

A PROPOSITO DE UN CASO: LINFANGIOSIS PULMONAR VS SARCOIDOSIS.

Autores: Adela Antelo del Río, José Alberto Espinoza Perez.
Residentes de Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Exfumador de 108 paq/año hasta hace 3 semanas. Bebedor de 80 gr de OH/día. Neumotórax espontáneo izquierdo en 1979. Polipectomía cuerda vocal derecha en 1990.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Tos y escasa expectoración blanquecina de 3 meses de evolución, en el último mes se asocia aumento progresivo de disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Pérdida de 10 kgs de peso en 9 meses con hiporexia. Dudosos episodios de sudoración nocturna, sin fiebre.

EXPLORACION FISICA:

Consciente y orientado en las 3 esferas. Eupneico en reposo. Normocoloreado, normoperfundido, normohidratado. Hemodinámicamente estable. IMC 18,21. SO₂ 95% (FIO₂ 21%).

Sin adenopatías, no aumento de PVY. AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, RHA presentes. EEII: sin edemas ni datos de TVP. Sin focalidad neurológica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: 5900 leucocitos con fórmula normal. Hb 15,4. VCM 98. Plaquetas 246000. VSG 37.

Bioquímica: glucosa 79. Urea 24. Creatinina 0,73. PFH normales. Calcio 9,6. Na 138. K 5,2. PCR 0,4. ECA 61,3. TSH 0,75.

Proteinograma: Albúmina 50%. Gammaglobulina 22,7%.

Coagulación: TP 75%. INR 1,15.

Rx Tórax: Patrón reticulonodulillar bilateral sin pinzamiento de senos costofrénicos.

TC Tórax: Adenopatías mediastínicas a nivel paratraqueal derecho, espacio prevascular, ventana aortopulmonar e hiliares bilaterales. Ganglios calcificados hiliares derechos en probable relación con antecedente proceso tuberculoso antiguo. Patrón micronodular difuso en ambos hemitórax con engrosamientos de septos de lobulillo secundario también de forma bilateral y nodularidad pleural así como infiltración del intersticio peribroncovascular, todo ello en probable relación con sarcoidosis estadio II. Se visualizan ganglios a nivel del ligamento gastrohepático y retroperitoneales en los últimos cortes de la exploración probablemente por afectación abdominal de la sarcoidosis. Los hallazgos compatibles con sarcoidosis estadio II.

BFC: VAS de aspecto normal. Tráquea, carina principal y ambos árboles bronquiales sin lesiones endoluminales ni alteraciones de la mucosa. Se realiza BAL en LMD y BTB en LID. Citología (BAL): Frotis con células malignas sugestivas de adenocarcinoma. Biopsia transbronquial: Linfangiosis carcinomatosa por Adenocarcinoma pulmonar positivo para TTF-1. ALK negativo. EGFR positivo.

Microbiología: Zhiel de esputo: 3 negativos.

JUICIO CLINICO:

ADENOCARCINOMA DE PULMON ESTADIO IV. EGFR POSITIVO.
LINFANGITIS CARCINOMATOSA.

EVOLUCION:

Tras los resultados de la Broncofibroscopia, se deriva al paciente a consultas externas de Oncología para valoración de tratamiento dirigido, dado que se trata de Adenocarcinoma

pulmonar con mutación positiva del gen EGFR.

DISCUSIÓN:

Se trata de un caso interesante, ya que al principio se nos presentó el diagnóstico diferencial entre tuberculosis miliar y sarcoidosis, dada la clínica de tos y disnea de esfuerzo de 3 meses de evolución asociada a síndrome general.

En ese momento, se decidió completar estudio con la realización de TC torácico, el cual fue informado de probable sarcoidosis estadio II, en ese momento y después de 3 zhiel positivos descartamos la TBC miliar.

A continuación solicitamos la biopsia transbronquial para confirmar la sospecha diagnóstica y también unas pruebas de función respiratoria completas para objetivar si existía afectación funcional pulmonar en el momento del diagnóstico para valoración terapéutica.

La biopsia confirmó el diagnóstico de linfangiosis pulmonar por adenocarcinoma pulmonar positivo para TTF-1.

La linfangitis carcinomatosa es una forma poco frecuente de diseminación metastásica pulmonar. Consiste en un patrón pulmonar intersticial más acentuado en los lóbulos inferiores, producido por el resalte de los espacios intersticiales broncovasculares alternando con micronodulaciones que representa la invasión tumoral de los linfáticos pulmonares. Se pueden encontrar adenopatías hiliares y mediastínicas y las líneas B de Kerley son constantes.

El diagnóstico, la mayor parte de las ocasiones, es fácil pues se encuadra dentro de un proceso neoplásico conocido en fase terminal, pero en raras ocasiones (como en este caso) el diagnóstico diferencial con los procesos de fibrosis intersticial pulmonar se puede establecer y ser necesario un diagnóstico anatomopatológico.

Constituye una entidad de difícil tratamiento y por lo general conlleva asociado un mal pronóstico, con una expectativa de vida tras su diagnóstico de unos 3 meses. Suele asociarse a neoplasias con histología de adenocarcinoma. Los tumores que con más frecuencia ocasionan linfangitis carcinomatosa son, en orden descendente, el cáncer de mama, pulmón (17%), estómago, próstata y páncreas. El tratamiento de la linfangitis carcinomatosa se basa en el tratamiento de la enfermedad de base que la cause, y habitualmente la terapia de elección es la quimioterapia sistémica.

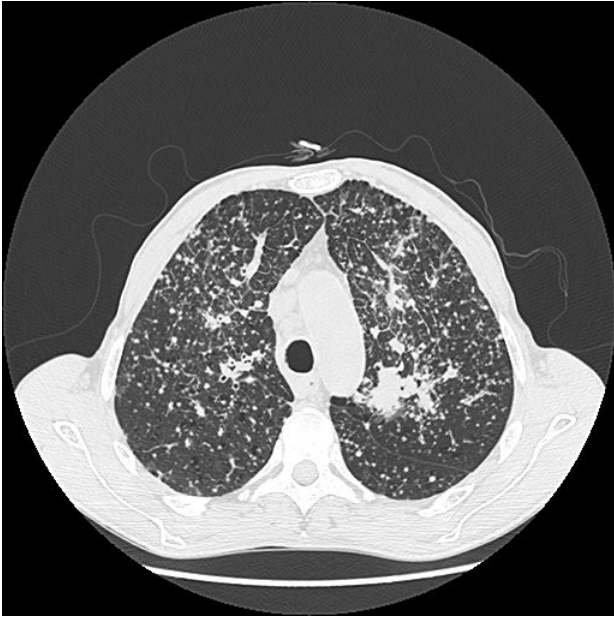
Revisando la literatura, estas tres patologías, entre las que se nos ha presentado el diagnóstico diferencial (TBC miliar, sarcoidosis y linfangitis carcinomatosa), se pueden diferenciar según sus características clínicas y radiológicas, siendo el patrón de predominio reticular en la sarcoidosis y en la linfangitis, al contrario que en la TBC miliar que se caracteriza por ser nodular, de pequeño tamaño; aunque también existe el patrón reticular de inicio agudo caracterizado el paciente por presentar como síntoma predominante fiebre. Para diferenciar la linfangitis de la sarcoidosis, encontramos que la segunda suele presentarse con patrón reticular crónico mientras que en la primera puede ser agudo y asociar hemoptisis y además se presenta más acentuado en lóbulos inferiores.

BIBLIOGRAFIA:

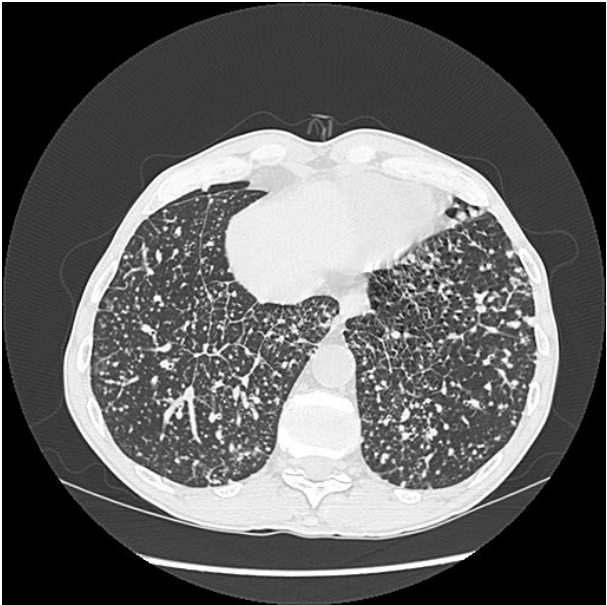
Espinas J. Interpretación Rx Tórax. Guía de actuación en atención primaria SemFYC 4ª ed. Med 2006.

J. Torres Lanzas, MJ Roca Calvo. Metástasis pulmonares: concepto, diagnóstico y aproximación quirúrgica (SOGALPAR).

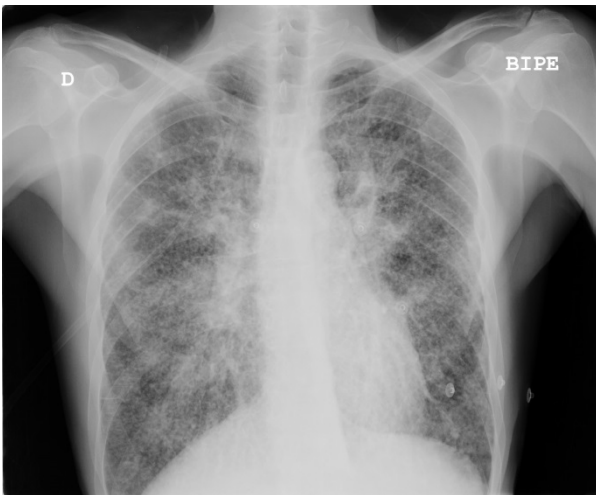
Sesión clínica: Linfangitis carcinomatosa en adenocarcinoma gástrico. RAPD vol 33. Nº 3 Mayo-junio 2010.



TAC I



TAC II



Rx