

-15- “EL LADO OSCURO DEL ASMA”

Autores: Ana Gómez García, Milko Daniel Terranova Rios, Tania Álvaro de Castro, Ana Cerezo Hernández, Graciela López Muñiz, Tomás Ruiz Albi.

Centro trabajo: Servicio Neumología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Mujer de 68 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Nunca fumadora. Abogada de profesión, niega contacto directo con fábricas, minería o materiales de construcción.

Dislipemia. Úlcera gastroduodenal. Tiroiditis subaguda. Artrosis y cifoescoliosis.

Presenta tos crónica inespecífica desde el 2012. En enero del 2017, episodio de tos con hiperreactividad bronquial (sibilantes y disnea) tratado por su MAP con diferentes broncodilatadores, sin mejoría significativa. En mayo de 2017, se diagnostica de Asma bronquial con las siguientes pruebas: Rx de tórax: sin condensaciones ni derrame. FENO: 9 ppb. Espirometría con test BD. VC IN: 2.71 (87%), FVC: 2.37 (91%), FEV1 1.94 (89%), FEV1/VC 75%, MMEF 75/ 25: 1.36 (50%). Prueba broncodilatadora positiva (FVC mejora un 17%, FEV1 mejora un 13%).

ENFERMEDAD ACTUAL

Ingresa el 29-12-17 desde el Servicio de Urgencias tras objetivarse ese día un bultoma en región postero-lateral de hemitórax derecho, aumento de tos irritativa desde hace una semana, lo que atribuye al abandono de Formoterol/ fluticasona, y dolor torácico de características pleuríticas.

Exploración física: T: 35.4 TA: 127/73 Fc: 92lpm SatO2: 98%. CyC: sin ingurgitación yugular, ni adenopatías palpables. Tórax: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos audibles. AP: murmullo vesicular conservado. En espacio entre 6-7º arco costal se palpa tumoración no bien definida, blanda, móvil y no dolorosa a la palpación.

Abdomen: blando, depresible, sin dolor a la palpación profunda. RHA presentes. EEII: sin edemas ni signos de TVP.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

-Analítica: 9.200 Leucocitos (66%N) Hb: 12.1 gr/dL, plaquetas: 359.000 BQ: Na: 139 K: 4.2 Urea: 28 Creatinina: 0.72 PCR: 30

-Radiografía tórax: escaso derrame pleural derecho

-Ecografía abdominal: derrame pleural derecho moderado, al referir la paciente tumoración en pared torácica se realiza ecografía de partes blandas, identificando tumoración ovoidea de 16 x 44 mm, sólida e hipoecoica de naturaleza indeterminada en el espesor de la musculatura intercostal que impronta la pleura parietal.

EVOLUCIÓN: Dada la estabilidad de la paciente se decide estudio ambulatorio de tumoración de partes blandas y derrame pleural derecho en consulta de Proceso CB:

-TC toraco-abdominal (6-01-18). Engrosamiento pleural derecho, de aspecto infiltrativo y difuso, que se extiende a pleura costal, pero también afecta a pleura mediastínica, introduciéndose parcialmente en la grasa de este compartimento torácico. El pericardio no parece estar afectado. Afectación de la zona costal posterior de los espacios 9º y 10º. Existen también tumoraciones nodulares o lobuladas con captación de contraste en el receso pleural anterior basal. Se asocia derrame pleural y engrosamiento de la cisura mayor. A pesar que no identificamos datos de asbestosis, la primera posibilidad a tener en cuenta es la de un mesotelioma maligno. En el resto del estudio no se evidencia otras tumoraciones primarias que sugieran metástasis pleurales. Ganglios en cadena mamaria y cardiorfénicos derechos, patológicos. Resto sin hallazgos.

-Punción-Biopsia guiada por ecografía 1-01-18: Fragmento pleural con infiltración por proliferación neoplásica mesotelial y maligna constituida por células de hábito

epitelioide. Estudio IHQ: CK 5/6: (+), Calretinina (+), D2-40 (+), WT-1 (+), EMA: aisladas células positivas, CEA policlonal: (-), MOC-31 (-), TTF-1 (-). Compatible con mesotelioma maligno.

-RMN (18/01/18): hallazgos superponibles a lo visualizado en el TAC.

Dados los resultados, nuestra paciente se deriva a **Consulta Externa de Oncología**, donde comienza tratamiento quimioterápico con intención paliativa dada la irsecabilidad tumoral. Actualmente pendiente de comenzar el cuarto ciclo con Premetexed + Carboplatino y primer ciclo de Bevacizumab, se plantea la posibilidad quirúrgica dada la excelente respuesta al tratamiento en el último control radiográfico.

DISCUSIÓN:

Presentamos una paciente con tos crónica e hiperreactividad bronquial. Espirometría obstructiva y test broncodilatador positivo, sugerente de asma bronquial. De acuerdo con las últimas guías para el manejo del asma (GINA1, GEMA2) el diagnóstico definitivo se realiza al confirmar la eficacia del tratamiento y variabilidad de las pruebas espirométricas en el seguimiento, algo que no evidenciamos en nuestro caso.

El mesotelioma maligno es una patología con clínica inespecífica y de lenta evolución que puede cursar con tos crónica, y puede aparecer tras 30-40 años tras la exposición a asbesto³, aunque hasta en un 30% de los casos diagnosticados no se evidencia contacto con amianto⁴. Por otra parte la aparición de mesotelioma, en contraposición con la asbestosis, es dosis dependiente, no tiempo-dependiente. En este caso no tenemos el antecedente de exposición ocupacional, sin embargo hay otras vías de exposición menos evidentes que pasan desapercibidas para el paciente tales como proximidad a depósitos naturales de asbesto⁵, contacto directo con familiar con exposición ocupacional, proximidad a fábricas de producción de amianto, o incluso exposición a otros silicatos⁶. Además en las últimas décadas se ha demostrado aumento de incidencia de mesotelioma relacionado con otras causas, como la radiación terapéutica de algunos tumores⁷ o nano tubos de carbono utilizados en equipamiento electrónico y deportivo.^{8,9}

Como conclusión queremos destacar la importancia de valorar otras posibilidades diagnósticas ante un paciente con clínica sugerente de asma que no mejora de forma significativa con tratamiento broncodilatador. Por otra parte, recordar que la aparición del mesotelioma no siempre está ligada a exposición directa o evidente a asbesto y que ésta es dosis dependiente, por lo que en nuestra paciente, una exposición puntual en su juventud a una mina de explotación de asbesto, como las existentes hace años en el sur de España, podría haber provocado esta patología.

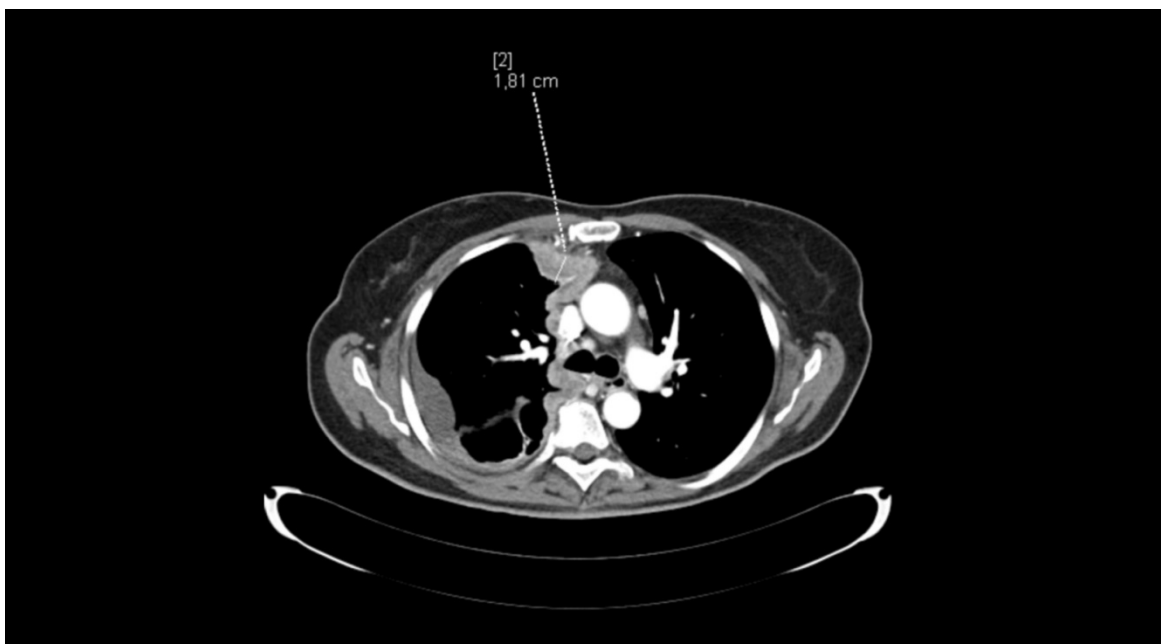
BIBLIOGRAFÍA

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2018 update). www.ginasthma.org
2. GEMA 4.0. Guía Española para el Manejo del Asma. www.gemasma.com
3. V. Courtney Broaddus, MD; Bruce W.S Robinson, MBBS, M. 82. Pleural tumors. Murray and Nadel's textbook of Respiratory Medicine. Sixth edition. Elsevier.
4. Daniel H sterman, MD; Leslie A litzky, MD; Larry R Kaiser, MD. Epidemiology of malignant pleural mesothelioma. Wolters Kluwer. Uptodate2018.
5. Pan XL, Day HW, Wang W. Residential proximity to naturally occurring asbestos and mesothelioma risk in California. Am J Respir Crit Care Med 2005; 172:1019.
6. Carbone M, Emri S, Dogan AU.A mesothelioma epidemic in Cappadocia: acientific developments and unexpected social outcomes. Nat Rev Cancer 2007; 7:147.
7. Chirieac LR, Barletta JA, Yeap BY, et al. clinicpathologic characteristics of malignant mesotheliomas arising in patients with a history of radiation for Hodgking and non-Hodgkin lymphoma. J Clin Oncol 2013; 31:4544
8. The Lancet Oncology. Space elevators, tennis racquets, and mesothelioma. Lancet Oncol 2008; 9:601.
9. Poland CA, Duffin R, Kinloch I, et al. Carbon nanotubes introduced into the

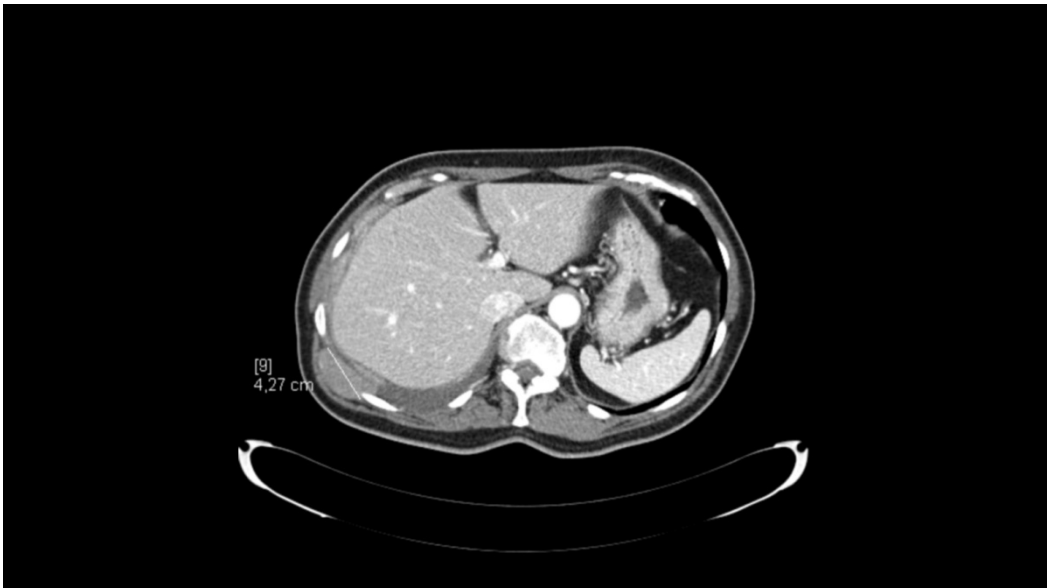
abdominal cavity of mice show asbestos-like pathogenicity in a pilot study. Nat Nanotechnol 2008; 3:423.



El lado oscuro del asma PAAF diagnostico

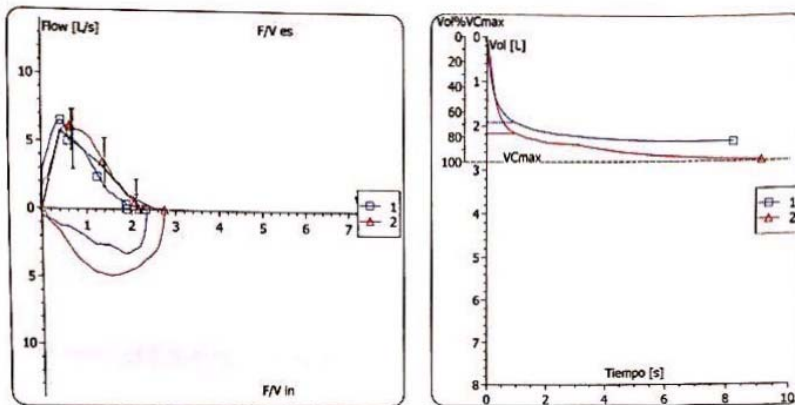


El lado oscuro del asma TAC mediastino



El lado oscuro del asma TAC primario

Resultados del broncodilatador:



		Med1	Teor	%(Med1/Teor)	Med2	%(Med2/Teor)	D%(Med2/Mr)
VC IN	[L]	2.37	2.68	88.3	2.82	105.1	19.1
FVC	[L]	2.37	2.56	92.6	2.79	108.9	17.7
FEV 1	[L]	1.94	2.14	90.8	2.20	102.7	13.1
FEV 1 % VC MAX	[%]	75.56	76.18	99.2	77.83	102.2	3.0
PEF	[L/s]	6.50	5.82	111.9	6.17	106.1	-5.1
MMEF 75/25	[L/s]	1.36	2.65	51.3	2.15	81.3	58.2
FIF 50	[L/s]	2.50			4.77		90.8
Fecha de prueba		26/05/17			26/05/17		
Hora de prueba		10:35:32			11:00:30		

El lado oscuro del asma BD positivo