

TRABAJO #111

Reportes de casos

Neumonitis asociada al uso de Nivolumab: Reporte de un caso

Díaz SC, Saavedra A, Callejas AM, Sánchez EA.

Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional de Colombia Instituto Nacional de Cancerología.

Introducción

El uso del Nivolumab, anticuerpo que bloquea el receptor de muerte programada PD-1, ha significado un gran avance en el tratamiento de los pacientes con melanoma, adenocarcinoma de pulmón y carcinoma de células renales, sin embargo, la mayor cantidad de pacientes que lo utilizan incrementa el conocimiento sobre sus eventos adversos, dentro de los cuales se encuentra la neumonitis. El Instituto Nacional de Cancerología se encuentra realizando registro de casos dado que se han identificado pacientes con sospecha de toxicidad, se presenta un caso.

Material y Métodos

Revisión de historia clínica e imágenes diagnósticas, revisión narrativa de la literatura relevante.

Resultados

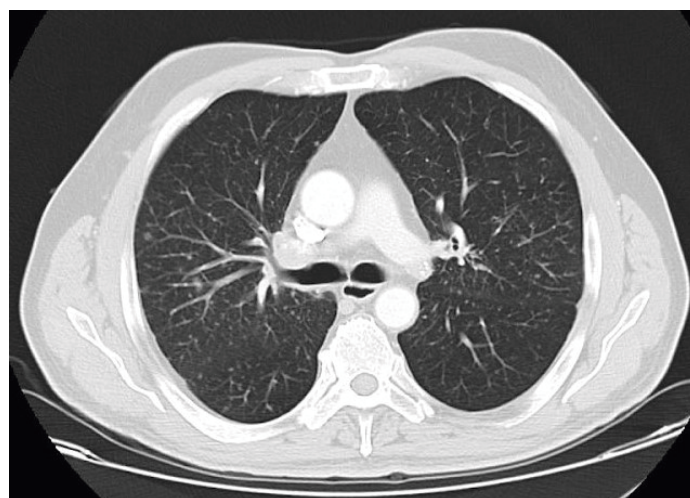
Hombre de 67 años de edad, de ocupación agricultor y conductor, procedente de área urbana, con antecedente de melanoma acral lentiginoso en hallux pT4bN3aM0, llevado a resección quirúrgica y vaciamiento ganglionar, posterior inicio de Nivolumab a dosis de 3 mg/kg cada semana, por 4 semanas, que en la primera semana de tratamiento presenta tos seca y artralgias, sin fiebre ni disnea, completa 3 ciclos de inmunoterapia y ante persistencia de sintomatología se realiza tomografía de tórax que evidencia micronódulos centrilobulillares (Figura 1), por lo que se sospecha sarcoidosis like vs bronquio-

litis asociado a toxicidad por Nivolumab, probable neumonitis grado 2 y se suspende. Se realiza broncoscopia y lavado broncoalveolar que descartan compromiso tumoral o proceso infeccioso por gérmenes típicos o micobacterias, con biopsia de lóbulo superior derecho que muestra paredes alveolares en parches, engrosadas y colagenizadas, así como proceso fibrosante del intersticio. El paciente presenta resolución de los síntomas y en tomografía de control realizada 3 meses después han resuelto hallazgos previos, por lo que se reinicia 4º ciclo de adyuvancia, con el cual presenta toxicidad hepática grado 1 que resuelve de forma espontánea. Actualmente, se encuentra en ciclo # 11 de tratamiento, sin nuevos eventos adversos inmunomediados.

Conclusiones

La neumonitis por Nivolumab es un evento que se reconoce cada vez más debido a su mayor uso, sin embargo se carece de literatura en Colombia al respecto. Nuestro caso aporta a la estadística nacional y alerta a los profesionales de salud sobre el reto diagnóstico que supone esta patología.

Figura 1.



TRABAJO #172

Investigación Básica

Control epigenético en Sarcoma de Ewing Pulmonar

C. Montoya, L. Rey, J. Rodríguez, M.J. Fernández, D. Troncoso, A. Cañas, O. Moreno, B. Henríquez, A. Rojas.

Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio.

Introducción

Determinar si las modificaciones covalentes de histonas asociadas a la trimetilación de la lisina 4 y acetilación de la histona H3 están involucradas en la regulación epigenética del promotor del gen fusión EWS-FLI1 en sarcoma de Ewing. Evaluar la expresión del gen fusión EWS-FLI1 en la línea celular A673 y muestras de pacientes con sarcoma de Ewing con compromiso pulmonar, mediante análisis moleculares, de citogenética convencional, FISH e inmunohistoquímica.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, experimental. se incluyeron dos pacientes con lesiones sospechosas de cáncer de pulmón con biopsia abierta de pulmón. Se realizaron cultivos celulares y se trabajo con línea celular A673. Para establecer si hubo diferencias estadísticamente significativas en los niveles de expresión y enriquecimiento del material evaluado se utilizó la prueba estadística ANOVA.

Resultados

El análisis clínico-molecular determinó un claro caso de SE, con la particularidad de que la muestra proveniente del caso 01 corresponde a un SE con origen primario en tejido pulmonar (hecho que ha sido reportado muy pocas veces en la literatura).

Conclusiones

Este estudio es producto del trabajo transdisciplinar de investigación clínica y básica (análisis citogenéticos y moleculares), que se complementan y que aportan a la realización de diagnósticos más acertados e investigaciones ricas en nuevos descubrimientos. El análisis clínico-molecular en el entendimiento del SE con el fin de poder desarrollar a futuro tratamientos más eficientes.

Tabla I. Características clínicas de los pacientes con cáncer

Caso		1	2
Edad		49	19
Sexo		F	M
Patología	Cáncer	Si	Si
	Diagnosis patológico	Sarcoma de Ewing extraóseo Primario	Adenocarcinoma poco diferenciado Metastásico
Origen		No	No
	Pulmón	No	No
	Otro	Sarcoma de Ewing em Femur	Hueso
Clasificación TNM	T	1	1
	N	1	0
	M	1b	1a
	G	2	3
Etapa		IV	IV
comorbilidad		Ausente	Ausente
año de supervivencia		No	Si
Fumador		No	Si
Tratamiento		No	Si

Tabla II. Marcadores inmunohistoquímicos para pacientes con Sarcoma de Ewing. La tabla muestra 12 marcadores inmunohistoquímicos probados en ambos pacientes.

	1	2
Número de caso	+	+
CD99	+	+
FLI1	+	+
CD57 (HNK-1)	+	+
Vimentina	+	+
Enolasa	NA	-
Cromogranina	-	NA
Sinaptosina	-	NA
S-100	-	+
CD45	-	-
CD117	-	NA
TdT	-	NA
Desmina	-	-
Miogenina	NA	-
Citoqueratina	-	NA

Tabla III. Hallazgos citogenéticos obtenidos de los análisis por bandejo G

Muestras	Alteraciones cromosómicas	Frecuencia [%]	Translocación EWSR1 FISH
Línea celular A673	Múltiples alteraciones	90	Positivo
Línea celular Hs-tes	Ninguna	0	Negativo
Paciente 1	t(11;22)(q22;q12)	2	Positivo (2%)
	t(1;16)(q21;p13)	2	Positivo (2%)
	del(22)(q13)	14	
	del(20)(q13.2)	5	
	del(16)(q22)	4	
Paciente 2	del(17)(p10)	2	Negativo
	del(7)(p10)	1	

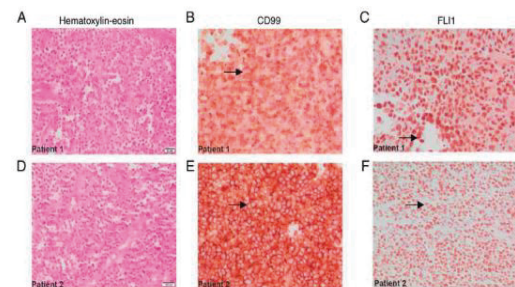


Figura 1. Análisis inmunohistoquímico de biopsias de tejido pulmonar de pacientes con Sarcoma de Ewing. Las muestras del paciente 1 se observan en los recuadros de A, B, y C, mientras que las concernientes al paciente 2 se observan en las figuras D, E y F. Se observan células redondas y pequeñas características de los tumores de la familia de Ewing (A y D) con núcleos hiper cromáticos y citoplasmas restringidos. B y E demuestran las tinciones positivas para la proteína de membrana CD99. C y F exhiben tinciones positivas para el factor de transcripción FLI1 localizado en el núcleo. Aumento utilizado x40.

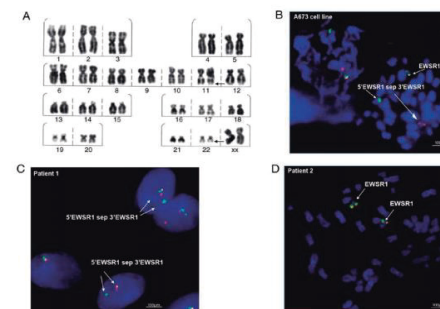


Figura 2. Análisis citogenético. (A) Cariotipo del paciente 1: 46, XX, t(11;22)(q22;q12). Análisis de FISH utilizando las sondas Breakpart EWSR1 de Cytocell Aquarius en (B) líneas celulares A673 positiva para la translocación; (C) paciente 1, positivo para la translocación t(11;22), y (D) paciente 2, con una metafase sin la translocación: ish 22q12(EWSR1x2). Sondas rojas, 3'EWSR1; SONDAS VERDES, 5'ewsr1. EWSR1.

Metástasis pulmonares en suelta de globos en búsqueda de primario: reporte de un caso

Carina Coronel, Jorge Bonifaz, Katherine Fuentes, Oscar Gómez, Patricia Heredia

less Quito Sur

Introducción

Los pulmones son el segundo lugar más frecuente de enfermedad metastásica englobando todos los tipos histológicos (alcanzando casi el 30% de los casos) y son el sitio único de extensión de metástasis en el 20% de los casos. Esta proporción aumenta en los tumores germinales y el nefroblastoma, y llega a suponer el 90% en los sarcomas óseos y de partes blandas. El melanoma es responsable del 75% de muertes por cáncer de piel, fundamentalmente por metástasis que en el 12% de los casos se producen en el pulmón.

Material y Métodos

Caso clínico.

Resultados

Paciente masculino de 48 años, sin antecedentes patológicos personales que acude a médico particular por lumbalgia de 2 meses de evolución. Luego de múltiples tratamientos analgésicos sin mejoría sintomatológica se realiza Rx de tórax con signo típico en "suelta de globos" muy sugestivo de metástasis pulmonares; tomografía corporal total negativa por lo que particularmente se realiza metastasectomía, cuyo diagnóstico histopatológico sugiere primario melanoma, por lo que es referido a dermatología con hallazgo de cuadro cutáneo localizado en 4to espacio interdigital de pie izquierdo caracterizado por mácula de bordes irregulares de varias tonalidades de pigmento y zona ulcerada en su interior, se biopsia lesión y se concluye melanoma acral lentiginoso con metástasis pulmonares.

Conclusiones

En este caso el examen físico exhaustivo fue la clave del diagnóstico por no ser la piel uno de los órganos que más metastatizan a pulmón y por ser la examinación cutánea completa parte imprescindible del análisis. La distribución de las metástasis pulmonares depende de la histología y de la localización del tumor primario, existiendo una tendencia de muchos tumores malignos a metastatizar preferentemente en los pulmones.

Figura 1.



Figura 2.



TRABAJO #248

Reportes de casos

Sarcoma sinovial monofásico concomitante a enfermedad poliquistica. Reporte de un caso

Paz M, Contreras E, Palma M

Unidad Pulmonar, Hospital Roosevelt

Introducción

El sarcoma sinovial (SS) es una neoplasia primaria de pulmón y mediastino poco frecuente. Se presenta en personas jóvenes y con predominio al género masculino. El diagnóstico se sugiere por clínica y hallazgos imagenológicos aunque el diagnóstico requiere estudio de inmunohistoquímica para marcadores epiteliales. La supervivencia global depende de varios factores sin embargo se estima que a los cinco años es cercana al 40-57% y del 30% a los 10 años. Presentamos el caso de un masculino de 46 años con diagnóstico de SS monofásico y de manera concomitante imágenes sugerentes de enfermedad poliquistica autosómica dominante.

Material y Métodos

CASO CLINICO: Masculino de 46 años. Sin antecedentes exposicionales, presenta dolor torácico subagudo sin mejoría con analgésicos. Los estudios tomográficos fueron de una lesión hipodensa de bordes regulares, heterogénea en mediastino posterior extensión a lóbulo inferior derecho de $\pm 8.3 \times 6.5$ cm (Figura 2). TAC abdominal con múltiples imágenes quísticas en cuerpo y cola de páncreas, hígado y riñones (Figura 3). La biopsia percutánea con guía tomográfica dió como resultado histopatológico sarcoma sinovial monofásico. Se estadió como enfermedad no resecable e inició tratamiento con intención de obtención de control de la enfermedad con doxorubicina e ifosfamida.

Resultados

Conclusiones

En nuestro caso se trató de un varón joven sin evidencia de antecedentes y que consulta por cuadro de dolor torácico que llega a ser característico en estos pacientes por la extensión de la enfermedad en cavidad torácica. Los hallazgos histológicos en la pieza de biopsia fueron compatibles con sarcoma sinovial lo cual permitió el inicio de tratamiento independientemente de la obtención de traslocaciones genéticas que tal como se menciona en la bibliografía para (X, 18) (p11, q11) que es hallazgo patognomónico de esta enfermedad.

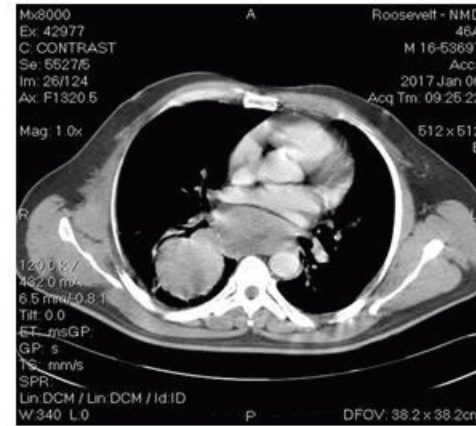


Figura 2: Tomografía de tórax, ventana a mediastino que muestra una masa hipodensa heterogénea con áreas de necrosis que se extiende desde mediastino posterior al lóbulo inferior derecho.

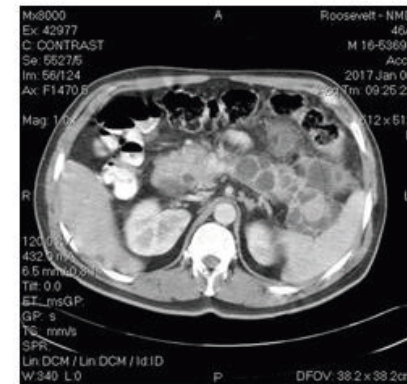


Figura 3. Tomografía abdominal donde se observan múltiples lesiones quísticas en cabeza, cuerpo y cola de páncreas, así como en polo superior de riñón izquierdo.

TRABAJO #271

Reportes de casos

Tumor de células epiteloideas perivasculares (PEComa) como diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares cavitados

Linares S, Ruiz F, Rosas N, Torres A, León D.

Servicio de neumología y patología, Hospital central FAP

Introducción

Los tumores de células epiteloideas perivasculares (PEComa), son tumores mesenquimales, usualmente benignos. Con mayor frecuencia se encuentra en el sistema genitourinario y gastrointestinal. Su diagnóstico preoperatorio es difícil por ser una neoplasia poco común. Objetivos: 1- Reportar el ha-

hallazgo de un tumor de células epitelioideas perivasculares como diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares cavitarios, 2- reportar un caso poco común de PEComa en pulmón.

Material y Métodos

Descriptivo, revisión de historia clínica y bibliografía.

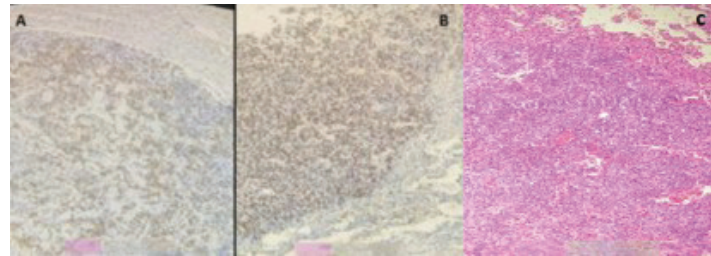
Resultados

Paciente mujer de 49 años sin antecedente de enfermedades respiratorias e infecciosas, sin historia de tabaquismo, ingreso al hospital con un tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por hemoptisis no amenazante, sin otros síntomas o signos. Con examen físico son anormalidades. Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, se evidencia múltiples nódulos de paredes delgadas, la mayoría cavitados, entre 4 y 14 mm, con distribución bilateral difusa. TAC de cerebro, abdomen y pelvis sin alteraciones. Hemograma dentro de valores normales, antígeno para histoplasma en orina positivo. Lavado broncoalveolar por broncoscopia con resultados negativos para mycobacterium tuberculosis, gérmenes comunes y hongos, citología (Papanicolau) en cepillado y lavado bronquial negativo para células neoplásicas. Biopsia transbronquial: metaplasia escamosa. Se inicio tratamiento con itraconazol de 200mg vía oral cada 12 horas por un mes, el cual se suspende al finalizar el mes por presentar mala evolución clínica y radiológica. En TAC de tórax de control se aprecia aumento del número y tamaño de lesiones nodulares, por lo que se decide realizar biopsia pulmonar por videotoracosopia, obteniendo como resultado de la anatomía patológica, tumor PEComatoso en relación a linfangioleiomiomatosis con pérdida de expresión de marcadores musculares, inmunohistoquímica, positivo para vintamina HMB45 y B-CATENINA.

Conclusiones

El PEComa es un tumor raro, poco reportado que por lo general su hallazgo es incidental, haciendo que su diagnóstico sea difícil; por lo mismo, la inmunohistoquímica es necesaria para confirmar dicha patología. Se debe tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales de nódulos pulmonares cavitados al PEComa.

Figura 1.



TRABAJO #277

Investigación Clínica

Respuesta terapéutica al cáncer de pulmón en relación a la ubicación lóbulo superior versus inferior a 2800msnm

Villacres L, Fernandez M, Rivera P, Jarrin M

Universidad Central del Ecuador Hospital oncológico Solon
Espinosa Ayala "SOLCA-Quito"

Introducción

Ampliamente se ha descrito la relación ventilación/perfusión idónea como: mayor ventilación y menor perfusión en lóbulos superiores mientras que presenta menor ventilación y mayor perfusión a nivel de las bases pulmonares, por lo que el objetivo de nuestra investigación es determinar la respuesta terapéutica dependiendo la ubicación del tumor a una altura de 2800msnm y su relación adicional con EGFR y consumo de cigarrillo.

Material y Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico Cáncer de Pulmón, tipo histopatológico, antecedente de consumo de cigarrillo a 2800 msnm atendidos en SOLCA-Quito durante los años 2011-2016. Para el análisis se requirió medidas tomográficas del ancho de las lesiones más representativas tanto al inicio como al fin de tratamiento, subdividiéndolas en respuesta del 100%, respuesta mayor al 75%, respuesta mayor a 50% pero menor a 75%, respuesta mayor a 25% pero menor a 50%, estabilidad o respuesta menor a 25%, e incremento de tamaño. Se analizó estadística de frecuencia, el cruce de variables se analizó mediante Chi cuadrado y se estableció curvas de sobrevida global por medio de Kaplan Meier.

Resultados

De los datos obtenidos durante los años 2011-2016 y un seguimiento transversal hasta el 2018 se obtuvo 57 individuos de los cuales, 32 hombres y 25 mujeres, ningún paciente respondió al 100% al tratamiento, 1 paciente tuvo respuesta mayor al 50% y menor a 75%, 3 respondieron más del 25% pero menos del 50%, mientras que 5 permanecieron estables y el resto progresó a la enfermedad. La supervivencia media para pacientes con tumores en lóbulo superior fue de 16.7 meses vs 15,6 meses para lóbulo inferior $p=0.34$; así mismo al cruce de variables no hubo respuesta en cuanto a localización, $p=0.46$. En cuanto al consumo de cigarrillo se apreció mayor predisposición a lóbulo inferior por el superior $p=0.005$. Con respecto a mutación de EGFR (16 pacientes) se pudo apreciar mayor respuesta a tratamiento en aquellos pacientes con mutación presente $p=0.38$, pero no hubo diferencia en cuanto a ubicación $p=0.170$.

Conclusiones

De acuerdo a nuestro análisis no hay mayor diferencia en cuanto a localización y relación ventilación perfusión en cuanto a tratamiento y supervivencia, es necesario seguir investigando e iniciar estudios prospectivos para avalar esta investigación.

Material y Métodos

CASO CLÍNICO: masculino de 20 años con enfermedad renal crónica (ERC) avanzada en hemodiálisis. Consultó por tos y disnea progresiva. Los estudios de laboratorio evidenciaron anemia severa y elevación de cuerpos azoados, la radiografía de tórax mostró derrame pleural derecho masivo (Figura 1); se le realizó varias toracentesis terapéuticas con intensificación de hemodiálisis sin mejoría, se colocó sonda endopleural y se realizó pleurodesis química con Bleomicina (30 unidades) sin presentar complicaciones inmediatas. 4 días posteriores presentó úlceras en orofaringe, caída de cabello y lesiones hiperpigmentadas en piel (Figuras 2-3). Recibió tratamiento con esteroides tópicos y antihistamínicos teniendo evolución favorable.

Resultados

-

Conclusiones

Nuestro paciente presentó casi todas las manifestaciones cutáneas de toxicidad secundaria, pero con la intensificación del tratamiento hemodialítico, administración de esteroides tópicos y antihistamínicos, tuvo una adecuada y favorable evolución, resolviendo completamente el cuadro.

TRABAJO #300

Reportes de casos

Toxicidad cutánea por bleomicina en pleurodesis. Reporte de un caso

Castellanos J, Contreras E, Palma M

Unidad Pulmonar, Hospital Roosevelt

Introducción

Pleurodesis es el proceso por el cual se realiza la fusión de la pleura parietal y visceral mediante agentes químicos o procedimientos abrasivos. La Bleomicina es un agente esclerosante utilizado en pleurodesis con tasas de éxito de hasta el 70%; la dosis recomendada no debe sobrepasar 1U/kg de peso. La toxicidad secundaria a Bleomicina se manifiesta por reacciones mucocutáneas hasta en el 10% y puede suceder a cualquier dosis. El tratamiento de las reacciones son esteroides tópicos, antihistamínicos y el retiro de la droga. Presentamos el caso de un masculino de 20 años con enfermedad renal crónica y derrame pleural persistente, presentó reacciones mucocutáneas a la pleurodesis con bleomicina que remitieron con el uso de esteroides tópicos y antihistamínicos.



Figura 1. Rayos X de tórax con derrame pleural derecho.



Figura 2. Alopecia.

TRABAJO #334

Reporte de casos

Linfoma pulmonar primario de células B de bajo grado. Reporte de Caso

Orozco O, Tapia C, Palma M

Unidad Pulmonar, Hospital Roosevelt

Introducción

El linfoma pulmonar primario es una proliferación linfoide que afecta el parénquima de uno o ambos pulmones sin compromiso extrapulmonar. Son infrecuentes, las manifestaciones clínica y radiológicas inespecíficas. El diagnóstico requiere de biopsia pulmonar mediante punción por TAC, videotoracoscopia o toracotomía. La inmunohistoquímica ayuda a diferenciar sus diferentes tipos; el tratamiento con quimioterapia y la detección temprana contribuyen a un mejor pronóstico. Presentamos el caso de un masculino de 56 años con Linfoma pulmonar primario de células B de bajo grado.

Material y Métodos

Caso Clínico: Masculino de 55 años, previamente sano, consulta por disnea progresiva y dolor torácico de 3 semanas; expuesto a humo de carbón durante 15 años. Clínicamente estable y sin alteración en paraclínicos. La TAC de tórax con consolidación en segmento lingular superior e inferior con broncograma aéreo y derrame pleural (Figura 1). Las biopsias transbronquiales por broncoscopia no fueron concluyentes y

se realizó biopsia por TAC observando en patología células atípicas con escaso citoplasma y núcleos irregulares correspondientes a proceso linfoproliferativo. La inmunohistoquímica fue positiva para CD45, CD20 y CD43 compatibles con linaje B y positividad para KI67 (Figura 2, paneles A-D). El diagnóstico fue Linfoma de Células B de bajo grado. Está en seguimiento por oncología y hematología, bajo esquema R-CHOP.

Resultados

-

Conclusiones

Nuestro caso tiene características similares a las reportadas en otras series, cumple con criterios de Saltzstein (1963), presenta afección pulmonar uni o bilateral, con o sin adenopatías mediastínicas o hiliares y sin evidencia de enfermedad extra torácica en los 3 meses siguientes al diagnóstico. Es de hacer notar, que debido a la particularidad y ambigüedad, éste es el único caso reportado en nuestra institución en los últimos 5 años.

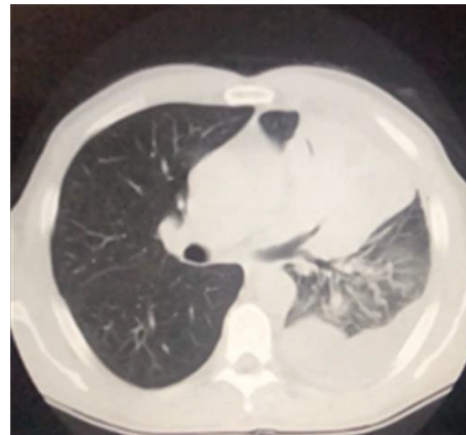


Figura 1: consolidación lingular con derrame pleural.

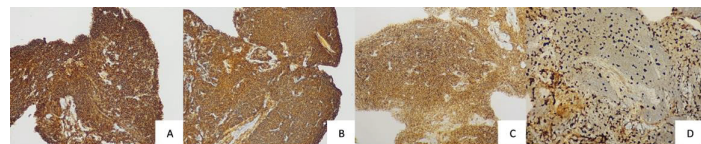


Figura 2: panel A) CD45: Positivo. B) CD20: Positivo C) CD43: Positivo. D) KI67: 10% Positividad

TRABAJO #338

Investigación Clínica

Derrame pleural: Diagnóstico diferencial entre linfoma y tuberculosis

González A, Fielli M, Carreño R, Sousa Matias D, Godoy R, Yusti G, Heres M, Zapata A, Benitez R

Hospital A Posadas

Introducción

La determinación de adenosina deaminasa (ADA) ha demostrado una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la pleuresía por tuberculosis (TB). La utilidad en el diagnóstico en patologías neoplásicas con derrame pleural (DP) no está determinada y existe escasa bibliografía. Los valores de ADA también se elevan en otras patologías como empiema, artritis reumatoidea y linfomas. Hasta el 20% de los pacientes con diagnóstico de linfoma presentan DP durante su evolución. El rendimiento de la citología del líquido pleural (LP) en neoplasias es del 50-70%; dependiendo del tipo de tumor y la carga tumoral. En linfomas, el rendimiento es menor que en tumores sólidos. Los pacientes con TB y linfomas comparten síntomas del cuadro clínico y características del LP, siendo difícil el diagnóstico diferencial en países de alta/moderada prevalencia de TB; por eso es importante identificar otros parámetros que orienten al diagnóstico. El objetivo es evaluar la utilidad de ADA en LP en pacientes con linfomas y compararlos con valores obtenidos en pacientes con otras neoplasias y con TB.

Material y Métodos

Se incluyeron los pacientes adultos con DP y determinación de ADA, atendidos en el Hospital Posadas entre mayo de 2016 y marzo de 2019. Se efectuó determinación de ADA y cultivo de Koch a todas las muestras de LP. Además, se estudiaron otras muestras respiratorias o extrapulmonares según el caso. El diagnóstico de linfoma fue definido por citología positiva o exudado con predominio linfocitario con enfermedad neoplásica de base, y/o compromiso pleural por TC y PET, citometría de flujo del LP, y/o respuesta a la quimioterapia. El diagnóstico de otra neoplasia se realizó de igual manera. El diagnóstico de TB fue definido como cultivo positivo en al menos una de las muestras enviadas o la respuesta al tratamiento empírico.

Resultados

Resultados: Se recolectó información de 309 pacientes. 63 pacientes con LP compatible con trasudado, 49 con derrame paraneumónico, 26 de causa no aclarada y 26 pacientes con se-

rología positiva para VIH fueron excluidos. Se incluyeron 87 pacientes con diagnóstico de TB, 44 con neoplasia diferente al linfoma y 14 con linfoma. El promedio de edad fue de 50 años ($DS \pm 19.84$). La diferencia entre el valor promedio de ADA en TB que fue de 87.7 U/I ($DS \pm 37.9$) y el del linfoma que fue de 36 U/I ($DS \pm 24.7$), resultó estadísticamente significativa ($p = < 0.001$). En neoplasia diferente al linfoma el valor de la media fue de 18.7 U/I ($DS \pm 11.92$), con una diferencia estadísticamente significativa con respecto al valor en linfoma ($p = < 0.001$).

Conclusiones

En nuestra serie el valor de ADA podría ayudar a diferenciar entre TB y linfomas, las limitaciones del mismo, es que la muestra es pequeña y es una serie retrospectiva.

TRABAJO #345

Investigación Clínica

Caracterización de pacientes con tumores tímicos manejados en una institución de alta complejidad en Cali, Colombia 2011 hasta 2019

Fernandez-Trujillo L, Morales EI, Scarpetta D, Velasquez M, Martinez DM, Sua LF

Departamento de Medicina Interna, Neumología, Fundación Valle del Lili. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi.
 Departamento de Cirugía, Cirugía de Torax, Fundación Valle del Lili. Centro de Investigaciones Clínicas, Fundación Valle del Lili.
 Departamento de Patología y Medicina de Laboratorio, Fundación Valle del Lili.

Introducción

Los tumores epiteliales tímicos son neoplasias infrecuentes que incluyen el carcinoma tímico, el timoma y los tumores neuroendocrinos. Representan el 0.2% al 1.5% de todas las neoplasias malignas. Aproximadamente 25% de los pacientes son asintomáticos, en los sintomáticos predominan los síndromes paraneoplásicos (50%) principalmente la miastenia gravis. El manejo de los tumores tímicos es complejo y requiere un equipo multidisciplinario. Nuestro objetivo es describir las características demográficas, clínicas, radiológicas, histopatológicas, quirúrgicas y los desenlaces de los pacientes llevados a cirugía torácica por tumores tímicos en Fundación Valle del Lili.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo observacional de una serie

de casos. Se incluyeron pacientes adultos llevados a cirugía torácica por neoplasias tímicas.

Resultados

Se encontraron 18 pacientes. 61,1% fueron hombres y 38,9% mujeres. Edad promedio 52,7 años. El 82,4% tuvieron síntomas: disnea 10 (58,8%), tos 7 (41,2%), dolor torácico 3 (17,6%). Síndromes paraneoplásicos: miastenia gravis 2 (11,1%), anemia aplásica 1 (5,6%), síndrome de Cushing 1 (5,6%). El 77,8% de las lesiones estaban en mediastino anterior; medida promedio 7,5cm; contornos lobulados 5 (38,5%), irregulares 3 (23,1%); densidad heterogénea 7 (53,8%); calcificaciones 4 (30,8%); derrame pleural 1 (5,5%). Histopatología: timoma 13 (72,1%), carcinoma 1 (5,6%), tumor neuroendocrino 2 (11,1%), timolipoma 1 (5,6%), quiste tímico 1 (5,6%). Tratamiento: quirúrgico 16 (89%), cirugía y quimioterapia 1 (5,5%), cirugía, radioterapia y quimioterapia 1 (5,5%); toracoscopia 12 (66,6%), esternotomía 5 (27,8%), toracotomía 1 (5,6%). Desenlaces: estancia hospitalaria promedio 11,9 días; estancia en UCI 3,3 días; muertes intrahospitalarias 1 (5,6%). En conclusión los tumores tímicos son neoplasias infrecuentes. El pilar del tratamiento es quirúrgico, pero requiere un grupo multidisciplinario. Ocurren alrededor de la sexta década de la vida. Los síntomas son frecuentes pero inespecíficos y pueden debutar con síndromes paraneoplásicos.

Conclusiones

Los tumores tímicos son neoplasias infrecuentes. El pilar del tratamiento es quirúrgico, pero requiere un grupo multidisciplinario. Ocurren alrededor de la 6° década de la vida. Los síntomas son frecuentes pero inespecíficos y pueden debutar con síndromes paraneoplásicos.

TRABAJO #351

Investigación Clínica

Caracterización de las pacientes con segundo cáncer primario de pulmón después de cáncer de mama en un hospital de alta complejidad en Latinoamérica

Fernandez-Trujillo L, Morales EI, Osorio A, Zúñiga V, Martínez DM, Ibarra C, Quintero N, Sua LF

Departamento de Medicina Interna, Neumología, Oncología, Departamento de Patología. Fundación Valle del Lili. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi. Centro de Investigaciones Clínicas, Fundación Valle del Lili

Introducción

El cáncer de mama (CM) y el cáncer pulmonar (CP) son los más comunes, con mayor morbilidad y mortalidad en mujeres. Los tratamientos actuales conllevan a supervivencias prolongadas, 10% de CM desarrollan segundos tumores primarios. Evaluamos las características, incidencia, seguimiento de pacientes con segundo primario de pulmón post CM en una institución de alta complejidad.

Material y Métodos

Serie de casos, datos demográficos, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, perfil molecular y tiempo de seguimiento, pacientes con CM con segundo primario CP entre 2014-2019, en la Fundación Valle del Lili. Análisis estadístico descriptivo, proporciones para $V/cualitativas$, medidas de tendencia central y desviaciones estándar para $V/cuantitativas$, con prueba de Shapiro-Wilk.

Resultados

10 pacientes con CP como segundo primario post CM. Edad al Dx de CM: $57 \pm 11a(35-73)$. Todos fueron carcinomas ductales, 66% der, 33% izq. 3 casos EIIA, 7 triple(-) (RP- RE-), 1 HER2 enriquecido (HER2 3+) y 2(+) para estrógeno y progesterona (RP+ RE+). 3 recibieron terapia hormonal (anastrozol o tamoxifeno). Todas recibieron radioterapia, 9 previo al CP, 1 concomitante. Periodo de latencia entre los dos Dx: $8a(0,5-17,5)$. 9 adenocarcinomas y 1 tumor carcinoide. Los adenocarcinomas, 3 EGFR mutado, 3 alta expresión de PD-L1, uno reordenamientos de ROS-1, no hubo rearrreglos del gen/ALK. Promedio tamaño tumoral 22mm, 6 nódulos pulmonares periféricos ($<3cm$). 3 tenían metástasis a distancia. 4 recibieron quimioterapia (3 con radioterapia), 6 cirugía de resección, 3 inhibidor de tirosin kinasa (pembrolizumab o erlotinib). Sólo una paciente (No.9) fa-

lleción, después de 69m de diagnóstico de CM, y 7 pacientes continuaron seguimiento en nuestro.

Conclusiones

La Incidencia de un segundo tumor primario está en aumento, CM y CP son los más frecuentes. CM tratados con radioterapia, tienen riesgo mayor de otros primarios como sarcomas, cáncer contralateral, CP. En 5a identificamos 10 CP con CM ductal previo. En la literatura, los resultados sugieren relación entre CM ductal y CP adenocarcinoma. El tiempo para el segundo primario fue 8a, similar a lo reportado de 12a(1-26). El CP de célula no pequeña en previo CM tiende a ser Dx en E tempranos. Frecuentemente se piensa en metástasis, pero la Bx y p. moleculares aclaran el Dx. Esto es importante en CM triple(-), todas las pacientes deben tener seguimiento estrecho y un abordaje multidisciplinario

TRABAJO #355

Reporte de casos

Calcificaciones Pulmonares Metastásicas asociadas a Malignidad Hematológica: Reporte de Caso

Fernandez-Trujillo L, Morales EI, Sanchez S, Sangiovanni S, Velasquez M, Sua LF

Departamento de Medicina Interna, Neumología. Fundación Valle del Lili Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi Centro de Investigaciones Clínicas, Fundación Valle del Lili Departamento de Cirugía, Cirugía de Tórax, Fundación Valle del Lili Departamento de Patología y Medicina de Laboratorio, Fundación Valle del Lili

Introducción

La calcificación pulmonar metastásica se asocia con enfermedad renal terminal, puede tener otras causas benignas (hiperparatiroidismo primario/secundario, sarcoidosis entre otras) o malignas(mieloma múltiple, carcinoma/paratiroideo, leucemia, linfoma, carcinoma/mama, carcinoma/sinovial, coriocarcinoma, entre otras) asociadas con hipercalcemia. Hay depósito de sales de calcio en las membranas basales epiteliales alveolares. A menudo asintomático, pero puede progresar a insuficiencia respiratoria. Presentamos el caso de un paciente con linfoma difuso de células-B y otros problemas quien desarrolla infiltrados persistentes y falla respiratoria con calcificaciones pulmonares extensas.

Material y Métodos

Revisión Historia Clínica.

Resultados

Hombre, 62 años, IRC-IIIa, historia de fiebre, diaforesis, pérdida/peso y masa abdominal en estudio. Remitido durante el proceso por presentar disnea, dolor torácico, síncope y signos de TVP, ingresa en falla respiratoria se realiza intubación orotraqueal. AngioTAC: TEP agudo, consolidación apical derecha, parches basales bilaterales, adenomegalias. Se iniciaron antibióticos y anticoagulación con HBPM. TAC abdominal: Masa retroperitoneal que rodea aorta y cava inferior. FBO: BAL S. aureus meticilino/sensible. Niveles de calcio y PTH normales. VIH(+) sin diagnóstico previo, citomegalovirus(+). Laparoscopia: Hígado infiltrativo, masa retroperitoneal. Patología: linfoma difuso de células grandes-B centro-germinal. Quimioterapia R-CHOP. Se logra extubación, persiste con tos, en nuevo TAC/tórax: Consolidación apical derecha y ganglios reactivos. Por persistencia de los hallazgos radiológicos se lleva a toracoscopia. Patología: Patrón de neumonía organizada con áreas de calcificaciones pulmonares >30% de paredes alveolares. Cultivo BAL(+) para micobacterias atípicas a la sexta semana. En el segundo ciclo de quimioterapia presenta bacteriemia por gramnegativos, se deteriora y fallece

Conclusiones

Las calcificaciones pulmonares metastásicas confunden la interpretación de las imágenes en pacientes tan complejos como el nuestro. Los infiltrados pulmonares persistentes a pesar de tratamientos antibióticos múltiples llevaron a la biopsia abierta para diagnóstico histológico. El tratamiento se basa en corregir la enfermedad de base, el producto calcio/fosforo y no es claro si esto pueda revertir los cambios a nivel pulmonar.

TRABAJO #399

Reporte de casos

Schwannoma em gânglio estrelado – Relato de Caso

Bachichi T G; Bachichi D; Bachichi N C; Ideal L F; Lopes A B C; Silva L A F

Hospital Santa Catarina, Universidade de Mogi das Cruzes – UMC,
Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ

Introducción

O Schwannoma é uma neoplasia do sistema nervoso periférico, originado das células de Schwann. Na maioria dos casos é assintomática, mas pode cursar com diversos sintomas tais como dor torácica e dispneia. A grande maioria é curada com a excisão cirúrgica, contudo em alguns casos pode ocorrer recidiva local.

Material y Métodos

O estudo consiste num relato de caso de um paciente com lesão de cerca de 5 centímetros em região mediastinal próxima à artéria subclávia esquerda e à artéria vertebral. Foi optado pela não realização de biópsia guiada por tomografia computadorizada visto a dificuldade técnica e risco de hemorragia. Optado então por ressecção cirúrgica por video-toracoscopia. Procedimento realizado em 195 minutos, com ressecção utilizando pinça Sonicision (meditronic). A metodologia utilizada foi revisão de prontuário, entrevista com o paciente e registro fotográfico de exames aos quais o paciente foi submetido e de imagens do intra-operatório.

Resultados

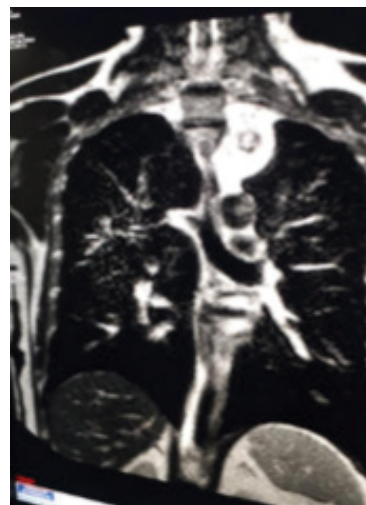
Em retorno ambulatorial 10 dias após cirurgia não apresentava sintomas exceto por leve ptose palpebral ipsilateral. Radiografia de tórax sem alterações. Permanecerá em acompanhamento por período indeterminado para acompanhamento. Anatomopatológico confirmou schwannoma com margens livres. Após 2 meses da cirurgia paciente permaneceu assintomático e com melhora da ptose palpebral esquerda.

Conclusiones

O Schwannoma é patologia relativamente comum na cavidade torácica. A peculiaridade desse relato se dá na localização da lesão que dificultou a abordagem devido ao íntimo contato com as artérias subclávia e vertebral, bem como sua origem no gânglio estrelado. A utilização de energia ultrassônica se deu para diminuir os riscos de transmissão de energia. O pa-

ciente evoluiu de maneira satisfatória no período pós-operatório e no acompanhamento por 6 meses não apresentando mais sintomas desde então.

Figura 1.



TRABAJO #405

Reporte de casos

Tumor miofibroblástico-inflamatorio de tráquea

Chico María F, Rosero Carlos, Aucacama Myrian

Hospital Eugenio Espejo

Introducción

El tumor miofibroblástico de tráquea es poco frecuente y debido a los escasos reportes existentes, el objetivo del artículo es presentar un nuevo caso y revisar la literatura especializada sobre el tema. El tumor miofibroblástico de tráquea es infrecuente, de etiología desconocida, aunque hay evidencia de reordenamiento del cromosoma 2p23 y la expresión de citosina linfoma anaplásica 1 (ALK) y p80; su estructura constituida de una colección localizada de células inflamatorias y fibroblásticas. Se presenta a cualquier edad y sexos, la clínica, radiográfica y microscopía simulan neoplasias malignas, pero fácilmente descartada por estudio histológico y representa el 1% del total de tumores del tracto respiratorio, pudiendo reportarse casos en; órbita, bazo, tracto genitourinario, SNC y laringe; con una mortalidad específica de menos del 10%, producida principalmente por invasión local. Estos tumores tie-

nen un comportamiento agresivo local, de crecimiento lento o rápido y manifestaciones progresivas por efecto de masa. En la actualidad, es considerado como una neoplasia de potencia biológica intermedia, de apariencia histológica variable. La sintomatología es inespecífica y muy diversa, por lo general se presenta como una masa bien delimitada que ha ido creciendo durante meses o años. La disnea suele ser el síntoma principal, estos tumores tienden a producir pequeñas hemorragias y neumonía pos obstructiva, en algunos casos puede llevar a insuficiencia respiratoria aguda.

Material y Métodos

Presentación del caso clínico.

Resultados

Paciente femenina de 35 años sin antecedentes, con cuadro de 1 año de evolución de disfonía, dificultad respiratoria, disnea progresiva hasta ser de mínimos esfuerzos. Presenta reingresos al Hospital General Latacunga, a manejarse como crisis asmática. Al examen físico estridor laríngeo inspiratorio y espiratorio. La TAC de Tórax y Broncoscopia muestran obstrucción casi total de la tráquea por lo que se decide resolución quirúrgica. La histopatología concuerda con tumor miofibroblástico inflamatorio. La Broncoscopia de control muestra resolución total de la patología, al momento paciente está en evaluación periódica.

Conclusiones

El tumor miofibroblástico no solo es un reto del diagnóstico específico si no del diferencial, por lo que es preciso establecer el mismo y aplicar el tratamiento adecuado.

TRABAJO #425

Reporte de casos

Síndrome Peutz Jeghers un Desafío Diagnóstico

Zuna E; Carreño R; Cruz A; García A; Bigot M; Tummolino C

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas Servicio de Neumonología - Área de Broncoscopia

Introducción

El Síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ), es un síndrome poco frecuente considerado inicialmente como una enfermedad hamartomatosa benigna, actualmente se sabe que estos pacientes tienen mayor riesgo que el de la población en general para desarrollar enfermedad neoplásica gastrointestinal como extragastrointestinal.

Material y Métodos

Serie de casos llevada a cabo en el Hospital del Norte de la ciudad de Alto, La Paz (Bolivia) localizado a 4 090 metros sobre el nivel del mar, durante el periodo 01 Octubre 2019-31 Enero de 2020. Se incluyeron 119 participantes en quienes se calculó el índice SaO₂/FiO₂ con respiración a aire ambiente de manera casual, al momento de ingreso o control prenatal de los participantes. Paciente femenina de 45 años, con antecedentes: asmática, mastectomía radical modificada por nódulo mamario izquierdo con resultado anatomopatológico inespecífico y poliposis colónica con biopsias endoscópicas compatibles con pólipos hamartomatosos que en contexto de pigmentaciones melanocíticas bucales al examen físico y evento oclusivo intestinal se confirma el diagnóstico de Síndrome de Peutz-Jeghers. Acude a nuestro servicio dos años después por tos seca y disnea clase funcional I-II, sin otro síntoma asociado. Se

Figura 1.



En el lumen traqueal a nivel de T2 se evidencia lesión polipoide de densidad de tejidos blandos, contornos regulares de aproximadamente 20mm de diámetro mayor que ocluye el 80% de la luz traqueal.

Broncoscopia muestra imagen polipoide en el lumen de la tráquea. Pre-quirúrgico

Broncoscopia muestra luz de tráquea libre Post-quirúrgico

solicita espirometría VEF1/FVC: 69% VEF1: 2,15 (62%) FVC: 3.12 (72 %) prueba broncodilatadora no significativa. TAC tórax con nódulos pulmonares bilaterales. Se programó una broncoscopia diagnóstica observándose lesiones sobreelevadas polipoides en ambos bronquios fuentes, se realiza biopsias. Con resultado anatomopatológico: mucosa bronquial con mínimos cambios hiperplásicos del epitelio superficial.

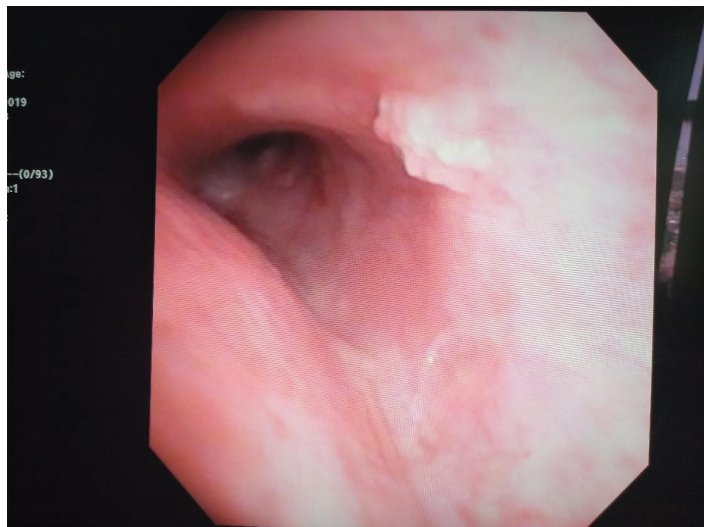
Resultados

El SPJ está asociado a una alta incidencia de recurrencia y riesgo significativo de neoplasia, sobre todo del tracto gastrointestinal, mama, páncreas y pulmón. La mutación del gen LKB1 se considera una de las causas del síndrome de Peutz-Jeghers. Según la literatura además estas mutaciones ocurren en aproximadamente un tercio de los casos de adenocarcinomas de pulmón. Los pólipos hamartomatosos también se han descrito en otros lugares como vesícula biliar, tracto urinario, orificios nasales e incluso bronquios. Nuestra paciente se encuentra en plan de nuevo estudio diagnóstico para una mejor caracterización histológica de dichas lesiones polipoides bronquiales.

Conclusiones

Deberá efectuarse un estrecho seguimiento del paciente con SPJ durante toda su vida, examinando el tracto gastrointestinal y el resto de los órganos que son susceptibles a complicaciones o desarrollo de enfermedad neoplásica y así mejorar su sobrevida.

Figura 1.



TRABAJO #441

Reporte de casos

Metástasis orbitaria, diagnóstica de carcinoma microcítico de pulmón

Aisa D, Rubinstein P, Becerra E, Zayas D, Odreman E

Centro Médico Teknon, Hospital Universitari Sagrat Cor, Institut Català de la Retina

Introducción

Caso clínico de interés (Oncología torácica).

Material y Métodos

Caso clínico de interés (Oncología torácica).

Resultados

Ver PDF adjunto.

Conclusiones

El cáncer de pulmón de células pequeñas (SCLC):

- Representa el 13-20% de todos los diagnósticos nuevos de cáncer de pulmón.
- Es el subtipo histológico más agresivo.
- Fuerte predilección por las metástasis tempranas.
- El cerebro es un sitio común de metástasis en SCLC, 70% de los casos.
- En el diagnóstico inicial, al menos el 10% de los pacientes ya tienen metástasis cerebrales, señalan enfermedad en estadio IV y anuncian un mal pronóstico.
- La quimioterapia citotóxica (terapia combinada basada en platino) es efectiva para las metástasis orbitales, así como para la lesión primaria.
- Las metástasis orbitarias de las neoplasias sistémicas son raras.
- En cuanto a lesiones ocupantes de espacio en la órbita, solo el 2.5% son metástasis.
- Metástasis orbitarias representan 1% -13% de todos los tumores orbitarios.
- Aproximadamente el 2% -4.7% de todos los pacientes con cáncer desarrollan metástasis orbitarias.
- El carcinoma de mama es el tipo más frecuente para metastatizar en la órbita (29% -75%), seguido próstata y piel (melanoma) (12%), pulmón (8%) y riñón (7%). El curso clínico de las metástasis orbitarias de cáncer de pulmón depende del tumor primario y sus tipos histológicos.
- La edad típica de presentación >40 años, media 55,5 y 62 años.

- El tiempo medio entre detección del tumor primario y afectación orbitaria es de 43-71 meses.
- Los signos y síntomas muestran un inicio rápido: limitación MOE (54% -61%), desplazamiento del globo y proptosis (39% -75%), dolor (17% -57.4%), diplopía (9% -49%), ptosis del párpado (16% -74.5%), masa palpable (21% -43%), disminución de la agudeza visual (7% - 41%).
- Los síntomas oftalmológicos pueden estar precedidos por síntomas sistémicos, si el sitio primario es el pulmón, el tracto gastrointestinal, la tiroides o el riñón.
- El pronóstico en presencia de metástasis orbitales es pobre, supervivencia media de 10-18 meses, que disminuye a 4 meses en casos de cáncer de pulmón.
- El tratamiento de las metástasis pulmonares orbitarias suele ser paliativo, con la intención tanto del control local del tumor como de la preservación de la visión.
- La quimioterapia sistémica ha demostrado un efecto curativo en la mayoría de casos.
- La radioterapia durante 1-5 semanas, puede ser el pilar tratamiento, tasas de respuesta 79%, dosis de 30 a 50 Gy. Otras opciones: terapia hormonal, resección quirúrgica, termoterapia transpupilar y quimioterapia intravítrea.

Figura 1.

Tumoración orbitaria, ptosis y limitación del MOE



Figura 2.

Post-descompresión orbitaria + extirpación del tumor



Figura 3.

Tarsorrafia por queratopatía



Figura 4.

Evisceración urgente por endoftalmitis



Figuras 5, 6, 7 y 8.

RM de tumoración orbitaria cuadrante superior de órbita derecha no erosión ósea

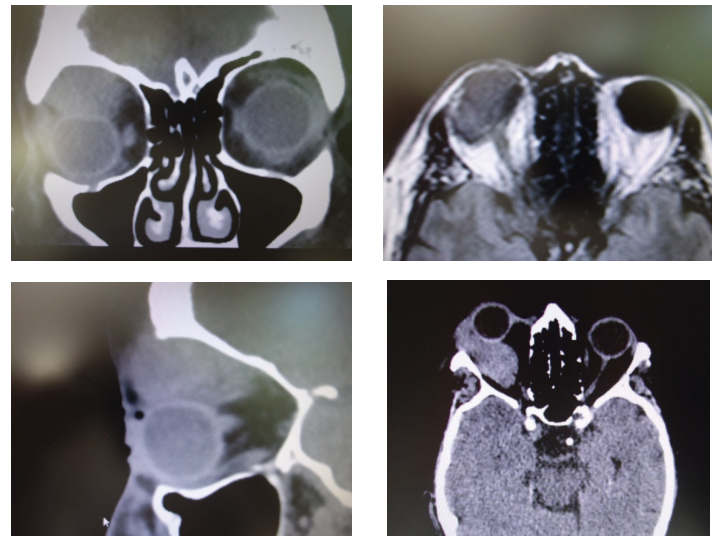


Figura 9.

Adenopatía N4R de 15 mm (TAC torácico de 12/2019)

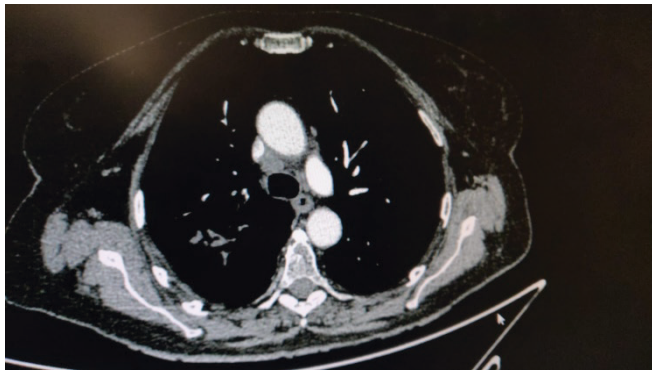
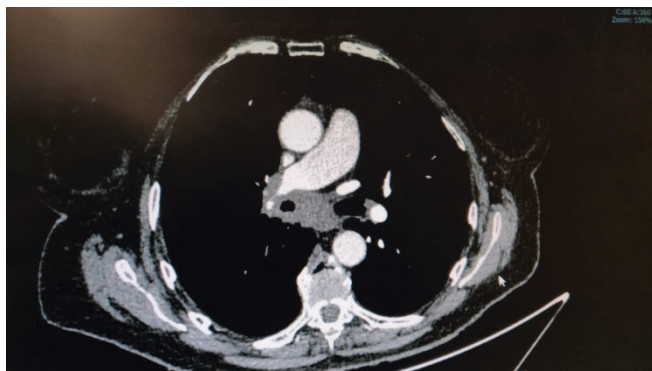


Figura 10.

Adenopatía subcarinal de 22 mm (TAC torácico de 12/2019)



TRABAJO #448

Investigación Epidemiológica

Tumor carcinoide pulmonar. Experiencia en 10 años en un Instituto Universitario. Serie de casos

Mansilla D; Giorlando A; Gilardoni A; Lopez JL; Radrizzani D; Thompson L; Boyeras I

Instituto de Oncología Ángel H. Roffo

Introducción

Los tumores carcinoide pulmonares (TCP) son neoplasias malignas raras que surgen de las células neuroendocrinas, llamadas células de Kultschitzky, cuya incidencia es de 0.2 a 2 casos por cada 100.000 habitantes en todo el mundo. Representa el 30% de los tumores neuroendocrinos bien diferenciados y el 2% de todos los cánceres de pulmón. Según las características histopatológicas la WHO lo clasifico en: carcinoide de bajo grado o típicos (CT), y de grado intermedio o atípicos (CA). Objetivo Describir las características clínico epidemiológicas

de la población de pacientes (pts) con TCP, y la supervivencia. Determinar la frecuencia de complicaciones durante el procedimiento diagnóstico a través de broncoscopia.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo y observacional de todos los pts con diagnóstico de TCP atendidos entre 2010 hasta 2020 en Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Se describen datos demográficos, características clínicas, tratamiento y resultados para esta población.

Resultados

De los 33 pts con diagnóstico de TCP, 57% correspondieron a CT y 43% CA, siendo identificado historia de tabaquismo en el 21% y 24% para ambos grupos respectivamente. 60% fueron mujeres. La media de edad en años fue 53 (26-86), correspondiendo 51.4 para CT y 54.5 años para CA ($p=0,551$). Los síntomas de presentación con mayor frecuencia fueron: tos (48%), seguido por síndrome carcinoide, disnea, astenia, dolor. El tiempo promedio desde el comienzo de los síntomas hasta lograr el diagnóstico fue 12.6 meses, siendo 18.3 meses para el grupo de CT, y 4,6 meses para CA. La mediana del % de expresión de Ki67 es 4 vs 7. 22 pts fueron sometidos a fibrobroncoscopia para evaluación diagnóstica. El 59% presentaron lesión endobronquial, se obtuvo diagnóstico histopatológico en el 41% de los procedimientos, con una tasa de complicaciones del 4,7% correspondiente a sangrado que no requirió intervenciones complejas para su control. Se sometieron a tratamiento quirúrgicos 19 pts: lobectomía (58%), bilobectomía (10%), neumonectomía (32%). El 36% se correspondió a estadio IV según clasificación de AJCC 2018, seguido por 30% estadio I y 21,2% estadio II. La mediana de supervivencia global en meses fue 37 (23-92). Presentando significancia estadística en los subgrupos: ECOG 1-2 vs 3-4: $p=0,008$, metástasis vs sin metástasis $p=0,017$, grupo cirugía con intención curativa, vs pts no quirúrgicos $p=0,005$.

Conclusiones

En nuestra serie de TCP, observamos una alta frecuencia de CA, con enfermedad avanzada al momento del diagnóstico. El redito diagnóstico de las fibrobroncoscopia y la tasa de complicaciones se corresponde con la descripta. La supervivencia global es la esperada para esta población. Se necesita más conocimiento sobre esta entidad en los países de América del Sur.

TRABAJO #473

Reporte de casos

Linfoma No Hodgking folicular primario de localización inusual: Endobronquial. Presentación de un caso

Casanova Mendoza A. Rojas - Marroquín J. Salas Lopez J. Uribe barreto A

Servicio de Neumología del Hospital Nacional Dos de Mayo

Introducción

El Linfoma pulmonar primario (LPP) es muy raro. Mientras que las formas extranodales suponen el 24 a 50% de los casos de LNH, el LPP representa sólo el 3 a 4% de los LNH extranodales, menos del 1% de los LNH y sólo del 0.5 al 1% de los tumores pulmonares primarios. Es extremadamente infrecuente que la linfoproliferación se localice en el lumen de la vía aérea de gran calibre como la tráquea y/o los bronquios. El objetivo es conocer las características de esta condición oncológica extremadamente rara.

Material y Métodos

Paciente varón de 57 años, con un tiempo de enfermedad de 8 meses, forma de inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por tos, dolor torácico, disnea, y hemoptisis. Paciente sin antecedentes de importancia. Inicia su enfermedad con tos sin expectoración, incrementándose en el tiempo y haciéndose productiva llegando a la hemoptisis, dolor torácico izquierdo y pérdida de peso aproximadamente 6 Kg en los últimos tres meses. Las baciloscopías de esputo fueron negativas. En la radiografía de tórax se evidencia una obturación del seno costofrénico izquierdo con elevación del hemidiafragma ipsilateral. Se le realiza una TAC con contraste donde se describe una masa solida con realce del contraste en la luz del bronquio principal izquierdo a nivel de la bifurcación, con ganglios sospechosos a nivel peritraqueal ipsilateral. Efusión pleural laminar basal posterior izquierda. Múltiples nódulos sólidos en el bazo compatible con implantes secundarios, hallazgos sugieren una neoplasia endobronquial maligna. Se le realizó una broncofibroscopía donde se evidencia; tumoración en tronco bronquial izquierdo que se extiende hasta la carina, con necrosis y signos de sangrado escaso. Se realiza biopsia de tumoración.

Resultados

El resultado de la anatomía patológica es un Linfoma No Hodgking de Células B - Linfoma Folicular Grado II, realizándose

inmunohistoquímica CD 20 (+2); CD 10 (+2); Bcl2 (+2); Bcl6 (+); KI67 (+); CD3 (+/-) ; Ck7 (-) ; SINAPTOF (-). El resto de los estudios fueron negativos.

Conclusiones

El caso descrito hace parte de la rara forma de presentación del linfoma no Hodgkin de células B con manifestación tipo I del compromiso endobronquial según la clasificación de Rose, cuyo comportamiento se dio como lo describe la literatura.

Figura 1.



TRABAJO #512

Reportes de casos

Quiste dermoide, una variante del raro teratoma pulmonar maduro

Castañeda A, Osornio J y Briseño A

Centro Médico Puerta de Hierro Colima

Introducción

El teratoma es un tumor benigno en la mayoría de los casos, poco frecuente, origen congénito normalmente diagnosticado a la edad adulta temprana, los diagnósticos son en su mayoría por hallazgo radiográficos o síntomas de desplazamiento de vía aérea. El teratoma pulmonar sin compromiso de mediastino es una entidad rara, de presentación del teratoma, en la literatura son pocos los reportes del teratoma pulmonar, todos

ellos como casos clínicos aislados, los signos y síntomas siempre van asociados a su tamaño y el efecto de masa que puedan presentar.

Material y Métodos

En esta ocasión presentamos el caso de una mujer de 27 años con diagnóstico de tumoración pulmonar voluminosa en radiografía, paciente asintomática, el motivo de Rx de tórax fue dentro del cribado laboral. El abordaje del caso llevo los siguientes estudios.

Resultados

Tomografía de tórax. - Tumoración pulmonar de 7 cm que ocupa el 70 % del lóbulo superior izquierdo, lesión heterogénea en su interior, densidades compatibles con grasa y hueso, impresión diagnóstica de tomográfica, teratoma. Espirometría con FEV1 de 82 % de su valor predicho. Broncoscopia, se observa a través de bronquio lingular superior la presencia de una estructura blanca similar a diente que ocluye el 100 % de la luz bronquial, se procede a realizar criobiopsia con criosonda 1.9 obteniendo una porción de aproximadamente de 1 cm de cabello envuelta en material oleoso, posterior se procede a realizar criobiopsia transbronquiales y de estructura blanquecina esta última crio resistente. Reporte patología: los cortes histológicos muestra elementos de queratina, pelo glándula seromucinoso y epitelio respiratorio reporte de teratoma maduro. Procedimiento definitivo, lobectomía superior izquierda, reporte final de patología, quiste dermoide intrapulmonar.

Conclusiones

El quiste dermoide pulmonar es considerado una variante de los teratomas, con presentación muy rara y atípica originado solo de capas celulares ectodérmicas, su comportamiento es benigno, no se han reportados casos de inmadurez en esta presentación, el tratamiento resolutivo siempre es quirúrgico.

Figura 1.



TRABAJO #545

Reporte de casos

Neumotórax espontáneo (NT) secundario a hamartoma pulmonar (HP) gigante

Hanuch F., Herrera N., Gómez M., Czischke K

Clinica Alemana de Santiago Universidad del Desarrollo Hospital Padre Hurtado

Introducción

Los HP son los tumores pulmonares benignos (TPB) más frecuentes y corresponden a la tercera causa de nódulo pulmonar solitario (NPS). Reportamos un caso que debuta como un neumotórax (NT) espontáneo.

Material y Métodos

Caso clínico.

Resultados

Hombre de 48 años sano consulta por 3 días de disnea progresiva y dolor costal derecho. Tomografía computada de tórax (TAC), descartó embolia pulmonar, confirma NT derecho moderado y describe masa heterogénea central que reemplaza el lóbulo superior derecho (LSD), focos de gruesas calcificaciones y de atenuación grasa, periférico a la lesión hay focos similares y zonas enfisematosas. PET-CT no muestra captación. Durante la cirugía se observa una bula gigante que incluye el segmento basal lateral del LSD. El resto del parenquima estaba completamente reemplazado por múltiples lesiones calcificadas tipo "popcorn". Se realiza lobectomía de LSD. La macroscopía mostró masa dominante de 14,5 x 14 x 16 cm, con múltiples nódulos pequeños que brotaban hacia la pleura visceral. El tumor estaba compuesto de diferentes tipos de tejidos mesenquimático; condroide, oseoso, mixoide y adiposo y una zona circundante de cambios enfisematosos. Se diagnóstica HP gigante.

Conclusiones

Los HP son el TPB más frecuente, representan el 8% de todas las neoplasias pulmonares. Están compuestos por nódulos de diferentes tipos de tejidos conectivos (cartilago, tejido oseoso, adiposo y fibromixoide) en proporciones variables. Su presentación típica es como NPS en paciente asintomático. No hay casos descritos de debut como NT. Nuestro reporte muestra un caso excepcional de HP gigante, asociado a

múltiples lesiones satélites que se asocian a cambios enfisematosos que podrían haber causado un efecto de válvula intrabronquial del tumor o una destrucción del parénquima secundaria a la obstrucción crónica.

Figura 1.

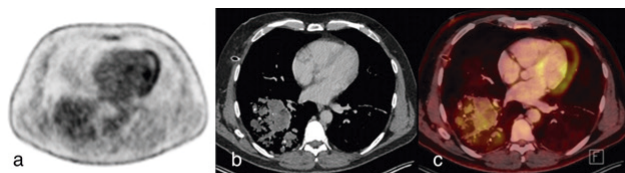
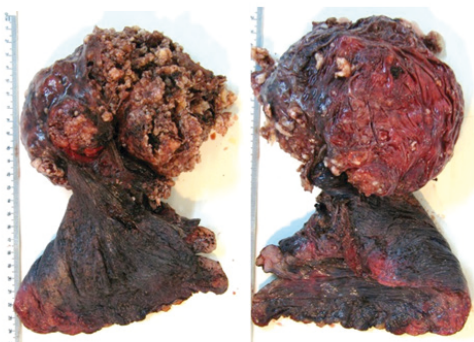


Figura 2.



TRABAJO #567

Investigación Clínica

Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos a pleurodese com talco devido a derrame pleural neoplásico

Kohama M., Samir K., Botter M., Parodi A, Neves L., Saad R., Dorgan V., Farias I., Sakae R

Santa Casa da Misericórdia de São Paulo

Introducción

Derrames pleurais neoplásicos formam parte do diário do cirurgião torácico e a pleurodese é um procedimento que demonstra eficácia conhecida para controle dos mesmos nos pacientes com doença metastática pleural, porém gostaríamos saber desde a ótica dos pacientes o impacto na qualidade de vida após o procedimento. OBJETIVO Avaliar, a partir de questionários pré-estabelecidos, a qualidade de vida de pacientes com derrame pleural neoplásico após serem submetidos a pleurodese com talco.

Material y Métodos

Estudo prospectivo e observacional que analisou a qualidade de vida de pacientes portadores de derrame pleural neoplásico por meio da avaliação objetiva do Índice de Karnofsky e da aplicação do questionário QLQ-C30 v.3 em três momentos distintos: pré-operatório (M0), 7 dias após a realização de pleurodese com talco (M1) e 1 mês após o procedimento (M2). Critérios de inclusão: derrame pleural recidivante e sintomático, Karnofsky acima de 60 e expansão pulmonar completa após a drenagem. Critérios de exclusão: derrame pleural não refratário e evidências de encarceramento pulmonar.

Resultados

Foram avaliados 18 pacientes entre fevereiro de 2017 e julho de 2018, sendo 12 mulheres e seis homens, com média etária de 56,9 anos. As causas dos derrames pleurais foram câncer de mama (4), pulmão (4), ovário (3), colón (2), colo uterino (2), próstata (2) e esôfago (1). Não houve recidiva do derrame em nenhum doente. Não houve mortes relacionadas ao procedimento. Os escores médios EORTC nos diferentes momentos foram, respectivamente, 34,7 (M0), 64,6 (M1) e 59,2 (M2). A comparação entre os momentos M0 e M1 demonstrou melhora na qualidade de vida ($p < 0,005$), assim como a comparação entre M0 e M2 ($p < 0,005$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os momentos M1 e M2. As medianas da Escala de Performance de Karnofsky nos diferentes momentos foram, respectivamente 50 (M0), 60 (M1) e 60 (M2), sendo que a comparação dos resultados no pré e pós-operatórios demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$).

Conclusiones

A pleurodese com talco é um procedimento seguro e eficaz no tratamento do derrame pleural neoplásico, proporcionando significativa melhoria da qualidade de vida de pacientes assim tratados, a mesma que evidenciase imediatamente após o procedimento sendo mantida esta melhora na qualidade de vida no controle 1 mes após procedimento.

Enfermedad de Castleman: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Olivera D, Quintero M, Vera R, Berbesi F

Hospital Universitario Erasmo Meoz

Introducción

La Enfermedad de Castleman (EC) es un desorden linfoproliferativo, generalmente de mal pronóstico, que se caracteriza por el crecimiento hiperplásico angiofoliolar de los nódulos linfáticos. Esta enfermedad que fue descrita por primera vez en 1950, afecta a un solo ganglio en la forma localizada, mientras que en la forma multicéntrica se pueden ver varias cadenas ganglionares afectadas, siendo los más comunes en el tórax, abdomen y cuello respectivamente. Histológicamente se han descrito 3 tipos principales: Tipo Vascular Hialino asociado al 89% de los casos, de Células Plasmáticas y mixto. Aunque la enfermedad de Castleman se ha descrito también como una variante histopatológica del síndrome de POEMS, algunos estudios reportan asociación de la enfermedad con la infección del Herpes Virus Humano-8 (HHV-8), el VIH y con el síndrome de TAFRO.

Material y Métodos

Revisión de caso clínico y revisión de la literatura en PubMed con los términos: "Castleman's Disease", "POEMS", "VIH", "HHV-8".

Resultados

Femenina de 16 años, sin antecedentes de importancia, clínica de 11 meses de evolución de aparición de masa superior izquierda del tórax, con extensión a axila, sin pérdida de peso u otra sintomatología. Mediante TC y RM se identificó una masa heterogénea que protruye hacia el lóbulo superior izquierdo, con adenopatías axilares izquierdas, en relación con 2 y 3 arco costal que además presentó hiperreactividad blástica anormal en la Gammagrafía Ósea, todo esto interpretado como de etiología maligna, por lo cual se realizó una biopsia guiada por imagen, que reportó un compromiso por tumor maligno de célula pequeña. Dos meses después se interviene por Videotoracoscopia, en la cual se identificó una masa tumoral de compromiso endotorácico extra pleural, que fue reseca por incisión torácica anterior superior izquierda, con resección costal de 2 y 3 arco costal, y posterior toracoplastia. La patología e inmunohistoquímica reportó lesión compatible con

Enfermedad de Castleman de tipo Hialino Vascular. Luego de 15 meses de seguimiento la paciente se encuentra asintomática y sin recurrencia patológica de la enfermedad.

Conclusiones

La Enfermedad de Castleman no puede encerrarse como una única enfermedad, sino como un conjunto de trastornos linfoproliferativos de origen no clonal, muy poco frecuente y con una presentación clínica muy inespecífica. El HHV-8, el VIH y la IL-6 se han asociado en el proceso fisiopatológico, aunque al día de hoy no se ha logrado establecer una etiología clara. Nuestro caso es consistente con los publicados internacionalmente, y, deja en evidencia el abordaje y evolución de la enfermedad en nuestro medio. En la actualidad existe literatura que muestra una buena experiencia en el uso de terapia con anticuerpos monoclonales, aunque se necesitan más estudios poblacionales que permitan ofrecer una recomendación válida.

Niveles de PD L1 soluble en pacientes con cáncer de pulmón y su relación con eventos respiratorios durante el sueño en una cohorte de pacientes prospectiva

Perez-Warnisher M. T. Cubillos C. Giraldo-Cadavid L. F. Moreno-Giraldo A. Cabezas E. Gómez-García T. Troncoso F. Garcia-Río F. Peces-Barba G. Seijo L. M

1 Clínica Universidad de Navarra - Madrid (España) 2 Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ - Madrid (España) 3 Fundación Neumológica Colombiana; Universidad de La Sabana; Bogotá (Colombia) 4 Hospital Universitario La Paz - Bogotá (Colombia) 5 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz - Madrid (España) 6 Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ - Madrid (España) 7 Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Ciberes - Madrid (España) 8 Clínica Universidad de Navarra. Ciberes - Madrid (España).

Introducción

Los estudios en humanos y animales han revelado una asociación entre la hipoxemia nocturna y la PDL1, un marcador de respuesta a la inmunoterapia en el cáncer de pulmón. El estudio SAIL investigó la prevalencia de trastornos respiratorios del sueño en una cohorte no seleccionada de pacientes con cáncer de pulmón utilizando la prueba de apnea del sueño en el hogar (HSAT) Nuestro objetivo fue buscar una posible aso-

ciación entre los niveles solubles de PDL1 y las variables relacionadas con el sueño en una cohorte de pacientes con cáncer de pulmón sometidos a HSAT.

Material y Métodos

47 pacientes con cáncer de pulmón recién diagnosticado fueron sometidos a HSAT con el polígrafo NOXT3 antes de iniciar el tratamiento contra el cáncer. Se registraron variables epidemiológicas, oncológicas y respiratorias. El ELISA se realizó en suero para determinar los niveles solubles de PDL1. Las variables cualitativas se analizaron por la prueba de Chi cuadrado, las cuantitativas por la prueba de suma de rangos de Wilcoxon o por el coeficiente de correlación de Spearman (por tener distribución asimétrica).

Resultados

De los pacientes incluidos 57% fueron hombres, 61% tenían adenocarcinoma, 42 eran fumadores (actuales o por antecedente), el 51% tenía EPOC y el 53% tenía enfisema. 35 pacientes tenían apnea del sueño (75%) de los cuales 24 tenían apnea del sueño moderada o grave. Los niveles medios de PDL1 fueron 211,93 pg / ml +/- 260. El análisis bivariado reveló una asociación entre los niveles de PDL1 y las apneas centrales y mixtas ($p = 0.02$) y una tendencia estadística entre el enfisema y los niveles de PDL1 ($p = 0.05$) y el IDO3% y niveles de PDL1 ($p = 0.09$). No se encontró asociación entre PDL1 soluble y otras variables relacionadas con el sueño, incluido el tiempo pasado por debajo de 90% de saturación, el índice de apnea hipopnea o variables epidemiológicas como la EPOC.

Conclusiones

Las apneas centrales y mixtas se correlacionaron con los niveles solubles de PDL1. Se observó una tendencia estadística que sugiere una posible asociación entre los niveles de PDL1, el enfisema y los índices de desaturación en pacientes con cáncer de pulmón.

TRABAJO #686

Reporte de casos

Sarcoma sinovial pleuropulmonar: presentación de un caso original

Valdiviezo N, Chávez M, Moyano M, Mejía A, Palacios P

Hospital General Docente de Calderon- Quito

Introducción

El sarcoma sinovial pleuropulmonar (SSPP) es una entidad morfológica, clínica y genéticamente distinta y se puede apreciar en cualquier ubicación. Es un tumor mesenquimal de células fusiformes con una diferenciación epitelial variable. No existe una terapia estandarizada, generalmente el tratamiento es quirúrgico. 1 Se presenta caso de una paciente, de 40 años de edad quien presenta clínica inespecífica y en estudio de imagen se objetiva derrame pleural, sin respuesta al tratamiento. Se realizan estudios de extensión, paraclínicos y biopsia de pulmón a cielo abierto, que reportó positivo para malignidad y estudios inmunohistoquímicos diagnóstica un sarcoma sinovial monofásico. Pese a tratamiento adyuvante, evoluciona desfavorablemente y fallece. Objetivo Aprender acerca de Sarcoma Sinovial Pleuropulmonar a través de la presentación de un caso excepcional, con la finalidad de que los lectores estén capacitados para identificar los puntos claves de la patología (principales características epidemiológicas, clínicas y patológicas) a pesar de su rara presentación.

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, de sarcoma sinovial pleuropulmonar monofásico, haciendo hincapié en sus características clínicas, radiológicas e histológicas.

Resultados

El SSPP es un tumor pulmonar primario extremadamente raro y con una descripción basada en un número limitado de casos. El diagnóstico solo puede ser establecido después de que los estudios clínicos y de imagen han descartado cualquier otra localización posible que justifica la extensión pulmonar. Así mismo se precisa un detallado estudio inmunohistoquímico, para su diagnóstico definitivo. El tratamiento es quirúrgico y su pronóstico es pobre con una tasa de supervivencia general de 50% a los 5 años.

Conclusiones

Los sarcomas sinoviales pleuropulmonares son una entidad rara entre los tumores primarios de pulmón. En nuestro hos-

pital no se atendido con anterioridad a un paciente con este diagnóstico, se ha revisado en la bibliografía a nivel de Ecuador siendo éste el primer caso clínico descrito en nuestra localidad, esto podría deberse a que tan solo 3% ocupa otras neoplasias a nivel de pulmón, por lo que ratificamos su naturaleza. Se ha descrito que el pronóstico de los pacientes depende mucho de si cumple con criterios de ser extirpable o inextirpable debido a que la cirugía juega un papel esencial, así como las diversas modalidades terapéuticas que han sido comentadas.

TRABAJO #701

Investigación Clínica

Metástasis pulmonar inusual por sarcoma uterino indiferenciado

Gomez C, Chacon M, Garcia D, Fajardo J.

Universidad Industrial de Santander, Grupo de investigación

MEDITA

Introducción

Los Sarcomas Uterinos son el 1% de las patologías malignas uterinas, y el 5% son indiferenciados (1). Las metástasis pulmonares pueden ocurrir años después del manejo quirúrgico radical (2). Los hallazgos imagenológicos son inespecíficos y la clasificación histopatológica inicial puede ser errónea, siendo un desafío diagnóstico.

Material y Métodos

Mujer de 63 años, que consultó en 2020 por presentar fiebre cuantificada, dolor pleurítico izquierdo y expectoración blanquecina. Antecedente de carcinoma endometrial pobremente diferenciado sometido a histerectomía radical con anexectomía bilateral y vaciamiento pélvico en 2018. La paciente rechazó radioterapia. Al examen físico regular estado general, auscultación pulmonar con disminución de ruidos respiratorios en base pulmonar izquierda y estertores gruesos. Tomografía Computarizada (TC) de tórax contrastada con hallazgo de masa en base pulmonar izquierda de 141 x 129 x 107 mm, con derrame pleural izquierdo cuantificado por ecografía de 1817 cc. Biopsia pulmonar percutánea, con reporte de inmunohistoquímica de tumor maligno pobremente diferenciado compatible con compromiso metastásico por Sarcoma Uterino Indiferenciado (SUI). El servicio de oncología consideró manejo paliativo con quimioterapia protocolo MAID.

Resultados

El SUI es un tumor maligno de alto grado de origen mesenquimatoso que no tiene semejanza con el estroma endometrial y no muestra evidencia de músculo liso u otra diferenciación. Tiene baja incidencia y alta mortalidad, con una edad promedio de presentación de 50 años (3). La clínica incluye sangrado anormal, dolor pélvico, síntomas urinarios y distensión abdominal (4). Los procesos metastásicos tienen su aparición años después del manejo tumoral uterino, generando un reto en la identificación del origen primario. Los hallazgos tomográficos pulmonares más frecuentes son las cavitaciones, calcificaciones, consolidaciones, nódulos hemorrágicos, y neumotórax espontáneo, menos frecuentes masas sólidas de gran tamaño (5). La caracterización histopatológica del tumor uterino puede dificultar el diagnóstico de la lesión metastásica, siendo imprescindible la realización de inmunohistoquímica para la caracterización tumoral, pertinencia de manejo adyuvante y pronóstico. El establecimiento del estadio tumoral al momento del diagnóstico de un sarcoma uterino es imperativo, debe descartarse compromiso metastásico extrauterino, incluyendo a pulmón; particularmente en los tumores pobremente diferenciados como en el caso presentado.

Conclusiones

Las metástasis en un sarcoma uterino indiferenciado son frecuentes, siendo el pulmón uno de los órganos involucrados. La evaluación de la extensión tumoral en los carcinomas pobremente diferenciados, debe realizarse de manera minuciosa al momento del diagnóstico.

TRABAJO #715

Otros

Pleurodese em derrame pleural neoplásico: revisão da literatura

Barbosa, R.S.; Costa JR, A.S.; Perfeito, J.A.J.; Neto, E.E.; Costa, J.B.; Fontana, D.M.; Ceranto, M.O.; Giudici, R

Disciplina de Cirurgia Torácica do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Introducción

O derrame pleural neoplásico é caracterizado pelo acúmulo anormal de líquido no espaço pleural relacionado a células malignas. Pode ser assintomático, porém quando sintomático, apresenta-se com dispneia. As causas mais frequentes de neoplasias com derrame pleural maligno são: neoplasia pri-

mária de pulmão, neoplasia de mama, mesotelioma e linfomas. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre os derrames pleurais neoplásicos e o uso da pleurodese como opção de tratamento.

Material y Métodos

Foi realizada revisão da literatura, retrospectiva, com os dados coletados entre os meses de maio a junho de 2020, com dados dos últimos cinco anos, utilizando as palavras-chave “pleurodese”, “derrame pleural neoplásico” e “talco” no portal de periódicos da CAPES e na Cochrane. Revisados 39 artigos dos quais foram incluídos 14 artigos publicados nos últimos 5 anos, a partir de sua adequação ao tema analisado.

Resultados

Para os casos inéditos de derrame pleural maligno e sintomático, deve-se realizar toracocentese de alívio seguida de reavaliação da imagem radiográfica do tórax. A pleurodese está indicada em pacientes sintomáticos, com derrame de repetição e expansão pulmonar adequada. A expansão pulmonar é fator primordial para o sucesso da pleurodese, sendo sua incapacidade uma contraindicação ao procedimento, já que se o pulmão não consegue expandir completamente, não haverá contato entre as pleuras e a consequente aderência entre as mesmas. O talco foi um bom agente esclerosante de escolha na realização da pleurodese, devido ao seu baixo custo, disponibilidade, fácil administração, poucas complicações e boa efetividade. Atualmente, o talco é aplicado por toracoscopia ou pelo dreno pleural, neste caso, sob a forma do talco “slurry” (suspensão de talco). De modo geral, a videotoracoscopia é utilizada quando não há diagnóstico pelos métodos menos invasivos, como citologia ou biópsia pleural por agulha de Cope. Assim, é realizada a biópsia com visão direita pelo vídeo e no mesmo tempo anestésico a é realizada a talcagem por aspersão do pó. Quando o diagnóstico é obtido pela citologia ou biópsia pleural por agulha, é realizada pleurodese pelo dreno pleural. O talco slurry é a forma de escolha, quando comparado ao talco em pó colocado por videotoracoscopia, pois apresenta menor custo, menos efeitos colaterais, e com eficácia semelhante.

Conclusiones

A pleurodese em derrames neoplásicos se destina à remissão dos sintomas, com melhora da qualidade de vida. O Talco foi um agente esclerosante eficaz. Não tem efeito no prognóstico do paciente e aumento de sua sobrevida.

TRABAJO #779

Reporte de casos

Resolução de hidro-pneumotórax de forma incomum: relato de caso

Estévez A; Pimentel A; Rocha S; Fernandes C

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Hospital Das Clínicas
 HCFMUSP

Introducción

O hidropneumotórax é caracterizado pela coexistência de ar e líquido na cavidade pleural. A orientação convencional para manejo do hidro-pneumotórax é a sua drenagem cirúrgica. No entanto casos clinicamente complexos, com grandes encarceramentos pulmonares, pneumotórax incistados ou pacientes com co-morbidades avançadas podem requerer diferentes abordagens terapêuticas. Relatamos um caso onde a resolução completa de um extenso hidro-pneumotórax associado à neoplasia de pulmão ocorreu após o tratamento quimioterápico da patologia oncológica exclusivamente, sem abordagem cirúrgica do mesmo.

Material y Métodos

Relato de caso.

Resultados

Homem de 64 anos, diabético, ex-tabagista de 50 anos-maço, com diagnóstico de CEC de pulmão por biópsia de massa pulmonar por toracotomia. No pós-operatório evoluiu com abaulamento e herniação intercostal em cicatriz cirúrgica de toracotomia. A tomografia (TC) de tórax evidenciou a existência da lesão escavada em lobo pulmonar esquerdo (posteriormente identificada como carcinoma epidermóide primário pulmonar, estágio IIIB), obliterando brônquio superior deste lado, associada a extenso hidropneumotórax, determinando desvio contralateral das estruturas mediastinais, com colapso parcial do pulmão e ampla comunicação entre a cavidade pleural e o tecido celular subcutâneo da parede torácica, com enfisema subcutâneo. Foi re-avaliado pela cirurgia torácica que não indicou abordagem cirúrgica do hidropneumotórax, pois o paciente era assintomático e a grande extensão indicava um pulmão já bastante comprometido, encarcerado com pequena possibilidade de re-expansão. O paciente foi manejado clinicamente e mantido o planejamento do tratamento oncológico, com quimioterapia (5 ciclos de cisplatina e gencitabina) e 13 sessões de radioterapia. De forma inesperada, a TC de tórax de controle demonstrou resolução com-

pleta do hidro-pneumotórax e resolução da continuidade da parede torácica.

Conclusiones

O manejo do hidropneumotórax com a inserção de um tubo de drenagem intercostal (CDI) e antibioticoterapia é uma modalidade de tratamento para um resultado bem-sucedido na maioria dos pacientes. No entanto, em nosso caso, optou-se por não abordá-lo por se tratar de um paciente estável, com pulmão encarcerado, acometido por doença oncológica avan-

çada que provavelmente não expandiria. No entanto a quimioterapia e a radioterapia conseguiram um bom controle oncológico, causando retração e fibrose do tumor. Esse tratamento conseguiu ocluir uma possível fístula bronco-pleural (provavelmente causada pela biópsia da neoplasia) que alimentava a manutenção do pneumotórax e impedia a expansão pulmonar. Sem o débito da fístula a pleura parietal pode absorver o extenso pneumotórax e permitiu a expansão pulmonar.