y. CT diagnosis and differentiation of benign and malignant varieties of solitary fibrous tumor of the pleura. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(49).
3. Thway K, Ng W, Noujaim J, Jones RL, Fisher C. The Current Status of Solitary Fibrous Tumor: Diagnostic Features, Variants, and Genetics. *Int J Surg Pathol.* 2016;24(4):281-92.
4. Demicco EG, Park MS, Araujo DM, Fox PS, Bassett RL, Pollock RE, et al. Solitary fibrous tumor: a clinicopathological study of 110 cases and proposed risk assessment model. *Mod Pathol.* 2012;25(9):1298-306.
5. Sigel J, Goldblum J. Solitary Fibrous Tumor of the Skin: The American Journal of Dermatopathology. *Journal of Dermatopathology.* 2001;23(3):275-6.
6. Fukunaga M, Naganuma H, Nikaïdo T, Harada T, Ushigome S. Extrapleural solitary fibrous tumor: a report of seven cases. *Mod Pathol.* 1997;10(5):443-50.
7. England DM, Hochholzer L, McCarthy MJ. Localized benign and malignant fibrous tumors of the pleura. A clinicopathologic review of 223 cases. *Am J Surg Pathol.* 1989;13(8):640-58.
8. Robinson LA. Solitary fibrous tumor of the pleura. *Cancer Control.* 2006;13(4):264-9.
9. Boddaert G, Guiraudet P, Grand B, Venissac N, Le Pimpec-Barthes F, Mouroux J, et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: a poorly defined malignancy profile. Vol. 99, *The Annals of thoracic surgery. Ann Thorac Surg;* 2015.
10. Wignall OJ, Moskovic EC, Thway K, Thomas JM. Solitary fibrous tumors of the soft tissues: review of the imaging and clinical features with histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2010;195(1):W55-62.
11. Nielsen GP, O'Connell JX, Dickersin GR, Rosenberg AE. Solitary fibrous tumor of soft tissue: a report of 15 cases, including 5 malignant examples with light microscopic, immunohistochemical, and ultrastructural data. *Mod Pathol.* 1997;10(10):1028-37.

Bibliografía

12. Milano MT, Singh DP, Zhang H. Thoracic malignant solitary fibrous tumors: A population-based study of survival. *J Thorac Dis.* 2011;3(2):99-104.
13. DeVito N, Henderson E, Han G, Reed D, Bui MM, Lavey R, et al. Clinical Characteristics and Outcomes for Solitary Fibrous Tumor (SFT): A Single Center Experience. *PLoS ONE.* 2015;10(10):e0140362.
14. Aydemir B, Çelik S, Okay T, Doğusoy I. Intrathoracic giant solitary fibrous tumor. *Am J Case Rep.* 2013;14:91-3.
15. Van Houdt WJ, Westerveld CMA, Vrijenhoek JEP, van Gorp J, van Coevorden F, Verhoef C, et al. Prognosis of Solitary Fibrous Tumors: A Multicenter Study. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(13):4090-5.
16. Abe M, Nomori H, Fukazawa M, Sugimura H, Narita M, Takeshi A. Giant solitary fibrous tumor of the pleura causing respiratory insufficiency: report of 3 cases. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2014;20 Suppl:441-4.
17. Gladish GW, Sabloff BM, Munden RF, Truong MT, Erasmus JJ, Chasen MH. Primary Thoracic Sarcomas. *RadioGraphics.* 1 de mayo de 2002;22(3):621-37.
18. Multimodality Imaging for Characterization, Classification, and Staging of Malignant Pleural Mesothelioma | *RadioGraphics* [Internet]. [citado 12 de abril de 2021].
19. Walker CM, Takasugi JE, Chung JH, Reddy GP, Done SL, Pipavath SN, et al. Tumorlike Conditions of the Pleura. *RadioGraphics.* 27 de junio de 2012;32(4):971-85.
20. Santamarina MG, Beddings I, Lermarda Holmgren GV, Opazo Sanchez H, Volpacchio MM. Multidetector CT for Evaluation of the Extrapleural Space. *RadioGraphics.* 2017;37(5):1352-70.
21. Imaging manifestations of pleural tumors. | *RadioGraphics* [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiographics.12.6.1439021>