

---

# APRENDAMOS CON IMÁGENES

---

## ADENOCARCINOMA DE PLEURA

### PLEURAL ADENOCARCINOMA

---

\*José G Bustillo P, \*\*Mario R. Rodríguez, \*\*\* José Arias A.

*Recibido Enero 22-2014 Aceptado Marzo 25-2014*

#### RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 64 años quien consulta por dolor en hemitórax izquierdo inicialmente interpretado como de origen muscular y al cual posteriormente se suman tos y disnea. Una radiografía de tórax muestra derrame y una toracentesis se interpreta como exudado. La biopsia pleural por videotoroscopia fue compatible con malignidad y una inmunocitoquímica mostró adenocarcinoma. Se presentan las imágenes de la TAC y de la radiografía, los hallazgos de la toroscopia y la histopatología.

**REC 2014:20: 44-48**

Señora de 68 años, natural y procedente de Facativá, ama de casa, hipertensa, quien consulta al hospital de esa localidad por cuadro de 1 mes de evolución que se inicia con dolor tipo picada en hemitórax lateral izquierdo, seguido de tos seca y disnea progresiva. Inicialmente sus manifestaciones son interpretadas como espasmo muscular, para lo cual recibe analgésicos. Como los síntomas persisten, consulta nuevamente pero en esta ocasión le ordenan una radiografía de tórax la cual muestra imagen sugestiva de derrame izquierdo, por lo que deciden practicar toracentesis, la cual muestra un líquido rojizo con pH de 8, sin leucocitos ni bacterias. No se describen otros datos en la hoja de remisión salvo que están pendientes los resultados de ADA, citología y bloque celular. Los familiares deciden su traslado a Bogotá para completar estudio y tratamiento.

A nuestro hospital ingresa una paciente en aceptable estado general, con TA 168/70, Pulso y Frecuencia Cardíaca de 86, afebril y una saturación de 87% con aire ambiente. Como único dato positivo existía una disminución de los ruidos respiratorios

#### SUMMARY

The case of a 64-year old woman who consults for pain in the left hemithorax, initially thought to be due to muscle causes, is presented. Days later, other symptoms such as cough and dyspnea occur. A radiograph shows left effusion and a thoracentesis is interpreted as an exudate. The effusion as well as a thoracoscopic pleural biopsy showed malignancy. Immunohistochemistry was consistent with adenocarcinoma. Thoracic images, thoracoscopy findings and histopathology are shown.

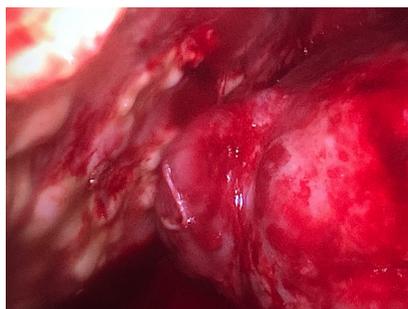
en la base izquierda. Sus síntomas iniciales no habían variado y su anamnesis remota ponía de manifiesto una grávida cinco, P4V4, con antecedentes de Pomeroy e Hipertensión arterial, quien negaba síntomas digestivos o exposición directa o indirecta a asbesto; tenía citología genital reciente y autoexploración mensual de senos, normales.

De su sitio de origen traía como paraclínicos un hemograma con Hb de 11, Hto 31, VCM de 82 fL y RDW de 15. La glicemia, urianálisis y nitrogenados, eran normales. Las imágenes de tórax (Rx y TAC) eran compatibles con derrame pleural izquierdo, mostrando además imágenes calcícas bilaterales numerosas, en la región pleural. Una nueva toracentesis puso de manifiesto un líquido rojo, tipo exudado, sin predominio de ningún grupo celular, con glicemia de 60 mgs, DHL 1200 U/mL y una citología negativa para malignidad. Una broncofibroscopia solo mostró disminución de calibre del bronquio del segmento apical del lóbulo inferior izquierdo y del bronquio de la llingula, atribuidos a compresión extrínseca. El lavado bronquial de esta zona fue negativo para tuberculosis, hongos o neoplasias.

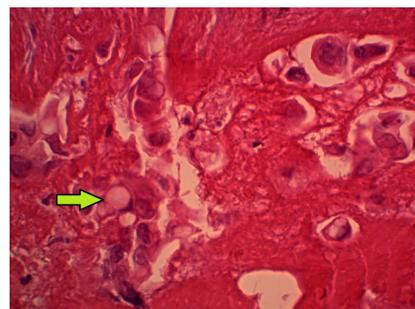
\*Médico Neumólogo. Director Revista Cuarzo. E-mail: jose.bustillo@juanncorpas.edu.co \*\*Médico Cirujano. Coordinador Grupo Soporte Nutricional y Metabólico. Clínica Universitaria Juan N. Corpas. \*\*\*Jefe Departamento de Patología. Clínica Universitaria Juan N. Corpas.

Con base en lo anterior se solicitó la realización de una Videotoroscopia con biopsia. El Bloque celular del líquido pleural obtenido en esta ocasión mostró “fragmentos sueltos de tumor constituido por células grandes de núcleo grande y vesiculoso, con citoplasma abundante que forman sábanas”. La inmunohistoquímica mostró “inmunoreactividad en las células tumorales con TTF1 y CK7, lo cual favorece el diagnóstico de carcinoma primario del pulmón. Los marcadores CEA, CK20, CK5/6 Y Calretinina, fueron negativos”.

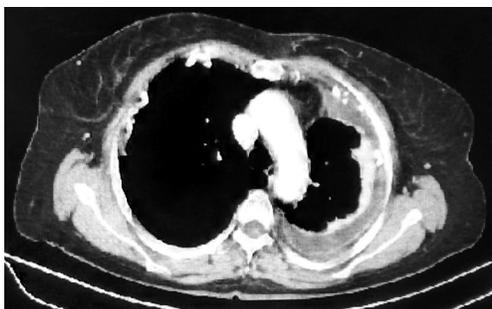
Se plantea como posibilidad terapéutica paliativa la realización de pleurodesis pero durante su post operatorio presenta salida accidental del tubo de tórax. Un control con TAC muestra engrosamiento pleural con presencia de tabiques aéreos, sin neumotórax, lo que en opinión de Cirugía dificultaría mucho la realización del procedimiento. Se realiza manejo paliativo y se da de alta con explicación sobre todo lo pertinente a su enfermedad y pronóstico.



Superficie pleural nodular en la videotoroscopia



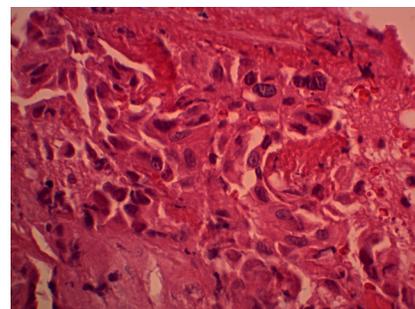
Hematoxilina-eosina 400 x  
Células tumorales, algunas de ellas con vacuolas (flecha), en un fondo hemorrágico



Nódulos pleurales bilaterales con derrame de predominio izquierdo y atelectasia pulmonar ipsilateral.  
Cortesía Dr. Alirio Márquez.



Superficie pleural nodular en la videotoroscopia



Hematoxilina-eosina 400 x  
Células epiteliales tumorales  
Cortesía Dr. Andres Mauricio Duarte

## BIBLIOGRAFÍA

1. Porcel José M. Pleural Fluid Biomarkers: Beyond the Light Criteria. In: Puchalski Jonathan. Clinics In Chest Medicine; Pleural Disease; 2013, 34(1), p 27-39
2. Frank C Detterbeck. Thoracoscopy: A Real Life Perspective. In: Puchalski Jonathan. Clinics In Chest Medicine; Pleural Disease; 2013, 34(1), p 27-39
3. Bustillo JG, Ojeda P. Derrame pleural: Características clínicas y citológicas. Rev Colomb Neumol 2000, 14(3): 205-221
4. Arenas Jiménez J, Alonso Charterina S, Sánchez Paya J, et al. Evaluation of CT findings for diagnosis of pleural effusions. Eur Radiol 2000; 10:681-90
5. Bustillo JG. Aprendamos con imágenes. Metástasis pulmonares. REC 2012, 17(2):25-28