

Caso clínico SOCALPAR: MASA HILIAR IZQUIERDA

Autores: C. Fernández García; T. Antolín García; García Arroyo; C. Alonso Mediavilla.
Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Historia clínica: Varón de 47 años de edad, trabajador en la construcción, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de hernia discal lumbar e ingreso hospitalario en agosto 2006 en hospital no perteneciente a nuestra Comunidad en relación a dolor torácico y expectoración hemoptoica siendo diagnosticado de TEP con trombo en arteria principal izquierda e imagen sugerente de infarto pulmonar en LSI. Desde entonces en tratamiento con sintrom. Nunca fumador.

Es ingresado en nuestro hospital en enero 2007 refiriendo persistencia de expectoración hemoptoica intermitente y disnea de moderados esfuerzos, reconociendo en la anamnesis dirigida astenia y pérdida de peso no cuantificada.

Exploración: TA 120/82, Tª 36,5° C, Sat. O2 94%. Buen estado general. Eupneico en reposo. No cianosis, IY ni adenopatías laterocervicales o supraclaviculares. Soplo sistólico I/IV en focos de la base y auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen sin hallazgos. Extremidades inferiores con pulsos presentes sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias:

Hemograma y bioquímica: en límites normales. Perfil hepático normal.

CEA 0,5 (0-4); **AFP** 1,4 (0-7); **Ca** 19,9 < 1 (0-30); **Gonadotropina coriónica** 0,1 (< 5).

GAB: Ph 7,47, PC02 38, 3, P02 72,1 , HC03 27,6, Sat. O2 95,5%

Rx tórax:

Aumento del mediastino con imagen sugestiva de masa hiliar izquierda.



ECG: ritmo sinusal a 90 latidos por minuto. Eje a 0° .

Angio TAC Torácico: trombo a nivel de la arteria pulmonar izquierda, que se extiende a la bifurcación y rama derecha. Masa localizada en LSI, que presenta un diámetro de 8,4 x 5 x 7 cm, de aspecto espiculado, hipodenso y que puede estar en relación con infiltración a nivel de la arteria pulmonar. Adenopatías paraaórticas inferiores a 1 cm.



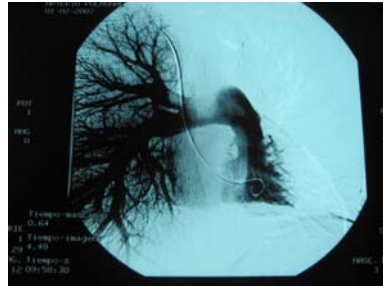
Broncoscopia: cuerdas, traquea y carina principal normales. Árbol bronquial derecho, sin hallazgos significativos. Árbol bronquial izquierdo, con engrosamiento de mucosa en carina y lóbulo superior, donde se realiza BAS y biopsia, presentando sangrado activo muy importante que se controla tras la aplicación de medidas locales. Cultivo y Bk de broncoaspirado negativo. Citología de broncoaspirado negativo. Biopsia bronquial: sin evidencia de infiltración neoplásica, se objetivan cambios estromales inespecíficos.

PAAF guiada por TAC con aguja de 22 G: algún grupo celular sospechoso de malignidad.

Pruebas de Función Respiratoria: Curva flujo volumen: FVC 4050 (96%). FEV1 3480 (101%), FEV1/FVC 86. Patrón ventilatorio normal
Difusión: TLCO 9.395 (96%), KCO 1.630 (108). Límites normales
Pletismografía: ITGV 3.340 (101%), RV 1.400 (68%), TLC 5.360 (82%), RV/TLC 26.
Volúmenes pulmonares en el límite bajo de la normalidad.

Arteriografía Pulmonar:

Imágenes de defecto de repleción en el tronco de la arteria pulmonar y de las ramas lobares del pulmón derecho, probablemente en relación a trombo tumoral, que no obstante permiten la perfusión arterial de éste pulmón. Falta completa de vascularización del pulmón izquierdo.



Tras el ingreso hospitalario, con la sospecha inicial de masa pulmonar que invade la arteria pulmonar izquierda y trombo mural que se extiende a la bifurcación y rama pulmonar derecha, se realizan las pruebas descritas, reconsiderándose el diagnóstico con sospecha posterior de lesión primitiva de la arteria pulmonar e invasión pulmonar.

En contacto con el servicio de Cirugía torácica se realiza intervención quirúrgica con fecha 13 de febrero de 2007 realizándose Neumonectomía izquierda, resección arteria pulmonar derecha y recambio por homoinjerto criopreservado más linfadenectomía por esternotomía media. En el postoperatorio inmediato el paciente presenta inestabilidad clínica con taponamiento cardíaco y parada cardiorespiratoria que precisa reanimación cardiopulmonar avanzada y toracotomía hemostática por resangrado activo requiriendo colocación de packing hemostático con fecha 14 de febrero de 2007. El 15 de febrero de 2007 es de nuevo intervenido realizándose toracotomía, exéresis de packing y revisión de la hemostasia. Evolución posterior favorable del paciente con crisis convulsivas secundarias a lesiones isquémicas cerebrales, controladas mediante tratamiento anticonvulsivante. En los meses siguientes el paciente presenta dolor torácico persistente, objetivándose recidiva tumoral en la cavidad de la neumonectomía y posteriormente metástasis cerebrales, siendo exitus en julio del mismo año.

Informe Anatomía patológica:

Macroscópico: pieza de neumonectomía izquierda que mide 25 x 11,5 x 10 cm. La zona del hilio presenta tumoración polipoide que invade/protuye en la luz de la arteria pulmonar, respetando el margen. El tumor mide 8,7 x 8,5 x 5,5 cm localizado en lóbulo superior izquierdo, es irregular de coloración blanquecina grisácea y pardusca, con extensas áreas necróticas. La lesión presenta bordes expansivos hacia su cara superior e infiltrantes hacia la arteria pulmonar. En una de las secciones se observa infiltración y crecimiento polipoide en la luz de la rama bronquial correspondiente. Se han identificado 8 formaciones ganglionares, de coloración pardusca, la mayor de las cuales mide 2,2 cm. de eje máximo. Extensas zonas de neumonía post-obstructiva en parénquima distal de LSI.

Compatible con tumor maligno fusiforme relacionado con la arteria pulmonar y sus ramas. Margen quirúrgico bronquial y arterial supra valvular libre de neoplasia. Borde arteria pulmonar retrocava distal con ausencia de neoplasia y presencia de implantes neoplásicos incipientes asociados a trombosis reciente. Ganglios linfáticos libres de neoplasia.

Microscópico: se ha realizado estudio inmunohistoquímico apreciándose positividad de las células neoplásicas para vimentina, Ki-67, con índice proliferativo superior al 80%. Han resultado negativos marcadores queratinicos (AE1-AE3, Cam5.2, 34Beta E12), musculares (actina-desmina), vasculares (CD31,CD34), Ttf1,CD68 y bcl-2.

Conclusión: Sarcoma de la arteria pulmonar.