

-11- ERITEMA NODOSO, ARTRALGIAS Y ADENOPATIAS HILIARES EN MUJER DE 31 AÑOS

Autores: José Alberto Espinoza Pérez (MIR 1 de Neumología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla); Javier Villuela Bayón (MIR 4 de Neumología HUMV) Fernando Ortiz Flores (Médico Adjunto Medicina Interna HUMV).

Paciente mujer de 31 años de edad, ex fumadora, no hábito enólico, sin otros antecedentes de interés, en tratamiento con anovulatorios orales.

Enfermedad Actual

Paciente con antecedente de viaje a Costa Rica, durante 16 días, el mes previo al ingreso. A las 2 semanas de su retorno presenta adenopatías laterocervicales izquierdas, no dolorosas a la palpación, nódulos en ambas extremidades inferiores, hasta rodillas, dolorosas a la palpación,. Así como artralgias simétricas en articulaciones de muñecas, caderas, rodillas y tobillos.

Además deposiciones líquidas sin moco y sin sangre, 3 a 4 veces por día, en días no consecutivos, todo esto asociado a sensación distérmica.

2 días previos al ingreso presenta fiebre de 38,5°C, no asociada a clínica respiratoria, urinaria o gastrointestinal. Acude a urgencia por persistencia de sintomatología.

Examen Físico

TA: 120/70; FC:70x'; FR: 16x'; T°: 37.5°C; SatO₂: 98%. Buen estado general, hidratada, normocoloreada, eupneica, llene capilar conservado.

CyC: adenopatía <0,5cm en región laterocervical izquierda.

Tórax: Ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos sin soplos. Pulmones con ventilación conservada. Abdomen: blando, depresible no doloroso a la palpación, hepatomegalia de 2cm. EESS: nódulo subcutáneo en región extensora de antebrazo izquierda con eritema asociado. EEII: lesiones eritematosas en región anterior de ambas piernas asociadas a nódulos con signos de flogosis. Tobillos dolorosos a la movilización.

Pruebas Complementarias

Hemograma: Leucocitos: 5600 PMN: 65%, Hb: 11,8 gr%; Hto: 34%; VCM: 91, Plaquetas: 256.000/mm³. , **VSG** 30 mm, **APT:** 84%, **Cr:** 0,7 mg%, **LDH:** 251 U/L. **PCR** 9,6 mg%. **ECA** 22 U/L. **ASLO** 92 U/ml.

Resto de bioquímica, perfil hepático, TSH, y orina salvo microhematuria normales.

Cuantiferon: indeterminado.

Frotis faríngeo: negativo. **Espuito:** Muestra no adecuada. **Zhiel:** negativo.

Coprocultivo: negativo. No se observan parásitos.

BAL: Cultivo bacteriano negativo. Cultivo hongos negativo. Ag galactomanano 0,55 (positivo). Zhiel negativo. PCR Tuberculosis negativo. PCR histoplasma capsulatum negativo.

Biopsia ganglionar: Zhiel negativo. PCR tuberculosis complex negativo. PCR histoplasma capsulatum negativo.

Serología hongos endémicos: Inmunodifusión doble para histoplasma capsulatum positivo, blastomyces, coccidiomycosis negativos.

Rx Tórax: No cardiomegalia. Aumento de hilio izquierdo con imágenes redondeadas compatible con poliadenopatías.

TAC TORACO-ABDOMINAL: Conglomerado adenopático hiliar izquierdo que forma en conjunto una masa de 2,7 cm acompañado de un infiltrado parenquimatoso periférico localizado en LSI.

Broncoscopia: No alteraciones a nivel de laringe, traquea, carina principal y ambos arboles bronquiales. En ecobroncoscopia componente adenopático superior a 1,5 cm.

PAAF adenopatía mediastínica: granulomas no necrotizantes con células gigantes multinucleadas. Técnicas de tinción negativas para gérmenes. No signos citológicos de malignidad ni microorganismo.

BAL: Frotis negativo para células malignas.

Pruebas de función respiratoria: FVC 4780 (131%). VEMS 3690 (116). Tif 77%. FEF 25-75 84%.

Biopsia Cutánea: Paniculitis septolobulillar con predominio de histiocitos, neutrófilos, compatible con eritema nodoso.

Evolución, Comentarios y Diagnóstico

Se trata de una paciente con poliartralgias, eritema nodoso, adenopatías hiliares unilaterales e infiltrado pulmonar periférico, con antecedente de viaje reciente a Centro América. Durante su estancia hospitalaria tuvo una evolución favorable, sin clínica respiratoria o urinaria asociada, alza térmica y deposiciones líquidas cedieron sin secuelas, recibiendo únicamente tratamiento sintomático.

Presentó un cuadro clínico compatible con sarcoidosis; tuberculosis; neoplasia pulmonar e infección, como primeras posibilidades. Por antecedente de viaje reciente a Costa Rica y cuadro clínico de artralgias; eritema nodoso y compromiso pulmonar, se agregaron los diagnósticos de Histoplasmosis, Blastomycosis, Aspergilosis.

Se descartaron los diagnósticos de sarcoidosis, tuberculosis, neoplasia e infección de perfil bacteriano, mediante pruebas complementarias y exámenes de laboratorio. Se confirmó el diagnóstico de infección fúngica mediante serología específica, la cual fue positiva para *Histoplasma capsulatum*.

Discusión

La mayor parte de los casos de histoplasmosis en España se observan en viajeros y en inmigrantes, con antecedentes de estancias en regiones endémicas, la mayoría de ellos procedentes del continente americano, en concreto de América Central y del Sur. Desde finales de la década de los años 80 del siglo XX, se han descrito un total de 128 casos en nuestro país, 59 en viajeros, 63 en inmigrantes.

El diagnóstico de la infección suele ser complicado, los cultivos son negativos en la mayoría de los casos de histoplasmosis asintomática o leve, como es la que aparece en viajeros. En estos enfermos la histoplasmina y las pruebas serológicas pueden ser de utilidad en el diagnóstico retrospectivo de la infección.

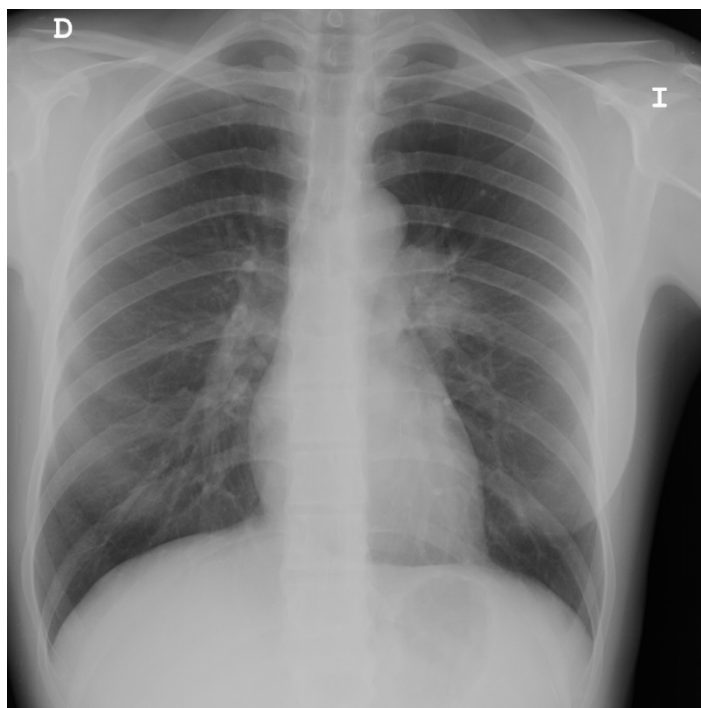
En este caso en particular, se cumplían los criterios de antecedente epidemiológico más afectación pulmonar, con artralgias y eritema nodoso, situando a la histoplasmosis entre los primeros diagnósticos a descartar, así como la tuberculosis y la sarcoidosis. Al ser una histoplasmosis con exposición leve en paciente inmunocompetente, el diagnóstico fue, como lo describe la literatura, por serología y tiempo después de remitir cuadro clínico.

Referencias Bibliográficas

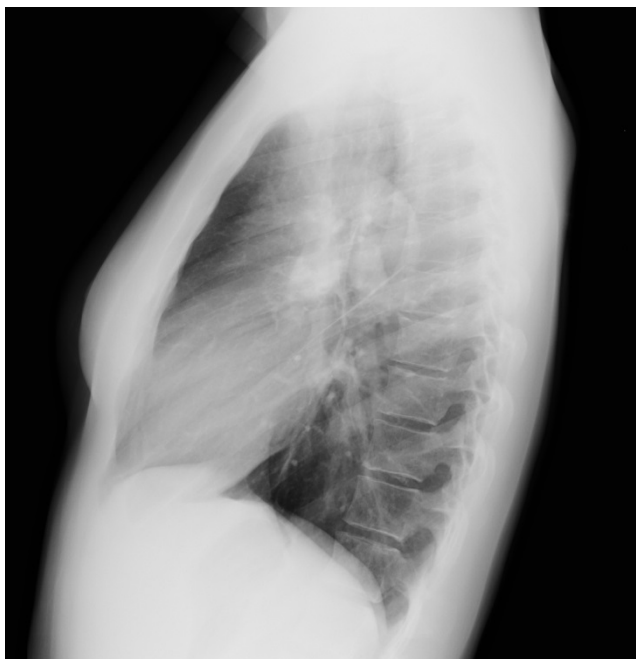
- María J. Buitrago y Manuel Cuenca-Estrella. Epidemiología actual y diagnóstico de laboratorio de las micosis endémicas en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30(7):407-413
- Norman FF, Martin-Davila P, Fortun J, Drona F, Quereda C, Sanchez-Sousa A, et al. Imported histoplasmosis: two distinct profiles in travelers and immigrants. *J Travel Med*. 2009;16:258-62.
- Wheat LJ, Kohler RB, Tewari RP. Diagnosis of Disseminated Histoplasmosis by Detection of *Histoplasma Capsulatum* Antigen in Serum and Urine Specimens. *N Engl J Med*. 1986;314:83-8.
- Wheat LJ, Conces D, Allen SD, et al. Pulmonary histoplasmosis syndromes: recognition, diagnosis, and management. *Semin Respir Crit Care Med* 2004; 25:129.



TAC TORACICO



TORAX PAC



TORAX LATERAL

-12- PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NÓDULO PULMONAR

García Noeda E.*, Sandomingo Freire S.*, Castro Rodriguez E. **, Ortiz de Saracho Bobo J., Sota Yoldi L. **, Zorita – Viota Sanchez L. *****

* Médico Residente Hospital El Bierzo (Ponferrada) ** Servicio Neumología Hospital El Bierzo (Ponferrada) *** Médico de Familia Centro de Salud Ponferrada II

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NÓDULO PULMONAR

Resumen: La etiología del nódulo pulmonar solitario (NPS) es muy variable. Entre sus causas se encuentran lesiones granulomatosas, infecciones, tumores y lesiones vasculares. Dentro de esta última etiología, se incluye el infarto pulmonar, causa muy infrecuente del hallazgo de un NPS.

Palabras clave: infarto pulmonar; nódulo pulmonar solitario (NPS)

Introducción: El NPS se define como una opacificación radiológica de menos de 3 cm de diámetro rodeada de parénquima pulmonar no patológico, de bordes bien delimitados y no asociado a atelectasias ni adenopatías. Una de cada 500 radiografías de tórax muestran un NPS. La importancia del NPS reside en que hasta un 40% de los nódulos diagnosticados puede ser maligno, y en el hecho de que la supervivencia del cáncer broncogénico está directamente relacionada con un diagnóstico y tratamiento precoz.

Para su manejo (**figura 1**) se requiere de una evaluación multidisciplinaria del paciente, la que comienza con una adecuada historia y examen físico que ponga énfasis en los factores de riesgo orientadores de lesiones malignas. Éste abordaje clínico, sumado a las características radiológicas del NPS (radiografía de tórax y TAC), permitirán mensurar el riesgo de malignidad en cada caso y orientar el curso de acción, que incluye desde la observación y seguimiento con imágenes hasta la cirugía.

Caso clínico: Varón de 42 años que consulta por dolor torácico. Antecedentes personales: fumador activo de 21 paquetes/año. No bebedor. Trabaja como guardia jurado. Depresión mayor en tratamiento farmacológico. Ulcus duodenal Helicobacter pylori positivo en 2002. El paciente refiere, tras proceso catarral, cuadro de 7 días de evolución de dolor torácico de características pleuríticas, disnea de grandes esfuerzos, tos y expectoración escasa que en ocasiones ha sido hemoptoica (< 10 cc al día). Sin otra sintomatología relevante. Exploración física: sin hallazgos, salvo ausencia de murmullo vesicular en base pulmonar derecha. Analítica sanguínea sin hallazgos patológicos. La gasometría arterial muestra pO₂ de 73. En la radiografía de tórax (**figura 2**) se observa pinzamiento del seno costofrénico lateral derecho, engrosamiento pleural derecho e imagen nodular en base pulmonar izquierda. El TAC toracoabdominal (**figura 3**) confirma los hallazgos radiológicos.

La espirometría muestra los siguientes valores: FVC 3640 (75%), FEV1 2680 (71%), FEV1/FVC 95%. Todas las pruebas microbiológicas resultaron negativas.

El paciente fue tratado con antibioterapia con discreta mejoría clínica pero persistiendo la imagen nodular por lo cual se decidió remitir a cirugía torácica para resección. La histología muestra nódulo necrótico rodeado de parénquima pulmonar, focalmente fibrótico y macrófagos con hemosiderina, sugestivo de necrosis isquémica, llegando al diagnóstico anatomopatológico de infarto pulmonar.

Posteriormente, se realizó estudio hematológico de coagulopatía detectándose una alteración heterocigótica del gen de la protrombina humana (factor FII 20210 de la coagulación).

Conclusiones: El infarto pulmonar es una causa infrecuente de NPS, a pesar de lo cual se debe tener en cuenta.

Bibliografía:

- Diagnóstico y tratamiento médico. J.L. Rodríguez García. Edición 2011. Marbán Libros S.L. Pág. 1600-1604.
- La tomografía por emisión de positrones en el estudio del nódulo pulmonar solitario. Márquez Rodas I. Publicado en Arch Bronconeumol. 2008;44:493-8. - vol.44 núm 09.
- Nódulo pulmonar solitario: ¿primario, metastásico o ambos?. Obeso Carrillo G. Arch Bronconeumol. 2009;45:567-9. - Vol. 45 Núm.11.
- Actualización en el nódulo pulmonar solitario. F.J. Gómez de Terreros Caro. Neumosur 2007; 19, 4: 207-217.

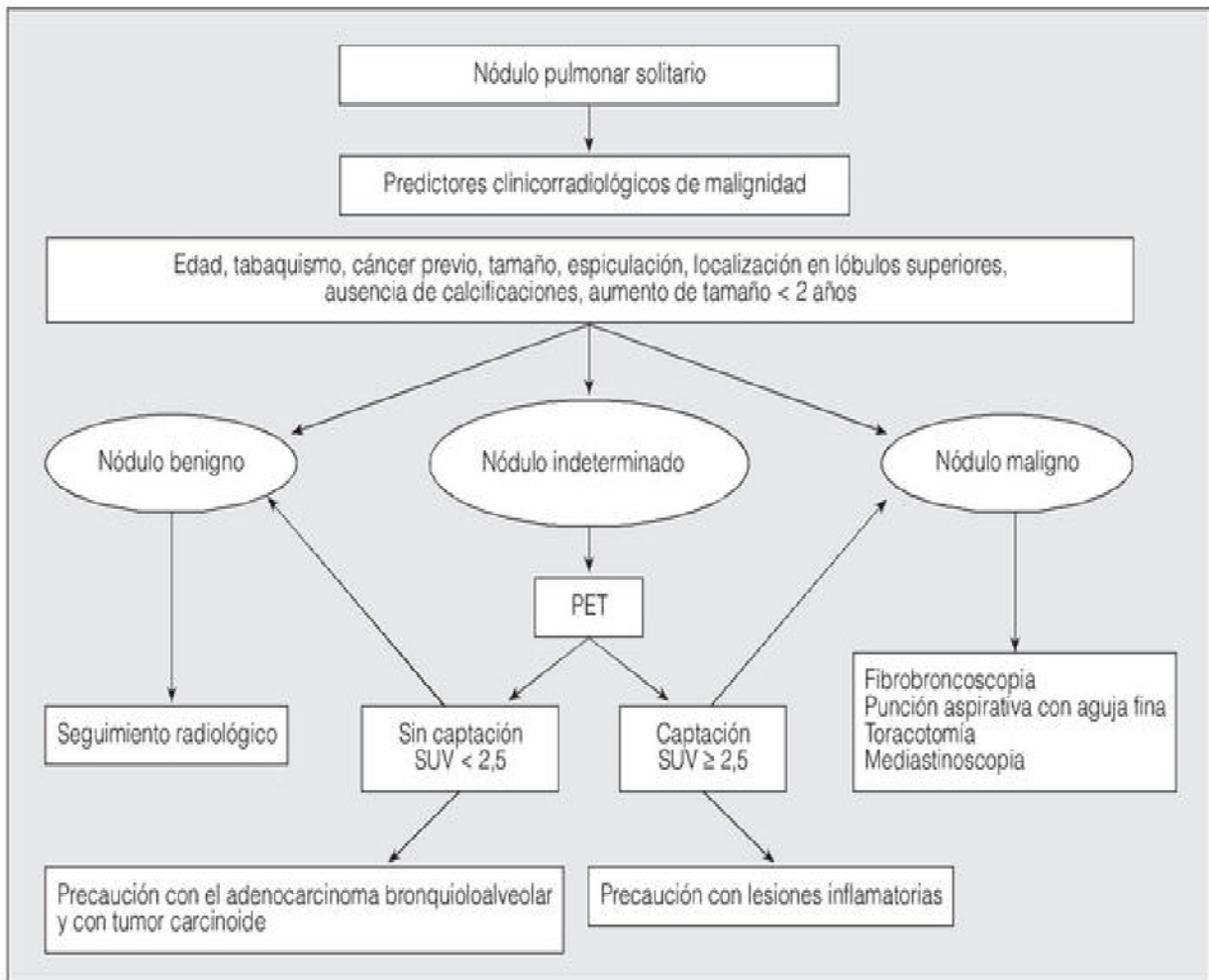


Fig. 1. Algoritmo diagnóstico del nódulo pulmonar solitario, en el que se destaca el papel de la tomografía por emisión de positrones (PET).

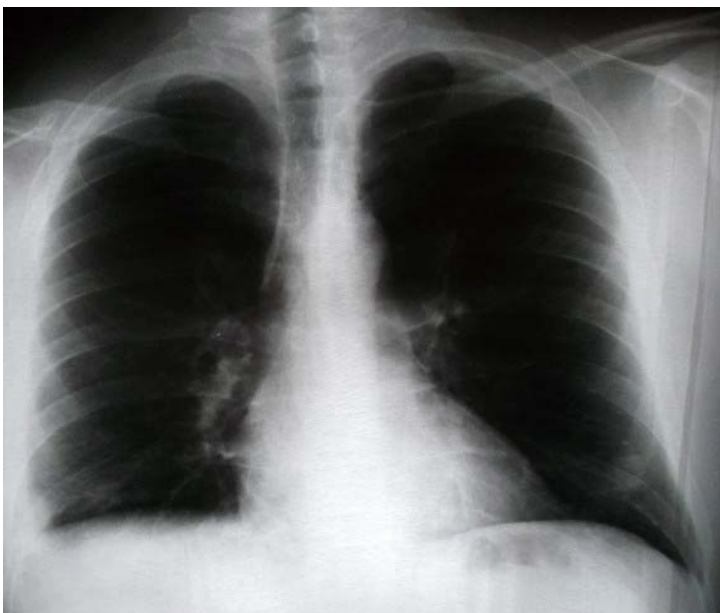


Fig.2. Pinzamiento del seno costofrénico lateral derecho, engrosamiento pleural derecho e imagen nodular en base pulmonar izquierda.

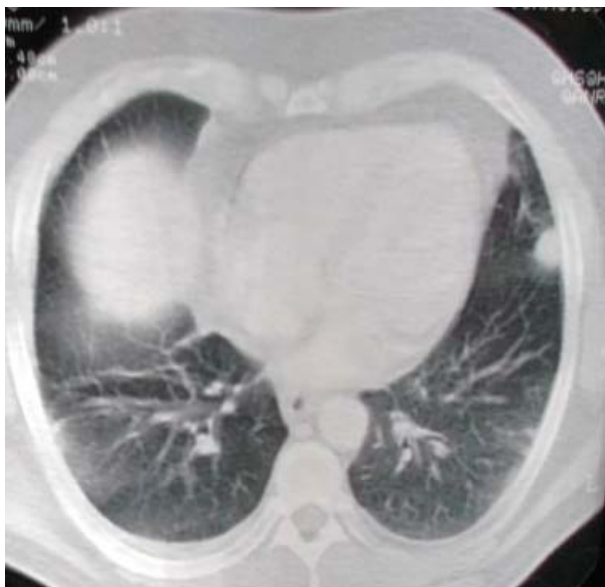


Fig.3. Nódulo pulmonar en la base izquierda y signos de derrame pleural derecho atípico

-13- Varón de 19 años de edad con disnea, patrón alveolar difuso y hemoptisis

Autores: Candelario Cáceres, AC (MIR); Marte Acosta, D (MIR); Nuñez Castillo, A (MIR), M^a Ángeles Fernández Jorge.

Servicio de Neumología. Hospital Río Carrión. Palencia.

Paciente de 19 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de Fumador de 1 paquete/día, trastorno déficit de atención con hiperactividad, rasgos disociales, deterioro cognitivo leve. Realiza trabajos con chapas y pinturas.

En Tratamiento habitual con Concerta ® (metilfenidato HCL).

Acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de disnea acompañado de dolor torácico de características pleuríticas desde hace 3 días. La noche previa refiere presentar sensación febril y esputos hemoptoicos. En Urgencias se objetiva de aumento del trabajo respiratorio por lo que se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Según refieren personas cercanas a él, el paciente lleva aproximadamente 6 meses con cuadro de Hemoptisis acompañada de disnea.

Exploración Física:

Paciente taquipneico y diaforético. Pulsioximetría: Sat. O₂: 70% con VMK al 50%. A la auscultación cardiorrespiratoria presentaba taquiarritmia y roncus bilaterales. Resto anodino.

Pruebas Complementarias:

Hemograma: Hb 6.5 gr. (anemia normocítica normocromica), Leucocitos 12,600 (82.7 % Neutrófilos). Morfología de sangre periférica: Datos sugerentes de Anemia Regenerativa. Coagulación: Tiempo de Protrombina: 64 %, Tiempo parcial activado: 50 segs, INR: 1.5.

Gasometría venosa: pH 7.25, pCO₂ 47 mmHg, pO₂ 55 mmHg, HCO₃ 21 mmol/L

Bioquímica: PCR 90.3 mg/L. Alfa 1 antitripsina 369 mg/dl (90-200), IgM 416 mg/dl (50-300).

Estudio Hematológico: Déficit Factor VII.

Resto de determinaciones analíticas normales (atípicas, tóxicos, autoinmunes, Quantiferon TB).

Radiografía de tórax: Silueta cardiaca normal. Infiltrado alveolar bilateral difuso con broncograma aéreo. (Fig. 1)

TAC Tórax: Consolidación pulmonar en ambos lóbulos superiores y en lóbulo inferior izquierdo, asociado a derrame pleural bilateral, de predominio derecho y leve atelectasia pasiva de ambas bases pulmonares. (Fig. 2 y 3).

Ecografía abdominal: Derrame pleural bilateral y líquido libre intraperitoneal.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 116 lpm, onda T negativa en III y AvL.

Ecocardiograma: normal.

Broncoscopia: Hemorragia antigua. Baciloscopia negativas. Negativo para malignidad. Cultivo: negativo.

Espirometría: FVC: 3210 (71.4%), FEV1: 3070 (82.5%), FEV1/FVC: 116.9%.

Evolución:

Se instaura VMI en UCI así como antibioterapia empírica de amplio espectro, corticoesteroides e inmunosupresores hasta obtener resultados de las pruebas de autoinmunidad y serologías que resultaron negativas. Presenta hemoptisis masiva precisando transfusiones en varias ocasiones. Posteriormente desarrolla neumonía bilateral asociada a ventilación mecánica que supera. Evoluciona favorablemente (clínica, analítica y radiológicamente) por lo que se da el alta hospitalaria sin precisar tratamiento. Al mes en revisión, asintomático con pruebas funcionales y Rx de tórax normales. (Fig. 4)

Diagnóstico Final: Hemorragia alveolar difusa aguda de etiología no filiada.

Discusión:

La HAD es un síndrome clínico caracterizado por hemoptisis, anemia, disnea y opacidades parenquimatosas de ocupación alveolar en la radiografía de tórax.

Los hallazgos radiológicos son indistinguibles del edema pulmonar no cardiogénico, presentándose como densidades confluentes difusas con broncograma aéreo por lo que el contexto clínico es fundamental para el diagnóstico.

El espectro etiológico responsable de HAD es muy amplio incluyendo tanto procesos pulmonares primarios como autoinmunes y sistémicos. En nuestro caso no se pudo determinar con certeza la causa que lo desencadenó y es probable que interviniesen varios factores.

Bibliografía:

1. Vargas Romero J. Radiología de tórax. En: Soto Campos JG, coordinador. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 1ra ed. Madrid: Ergon; 2005. p. 39-59.
2. Álvarez Sala JL, Casán Clará P, Rodríguez F, et al. Neumología Clínica: Hemorragia Alveolar. 1ra ed. Barcelona: Elsevier; 2010, p. 522-523.
3. Fraser RC, Pare JAP, Pare PD, Fraser RS, Genereux GP. Diagnosis of diseases of the chest. Vol1, 3rd ed. Philadelphia. WB Saunders, 86-127.
4. Templeton PA. Mediastinal lesions. Syllabus: A Categorical Course in Diagnostic Radiology. Chest Radiology. RSNA. Chicago, 1992, pp. 273-286.

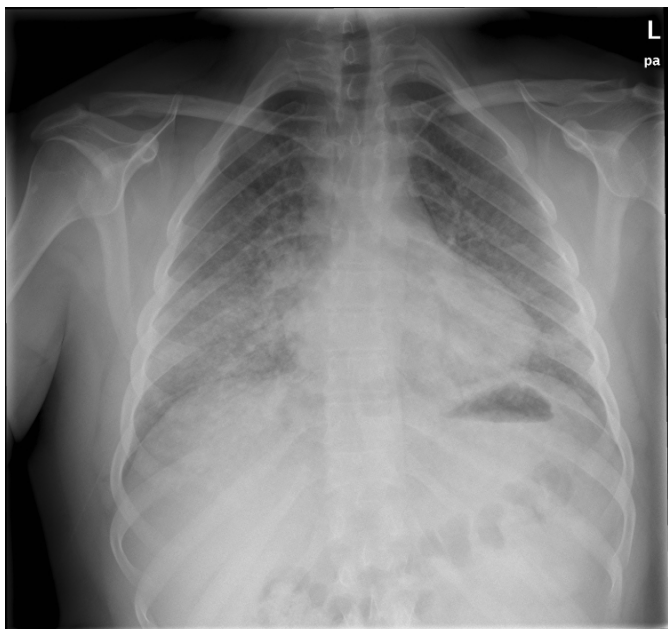


Figura 1

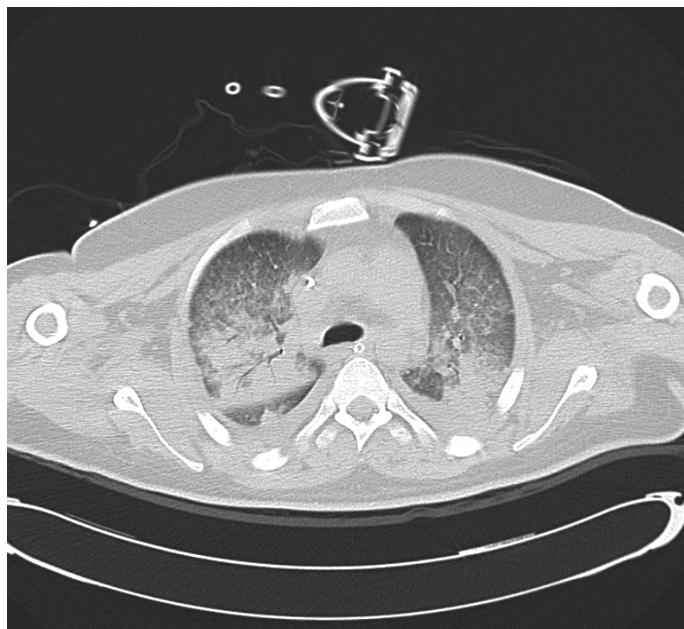


Figura 2

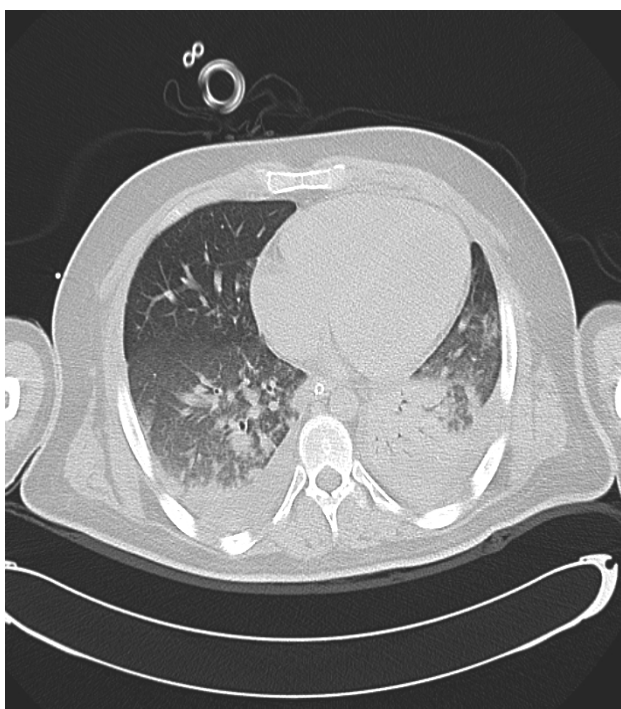


Figura 3

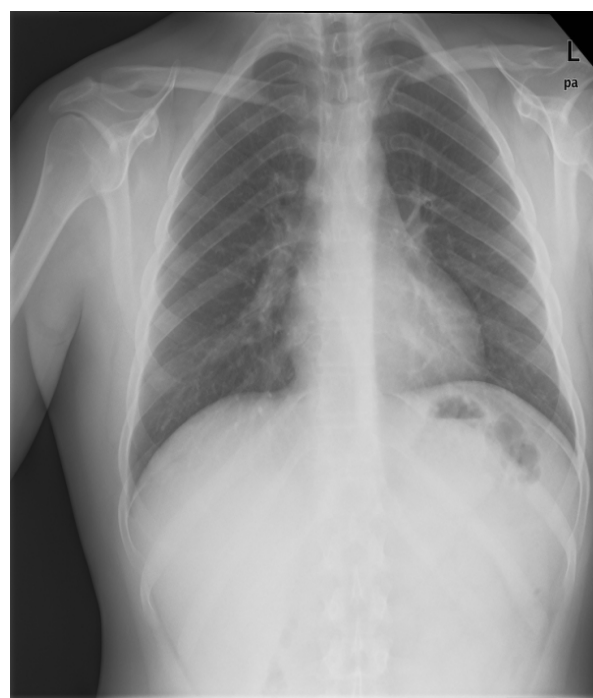


Figura 4

-14- PELIGRO DE RECIDIVA

Cuadra San Miguel R.*, Dos Santos Gallego R., Fernández Mellado R., Juárez Moreno E.**,
Martínez Quiroga M.F.***, Ortiz de Saracho y Bobo J.****

* Médico Residente Hospital El Bierzo (Ponferrada).** Servicio de Neumología Hospital El Bierzo.***Médico de Atención Primaria Centro de Salud Ponferrada II

Resumen: Los tumores fibrosos solitarios son neoplasias muy poco frecuentes, con una incidencia de 2,8 casos por 100000 tumores. Representan el 5% de los tumores pleurales. Son el segundo tumor

primitivo más frecuente en esa zona tras el mesotelioma maligno difuso. Se consideran una lesión benigna, de crecimiento lento, y poco sintomática, pero tiene una tasa de recidiva, después de la cirugía, de hasta el 10-15%. El seguimiento debe centrarse en la detección de recurrencias.

Palabras clave: Tumor fibroso solitario pleural (TFSP); tratamiento; recidiva

Introducción: El TFSP puede aparecer a cualquier edad, con una media de 51 años. No existen diferencias entre sexos. No se ha demostrado relación alguna con el consumo de tabaco ni se asocia con la exposición a carcinógenos.

Las lesiones grandes pueden dar hipoglucemia, derrame pleural u osteoartropatía pulmonar hipertrófica.

England et al establecieron que la hiper celularidad, el pleomorfismo nuclear y la presencia de más de 4 figuras mitóticas por 10 campos, son indicadores histológicos de comportamiento maligno. En algunas series se ha reportado que el tamaño mayor a 10 cm y una localización atípica del tumor se asocian a recurrencias locales y curso clínico fatal. Se considera que los factores asociados a buen pronóstico son: presencia de pedículo, encapsulación, resección completa y tamaño menor a 10 cm junto a la ausencia de invasión pulmonar y pleomorfismo celular.

El patrón inmunohistoquímico es fundamental para el diagnóstico diferencial con otros tumores. El TFSP se caracteriza por la expresión de CD34, bcl2 y CD99 y negatividad para citoqueratinas, actina, desmina y proteína S-100

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, y en caso de recurrir deben ser nuevamente resecados.

Caso 1: Mujer de 33 años, sin AMC ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales de: bocio con hipertiroidismo (en tratamiento activo con eutirox 75), amigdalectomía, litiasis renal, colecistectomía, depresión reactiva y ovario poliquístico.

Consulta a su médico de atención primaria por cuadro de 3 meses de evolución de tos seca sin disnea ni dolor torácico. Refiere tos irritativa persistente de años de evolución que empeora en invierno. (*Figura 1*)

En radiografía de tórax se ve imagen radiopaca ovalada y periférica en LSD.

Se deriva a *Consulta Externa de Neumología*:

- ✓ Espirometría: FVC 3.430 (108%); FEV1 3.010 (110%); FEV1/FVC 87%
- ✓ DLCO 103%; DLCO/VA 111%
- ✓ Marcadores tumorales: normales.
- ✓ Analítica sanguínea sin hallazgos patológicos.
- ✓ TAC tórax: Lesión pleural apical derecha de 50 X 44 mm, extrínseca al pulmón en la vecindad de LSD. No alteración de arcos costales adyacentes (2º-3º arco costal derecho). (*Figura 2*)
- ✓ PAAF torácica insuficiente para diagnóstico.

Se deriva al Servicio de Cirugía Torácica para valoración diagnóstica: tras extirpación endoscópica de masa dependiente de pleura visceral del segmento posterior del LSD se diagnostica de tumor fibroso solitario CD34+ y vimentina +. Índice proliferativo MIB1 menor del 10%.

Se realizan controles evolutivos con evolución favorable. Actualmente en seguimiento.

Caso 2: Mujer de 45 años, exfumadora y sin AMC. Antecedentes personales de amigdalectomía, pleuritis a los 18 años, poliradiculoneuritis y hernia discal intervenida quirúrgicamente.

En Noviembre de 2002 consulta en el Servicio de Urgencias por cuadro catarral, con tos seca matutina, de un mes de evolución, que no ha cedido con tratamiento antibiótico, broncodilatador y expectorante. En radiografía de tórax aumento de densidad en hemitórax izquierdo que produce efecto masa (*Figura 3*). Se diagnostica de probable hidatidosis pulmonar. Se ingresa en el *Servicio de Neumología* para completar estudio:

- ✓ Exploración física: hipoventilación en mitad inferior de hemitórax izquierdo con abolición de vibraciones vocales.
- ✓ Analítica sanguínea sin datos de interés.
- ✓ TAC tórax: adenopatía de 15mm en región pretraqueal retrocava. En hemitórax izquierdo gran masa bien delimitada que muestra realce de pared y múltiples tabicaciones. Derrame pleural izquierdo asociado.
- ✓ Serología de hidatidosis negativa. Marcadores tumorales negativos.

Se deriva al *Servicio de Cirugía Torácica* de referencia. Se realiza toracotomía exploradora y terapéutica; siendo necesaria lobectomía LII. Diagnóstico de TFSP con índice mitótico de menos de 4 mitosis / 10 CGA.

En Noviembre de 2009 TAC de control con engrosamiento pleural posterior izquierdo y masa en LII. Se deriva al *Servicio de Cirugía Torácica*: toracotomía posterolateral izquierda con extirpación de lesión pseudoquística, con anatomía patológica de tumor pleural solitario. Índice mitótico de 7 mitosis / 2 mm cuadrados.

Oncología: paciente no subsidiario de tratamiento complementario.

En Enero 2011 masa mediastínica posteroinferior: extirpación quirúrgica, diagnóstico de tumor fibroso solitario CD34+, bcl2+, vimentina +, p53+ (aproximadamente en el 30% de las células tumorales), índice de proliferación leve-moderado focal (10-20%).

En Abril de 2012 BAG de masa quística de hipocondrio izquierdo (*Figura 4*), con consistencia mucinosa. Material no valorable para diagnóstico.

Actualmente en seguimiento.

Conclusiones: El TFSP es una neoplasia mesenquimal rara que debe incluirse en el diagnóstico diferencial del nódulo pulmonar solitario de lento crecimiento. A pesar de la infrecuencia de este tipo de tumores hay que considerar este diagnóstico ante hallazgos radiográficos de grandes masas intratorácicas, solitarias, lobuladas y heterogéneas, en ausencia de invasión local, adenopatías o enfermedad metastásica.

Se considera una neoplasia benigna, pero en todas las series se describen recidivas, hasta 17 años después de la resección. Tendrían mayor posibilidad de recurrir, aquellos tumores que presenten alguna de las características histológicas de malignidad descritas por England.

Bibliografía:

- ✓ Martín Díaz E, Arnau Obrer A, Sabater Marco V, Cantó Armengod A. Tumor fibroso solitario pleural. Estudio de 3 nuevos casos. *Revista Española de Patología Torácica*; 10 (2): 130-133.
- ✓ N Sánchez-Mora, M Cebollero-Presmanes, V Monroy, L Carretero-Albiñana, M Herranz-Aladro, E Álvarez-Fernández. Tumor fibroso solitario pleural: características clinicopatológicas de una serie de casos y revisión de la bibliografía. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:96-9. - Vol. 42 Núm.02.

(Figura 1)

(Figura 2)

Tabla 1. Motivo de consulta de 41 pacientes con tumor fibroso solitario de la pleura

Motivo de consulta	Número de pacientes	%
Tos	12	29,2
Dolor torácico	10	24,3
Disnea	8	19,5
Hipoglicemia	1	2,4
Asintomáticos	10	24,4
Total	41	100,0



(Figura 3)

(Figura 4)



-15- CUERPO EXTRAÑO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE

Autores: Emilio-Antonio Santalla Valle, María Beatriz Cartón Sánchez, Silvia García García, Piedad Rivas López, María Jesús Martínez Mier, Ana María Fernández Martínez.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Varón de 74 años que acude a urgencias por hemoptisis.

ANTECEDENTES PERSONALES:

No alergias medicamentosas conocidas. Trabajó como soldador. No refiere hábitos tóxicos. Fibrilación auricular paroxística. Síndrome vertiginoso diagnosticado en 1990. Hipertrofia benigna de próstata. Neumonía en 2003 que precisó ingreso hospitalario.

En el año 2008 ingresa para estudio de masa pulmonar en hilio derecho (*Foto 1*) en Rx practicada por síndrome vertiginoso (retrospectivamente ya se apreciaba, de tamaño mucho menor, en Rx del año 2003). TC craneal normal. En TC tóraco-abdominal se informa masa parahiliar derecha de 3 cm que obstruye el bronquio subsegmentario del segmento anterior del LSD. Broncoscopia: neoformación que obstruye el subsegmentario anterior del lobar superior derecho. Biopsia bronquial: concordante con tumor neuroendocrino bien diferenciado tipo carcinoide típico. Espirometría: FVC 3.840 (124%), FEV₁ 2.810 (117%), FEV₁/FVC 73% (normal). Se deriva a Cirugía Torácica donde se interviene de lobectomía superior derecha con linfadenectomía 10R en abril de 2008. La anatomía patológica confirma carcinoide típico. El paciente sigue controles y revisiones en nuestro servicio sin evidencia de recidiva (*Foto 2*).

Tratamiento habitual: Apocard, Adiro 100, Avidart, Omnic y Rilast.

ENFERMEDAD ACTUAL:

En noviembre de 2012 ingresa en nuestro servicio por hemoptisis. Desde hace varios días refiere sensación de sibilancias autolimitadas y, el día del ingreso, expectoración hemoptoica y mucosidad espesa con expulsión de un “cuerpo extraño” sólido de aspecto carnoso, en relación con un golpe de tos. No fiebre ni disnea.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA 160/60 mm Hg. Sat. O₂ 96% (aire ambiente). Afebril. AC: rítmica, sin soplos. AP: sibilancias en hemitórax derecho y resto normal. Resto sin hallazgos significativos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma: Hb 11,1, Hto. 35%, resto normal. Coagulación normal.
- Bioquímica: normal, incluida enolasa y SCC.

- ECG: ritmo sinusal.
- Rx tórax: pérdida de volumen en hemitórax derecho por lobectomía superior derecha, sin cambios respecto a previas.
- TC tóraco-abdominal: lobectomía superior derecha. Lesiones de aspecto cicatricial en LM y LID. En bronquio principal derecho y en muñón del bronquio lobar superior derecho, lesión polipoidea (*Foto 3*). Resto sin hallazgos.
- Espirometría: CVF 3470 (117%), FEV₁ 1640 (73%), FEV₁/CVF 47% (obstrucción moderada).
- Broncoscopia: restos hemáticos en tráquea. Varias lesiones redondeadas, hipervascularizadas, milimétricas: una en tercio inferior de tráquea, pared ántero-lateral derecha, otra en bronquio principal derecho, pared anterior, por encima de la salida del lobar medio. Carina principal normal. ABI normal. Masa lobulada en la zona del muñón de la lobectomía superior derecha, sugestivas todas ellas de tumor carcinoide (*Foto 4*).
- Biopsia bronquial: tumor neuroendocrino bien diferenciado tipo carcinoide. Inmunohistoquímica: Ki 67 (+) en 70% de las células tumorales, sinaptofisina intensamente (+). La tumoración mantiene un patrón organoide sin identificarse focos de necrosis pero, en base al índice de proliferación del 70%, corresponde a un carcinoma neuroendocrino de alto grado.
- Gammagrafía con octreótido: no se observan captaciones patológicas.

COMENTARIO

Se trata de un paciente que presenta recidiva de tumor carcinoide en tráquea y bronquio principal derecho. En diciembre de 2012 se interviene en Cirugía Torácica de implantes tumorales mediante excisión local de tejido en cara lateral izquierda del tercio superior de la tráquea, en cara lateral derecha del tercio medio (fragmentos milimétricos) y en cara medial del BPD. Además, amplia infiltración tumoral mamelonada del muñón de la lobectomía previa y del comienzo del intermediario en su cara lateral externa. Se coagula con argón las lesiones excepto la infiltración más distal del bronquio derecho e intermediario. El diagnóstico anatomopatológico fue carcinoide típico, con inmunohistoquímica: CKAE1-AE3 (+), Sinaptofisina (+), Cromogranina (+), p53 (-), MIB1: 5-10%.

El TUMOR CARCINOIDE es una neoplasia maligna de estirpe neuroendocrina que se origina de las células basales glandulares enterocromafines (Kulchitsky), distribuidas por todo el organismo. La localización más frecuente es gastrointestinal (55%) y pulmonar (30%). Representan el 2% de los tumores pulmonares. Incidencia: 1-2 casos/100.000 hab y año. No diferencias de sexo; picos de incidencia 15-25 y 65-75 años. La edad media de diagnóstico 47 años, el atípico en edades más avanzadas. Localización más frecuente: endobronquial en bronquio principal o lobar 70%, periférico 20%, hasta un 10% presentan afectación ganglionar. En raras ocasiones (<1%), carcinoides familiares asociados al gen MEN1 (multiple endocrine neoplasia). La clasificación histológica actual define al carcinoide como tumor maligno, de estirpe epitelial, con diferentes patrones de crecimiento: organoide, trabecular, insular, empalizada o roseta. Además los subclasifica en carcinoide típico, de crecimiento muy lento y 4 veces más frecuente, y atípico en función del número de mitosis por campo y la presencia de necrosis.

De curso clínico indolente: suelen ser asintomáticos o bien sangrar u obstruir produciendo tos, sibilancias, dolor torácico o neumonía recurrente. Sólo un 5% de los casos secretan sustancias vasoactivas (5-hidroxitriptamina, serotonina, cromogranina), responsables del síndrome carcinoide y complicaciones. Consiste en *flushing*, broncoespasmo o asma y diarrea, se puede acompañar de ansiedad, lagrimeo, salivación, taquicardia, hipotensión. Ante la sospecha, se debe solicitar una determinación urinaria de 5-hidroxiindolacético y serotonina y de cromogranina en plasma.

El carcinoide típico rara vez metastatiza y tienen un excelente pronóstico, incluso aunque exista afectación ganglionar. El atípico tiene una alta probabilidad de metastatizar, sobre todo si tiene afectación ganglionar mediastínica.

Se diagnostica mediante Rx tórax, TC y broncoscopia, donde se aprecia una masa rosada o roja hipervascularizada. Se debe instilar adrenalina antes y después de la biopsia para reducir el riesgo de

sangrado. Para la estadificación debe utilizarse RNM y gammagrafía con somatostatina (indio-111 pentatreótido, Octreosan).

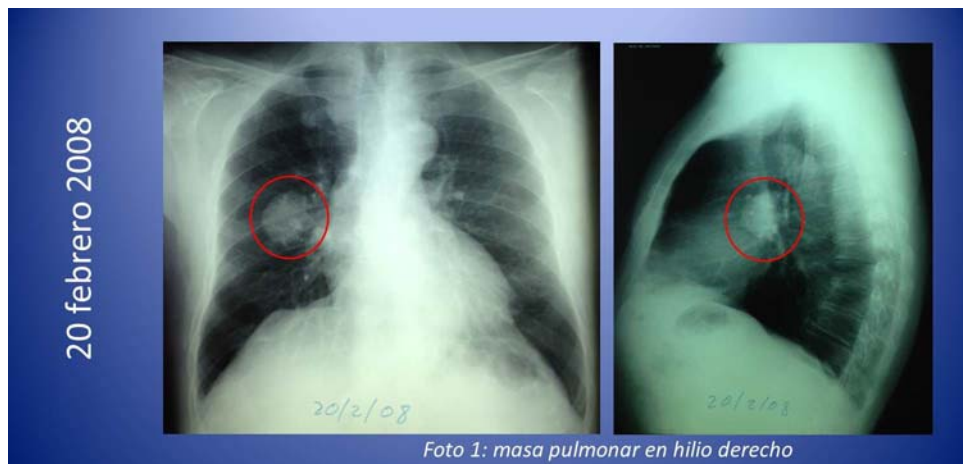
Tratamiento de elección: cirugía, tratamiento endobronquial (láser), análogos de somatostatina, interferón alfa, quimioterapia, radioterapia. Pronóstico: supervivencia a los 5 años del carcinoide típico, 82-87%, del carcinoide atípico 56-75%.

Lo llamativo de este caso es que, tratándose de un carcinoide típico en el momento del diagnóstico, haya presentado una recidiva local tras más de 4 años sin enfermedad, a pesar de la edad tardía de presentación que sería más sugestivo de carcinoide atípico, sin embargo, la anatomía patológica lo considera carcinoide típico. En la recidiva incluso, no tiene necrosis que sugiera carcinoide atípico pero sí un alto índice de mitosis.

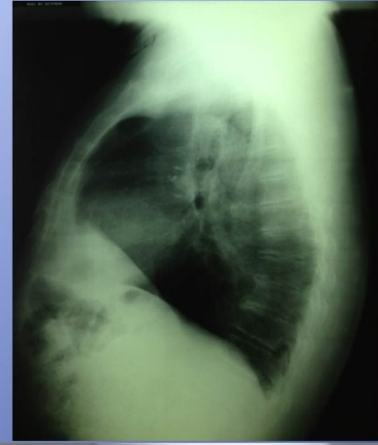
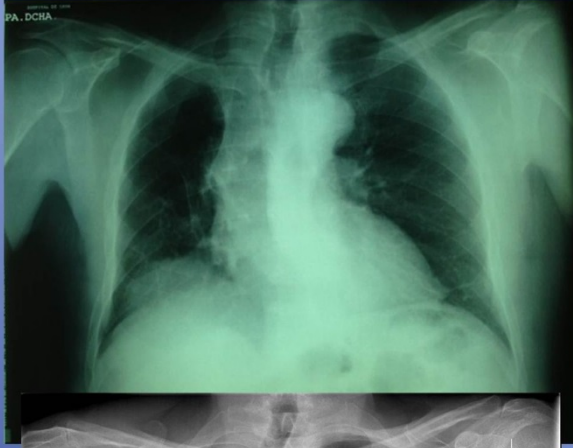
BIBLIOGRAFÍA

[Fink G, Krelbaum T et al. Pulmonary carcinoid: presentation, diagnosis, and outcome in 142 cases in Israel and review of 640 cases from the literature. Chest 2001; 119:1647.](#)

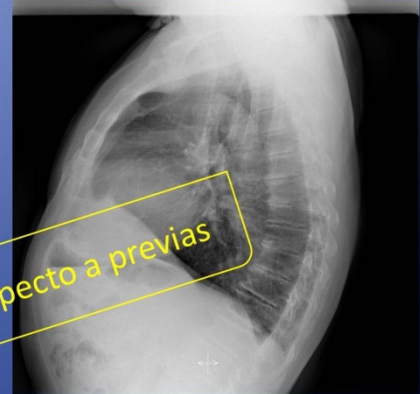
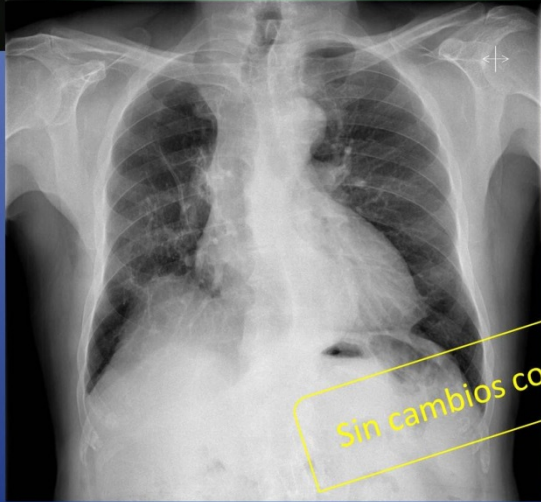
McMullan DM, Wood DE. Pulmonary carcinoid tumours. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2003; 15: 289–300.



Rx 10 julio 2008



Rx 15 Noviembre 12



Sin cambios con respecto a previas

• Foto 2: controles sin evidencia de recidiva

Se compara con TC previo

TC OCTUBRE 2011



TC NOVIEMBRE 2012



Ocupación del bronquio principal derecho por una nodularidad polipoidea de atenuación de partes blandas de nueva aparición. ¿Recidiva tumoral?

• Foto 3: sospecha de recidiva en TC

Broncoscopia



• Foto 4: Imágenes de broncoscopia