

CASO CLÍNICO CIRUGÍA TORÁCICA

CRISTINA IZQUIERDO VIDAL
HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

- Mujer
- 60 años
- Antecedentes personales:
 - Nódulo tiroideo IQ 2000
 - Leiomiosarcoma uterino IQ en 2009
 - Julio 2011: Masa en LII ya conocida que ha aumentado de tamaño

- TAC (04/07/2011):
 - Se aprecia lesión pulmonar expansiva de 22 mm x 17 mm x 60 mm de morfología tubular que sigue distribución endobronquial-endovascular de localización en segmento posterior de LII, paraaórtica izquierda

- TAC-PAAF (04/07/2011):
 - Células atípicas con características concordantes con M1 de leiomioma
- PET (17/08/2011):
 - Captación patológica de masa pulmonar del LII con un SUVmax de 27.5 y un nódulo paracardíaco izquierdo con un SUVmax de 12.4
- PFR (26/7/11):
 - FEV1/FVC 69%, FEV1 2.8L (106%), FVC 4L (116%), TLC 128%, DLCO 104%. GSA (mmHg,basal): PaO2 92

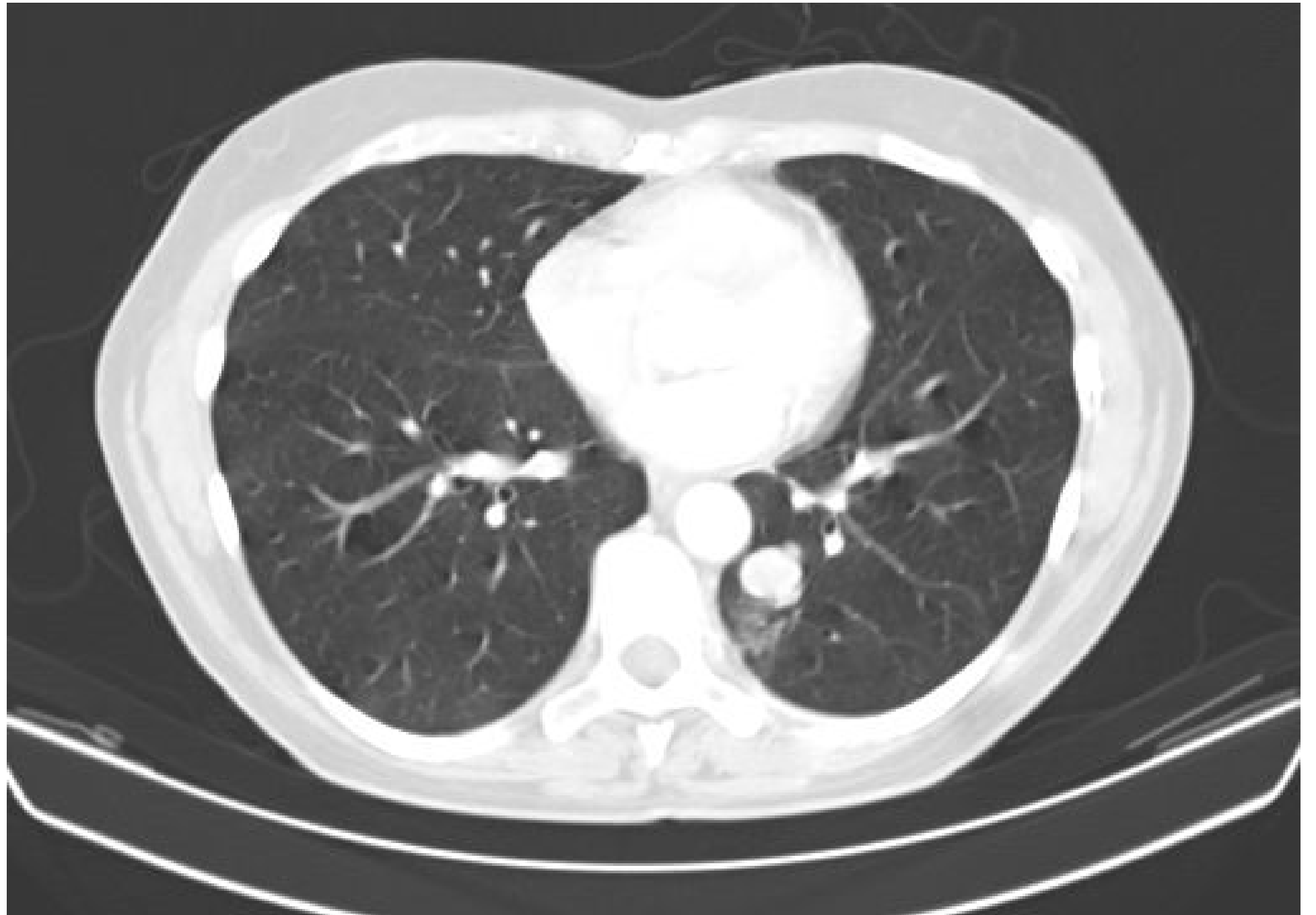


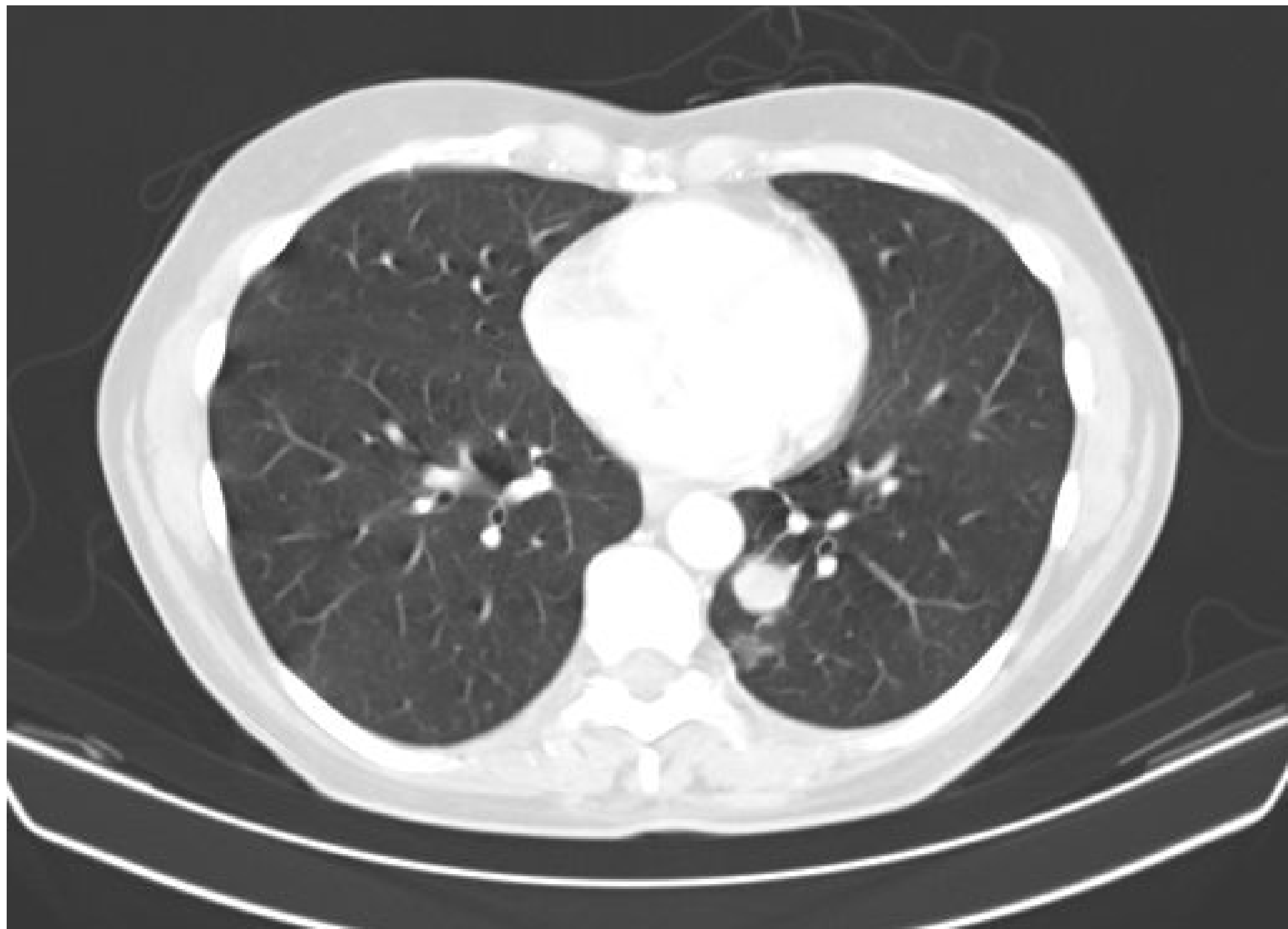














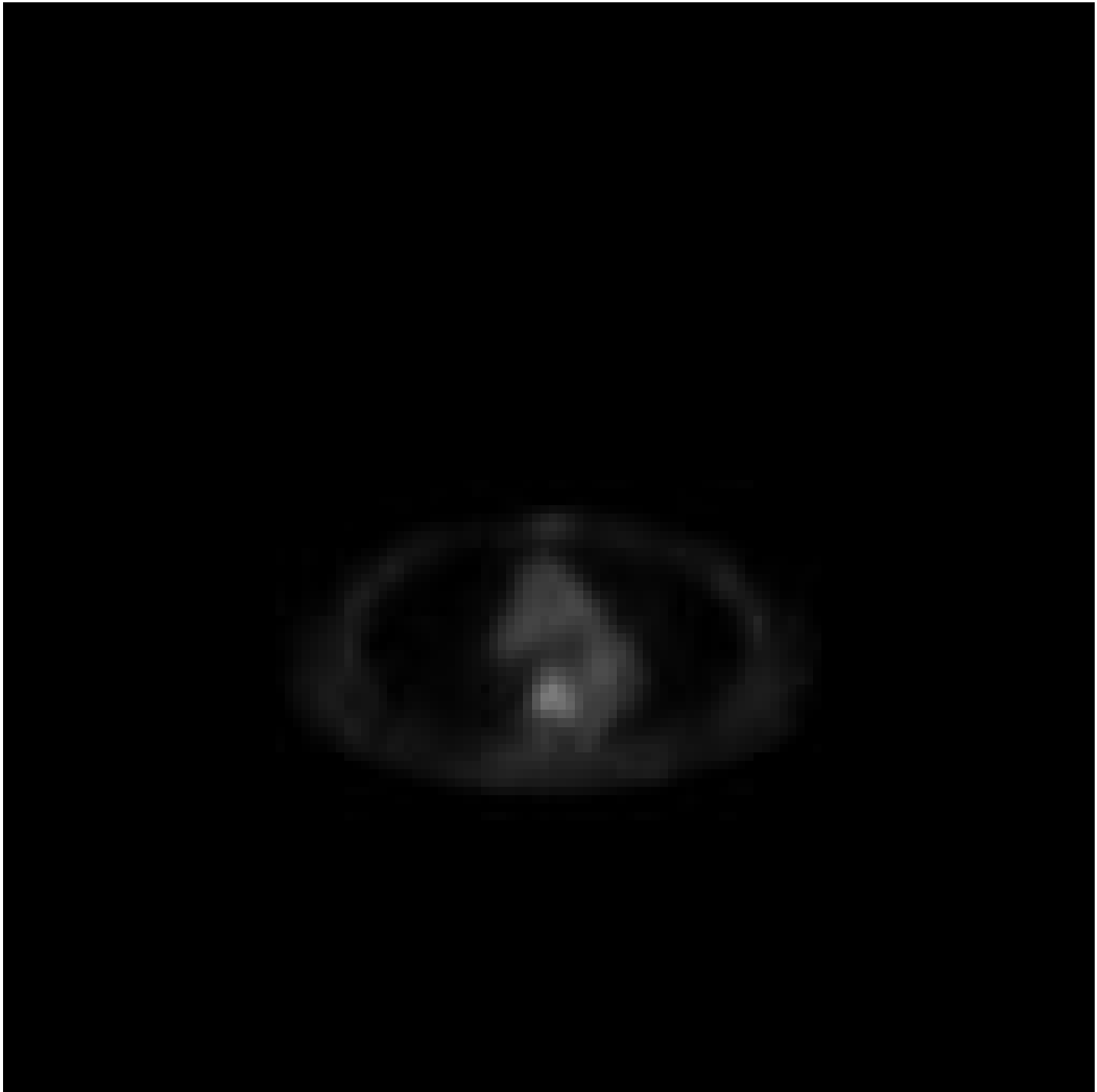


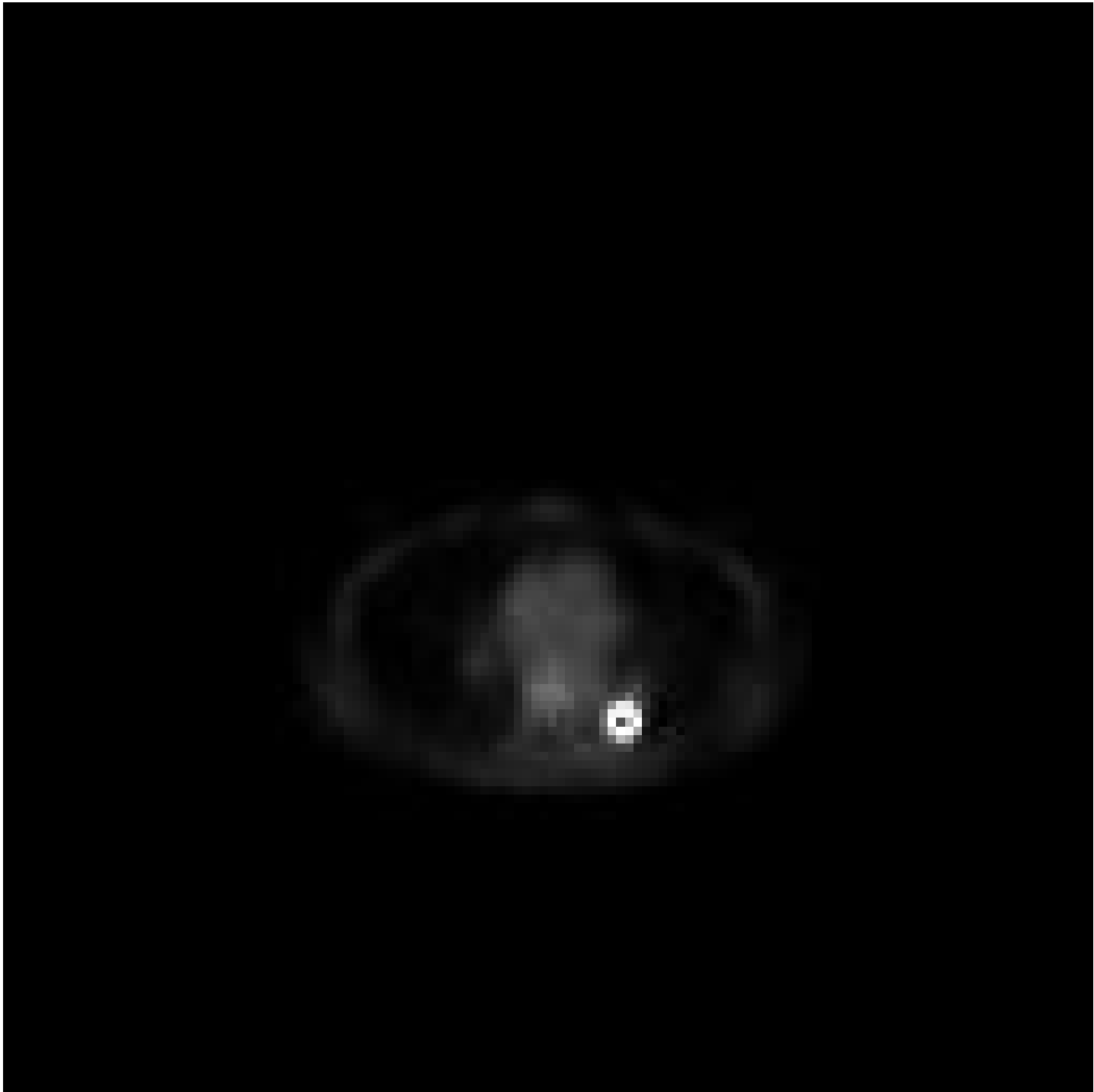


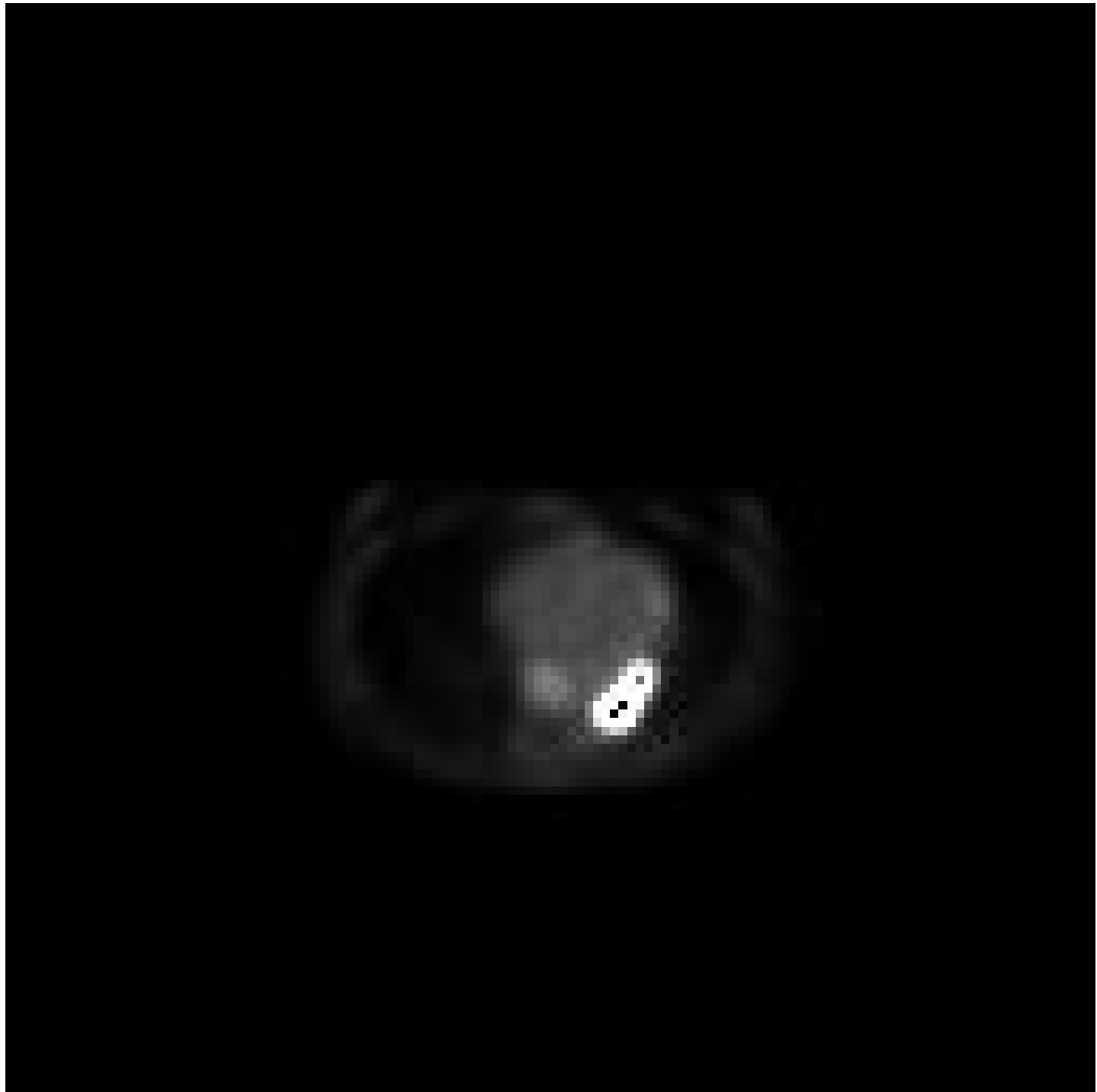






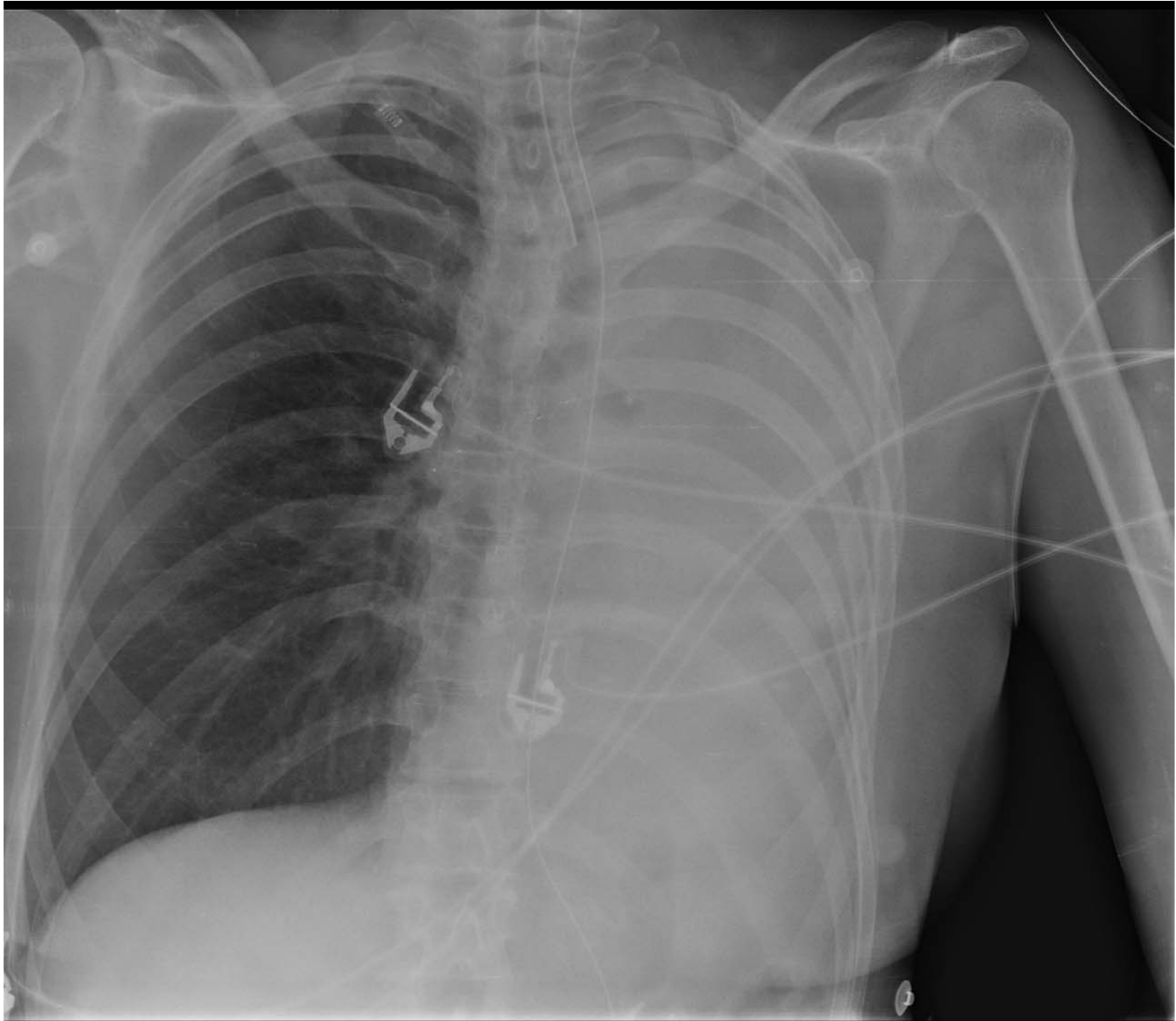






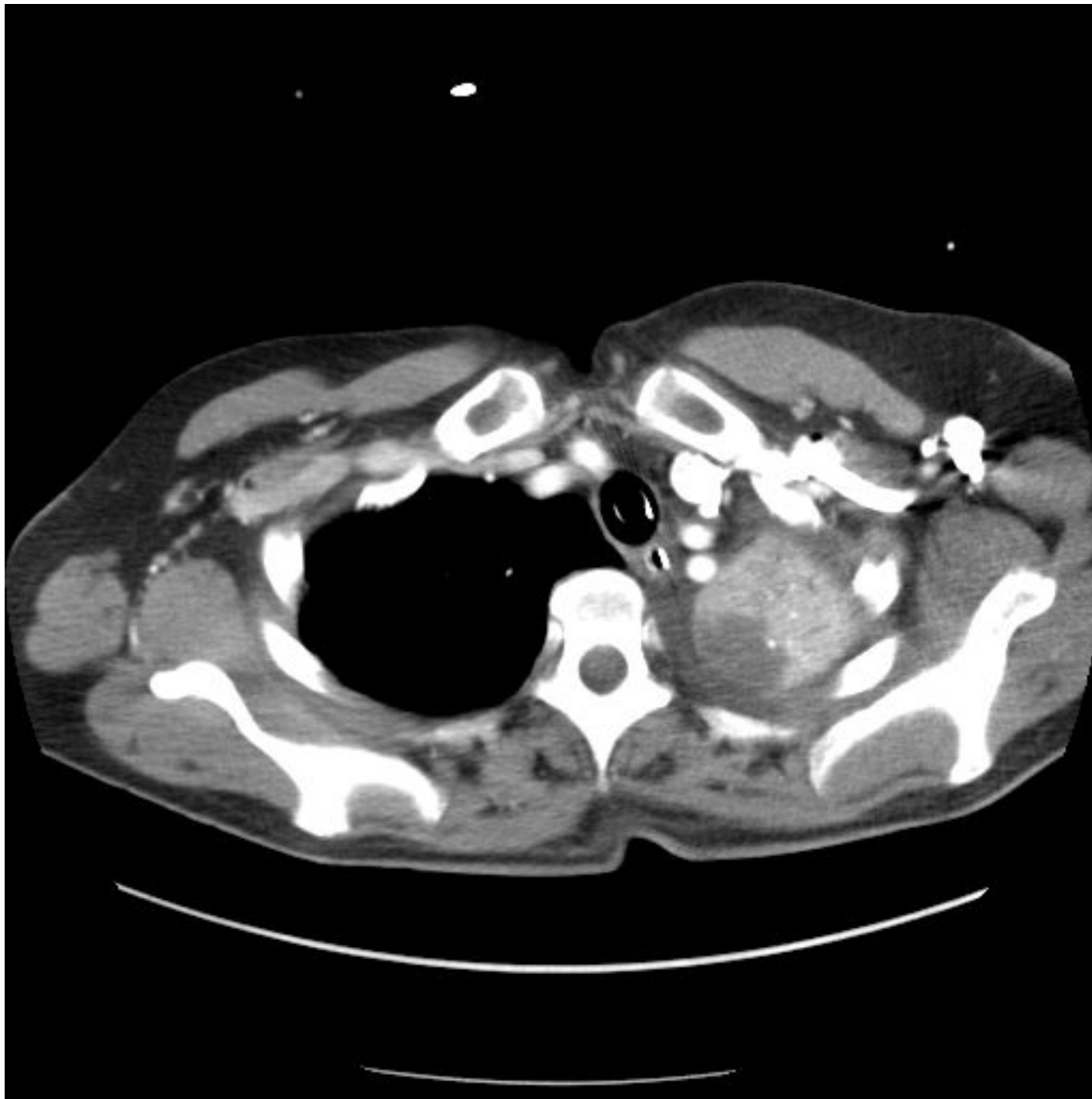
- Es vista en CCEE de Cirugía Torácica y se programa para intervención quirúrgica en Septiembre de 2011

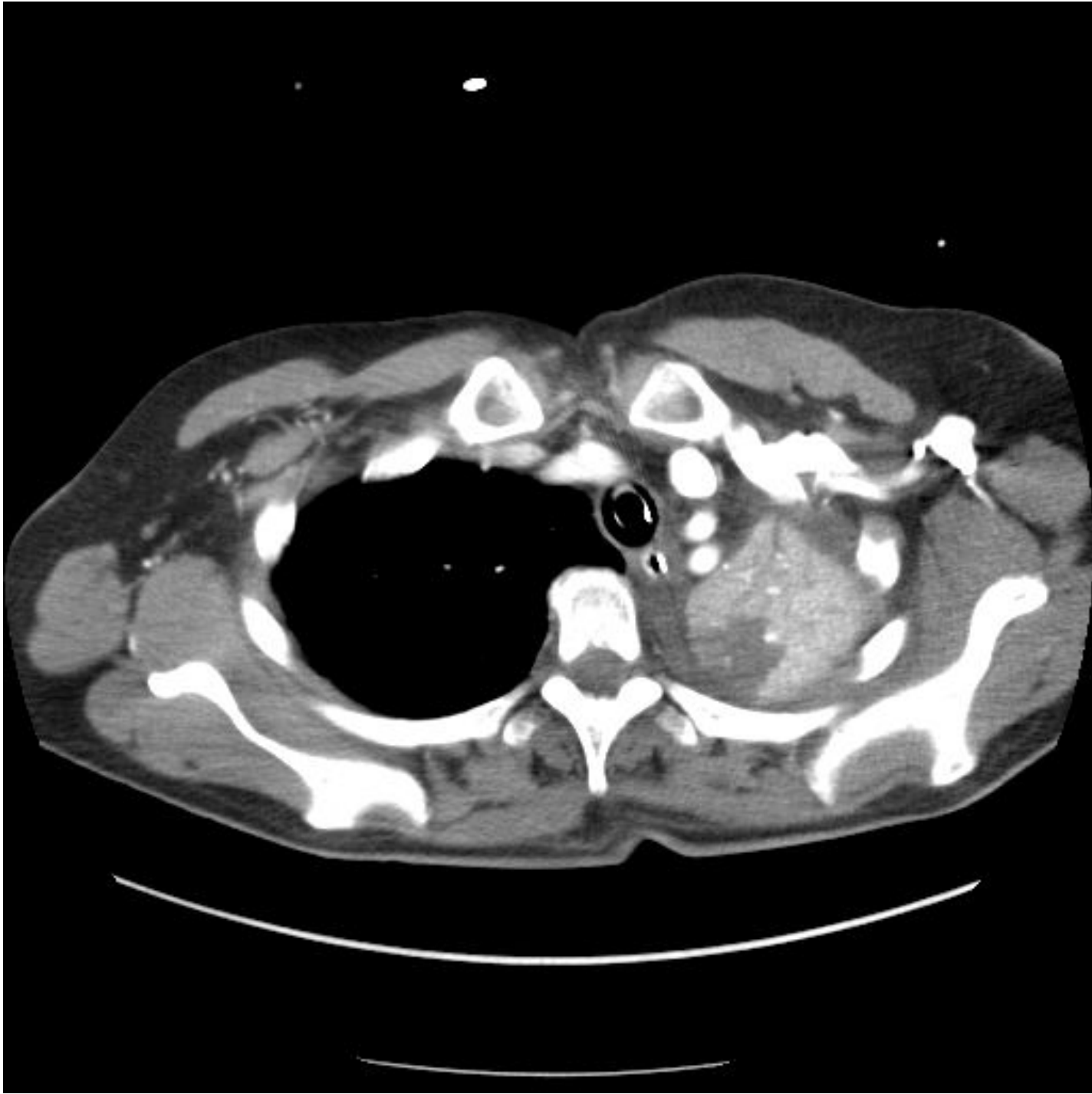
- 12/09/2011 acude al H. Seu D'Urgell por disnea súbita y dolor torácico que aumenta en inspiración profunda
 - Refiere desde hace días cuadro de infección de vías respiratorias altas
- No fiebre
- Rx tórax: aumento de densidad inferior izquierda con leve retracción de mediastino
- Presenta insuficiencia respiratoria con desaturación SatO₂ 70%
- Se traslada al HCPB bajo IOT e ingreso en la UVIR



- Rx tórax: atelectasia completa pulmón izquierdo

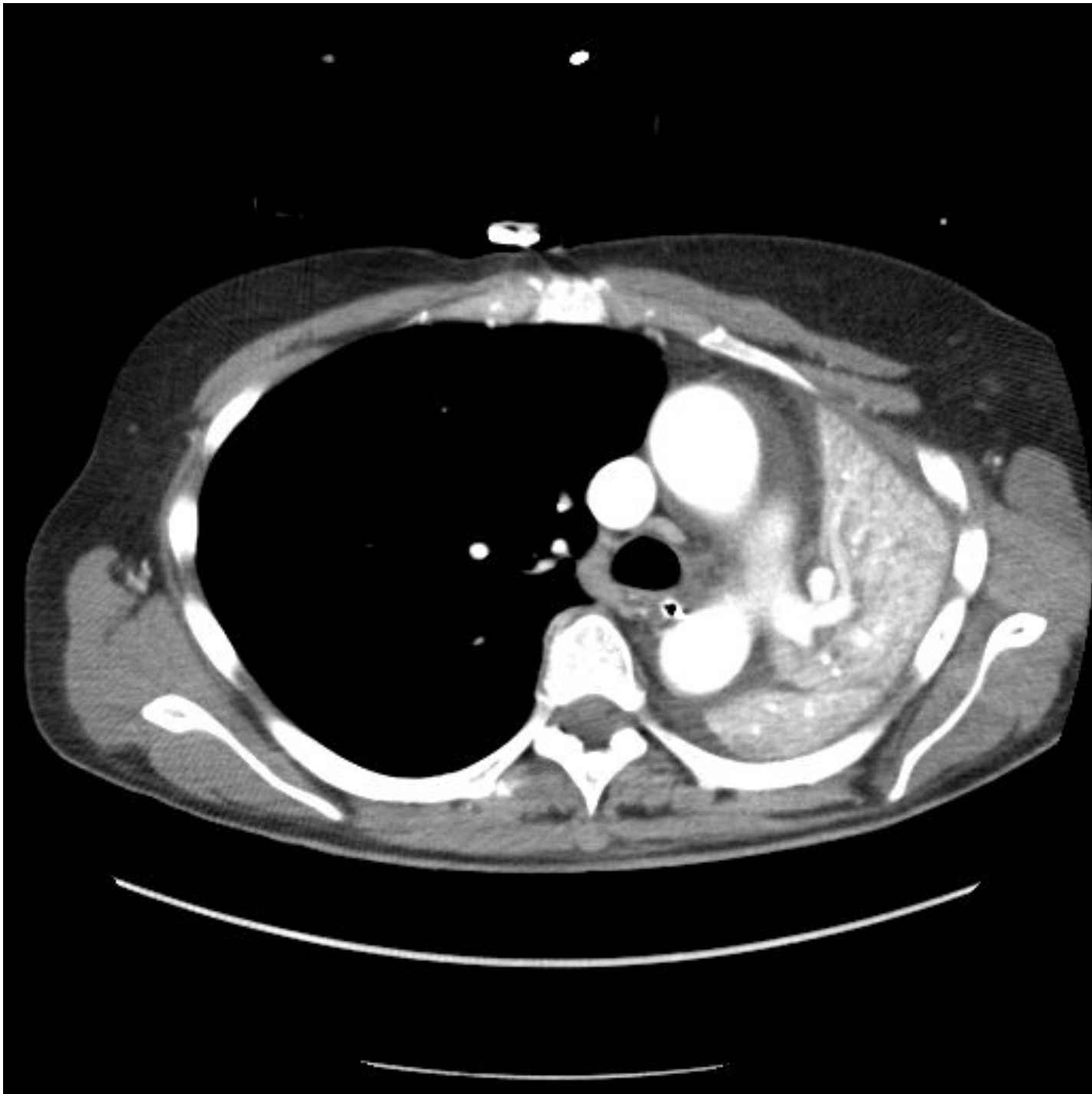
- Analítica (13/09/2011):
 - PCR 1,93
 - **Leucocitos 19.000**
 - Hb 10,5
 - Hto 32%
 - Creatinina 0,66
 - Plaquetas 173.000
 - T. Protrombina 77%
- Se decide realizar un TAC tórax urgente

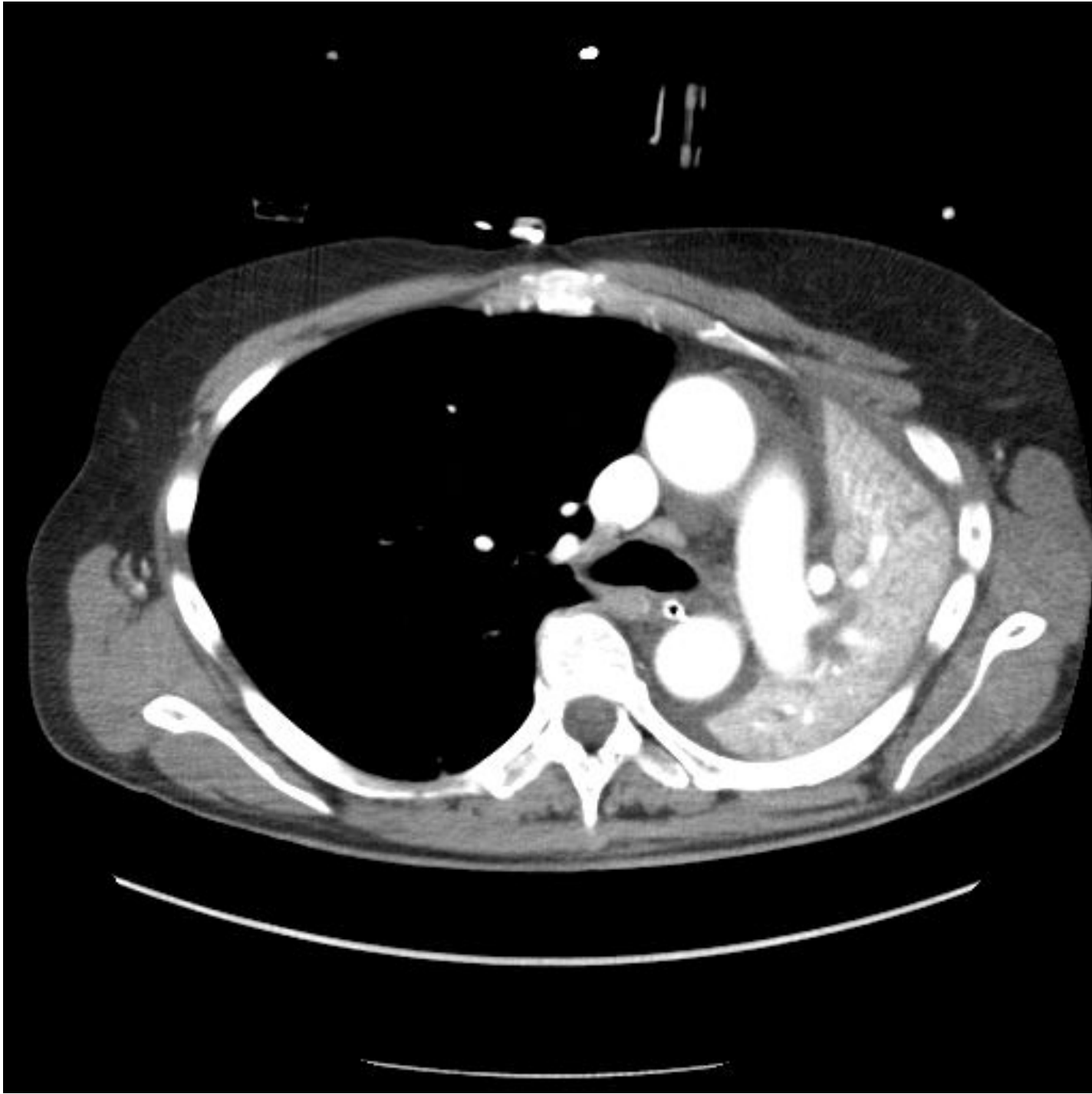






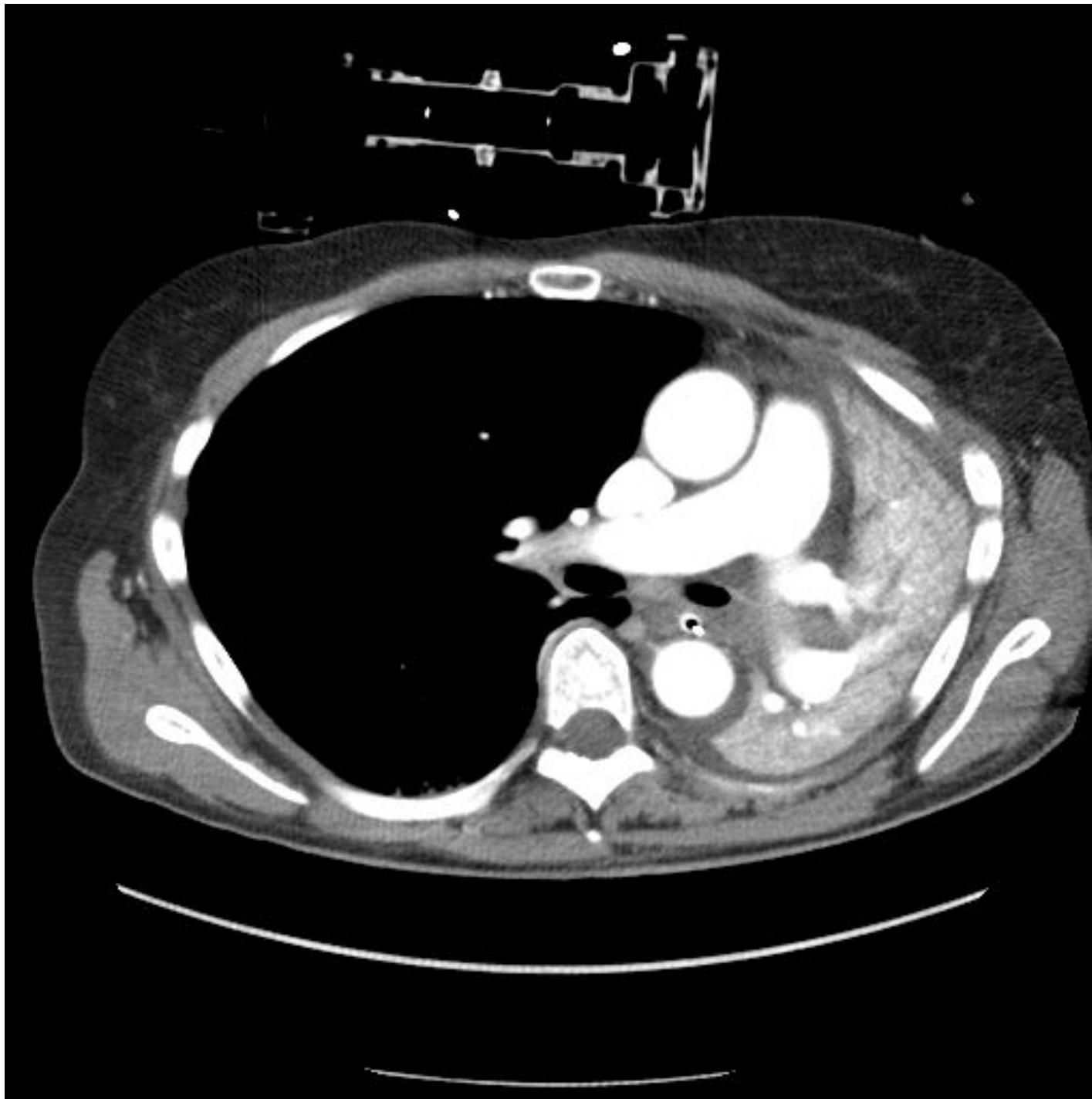




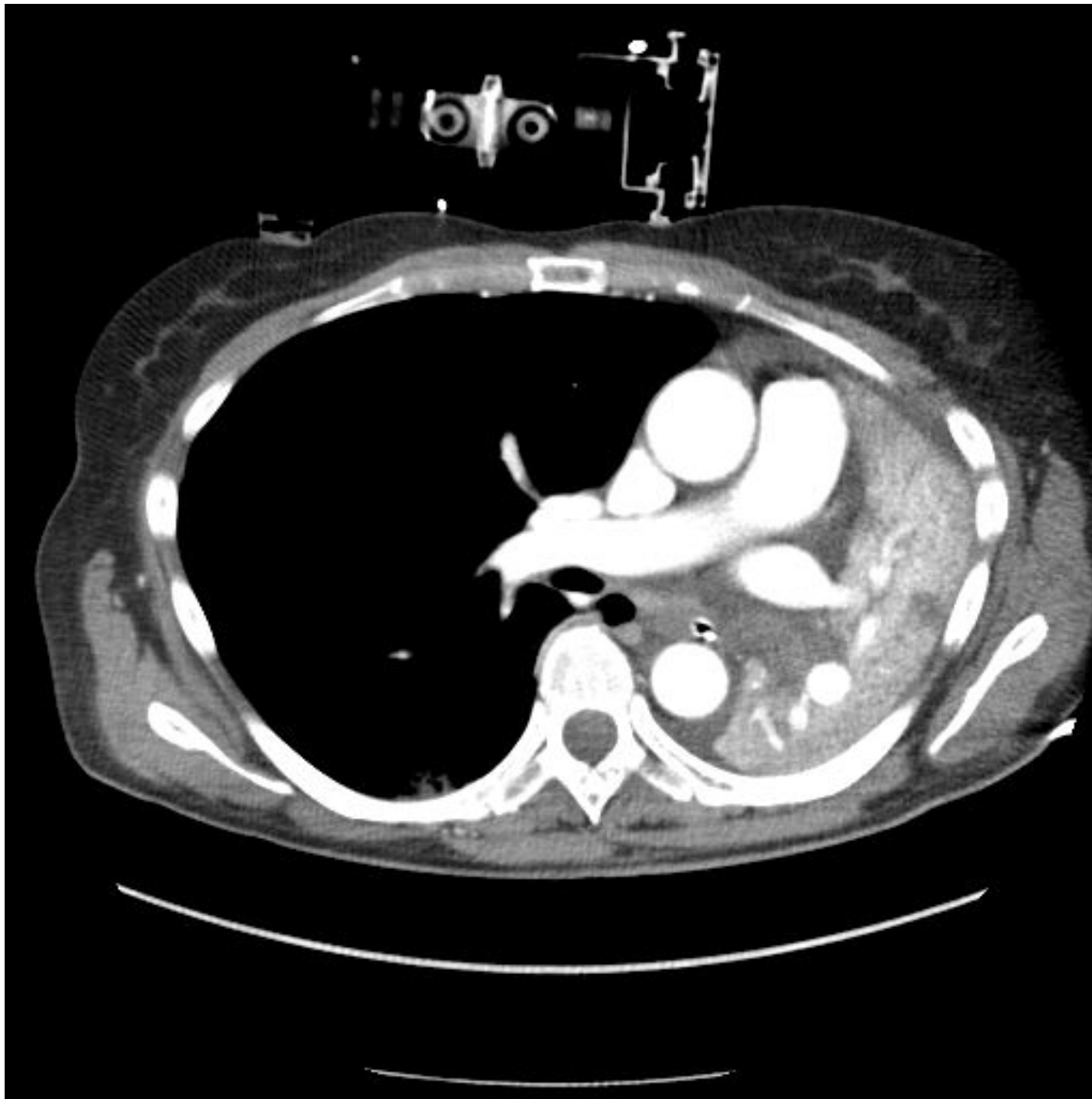




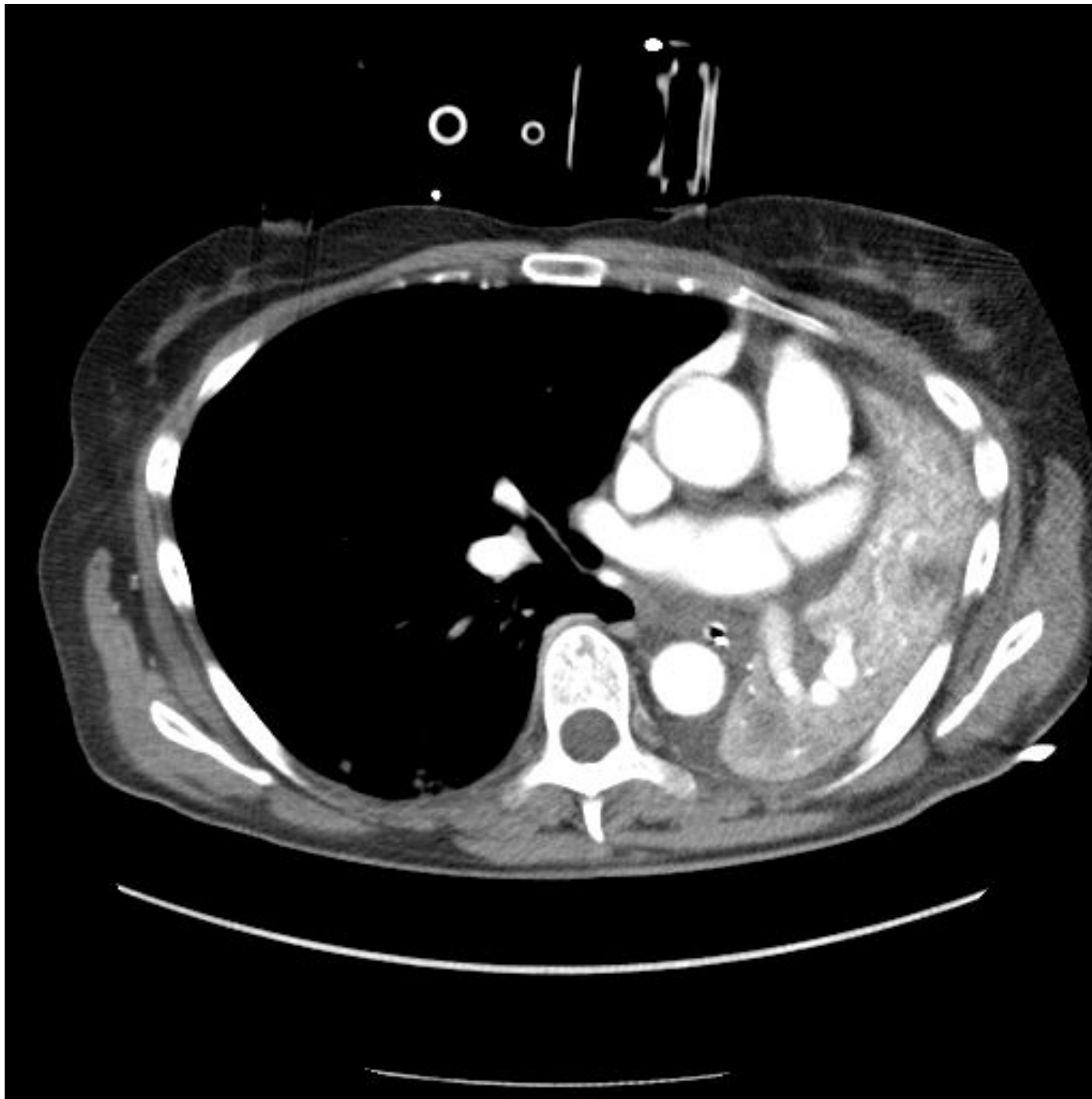




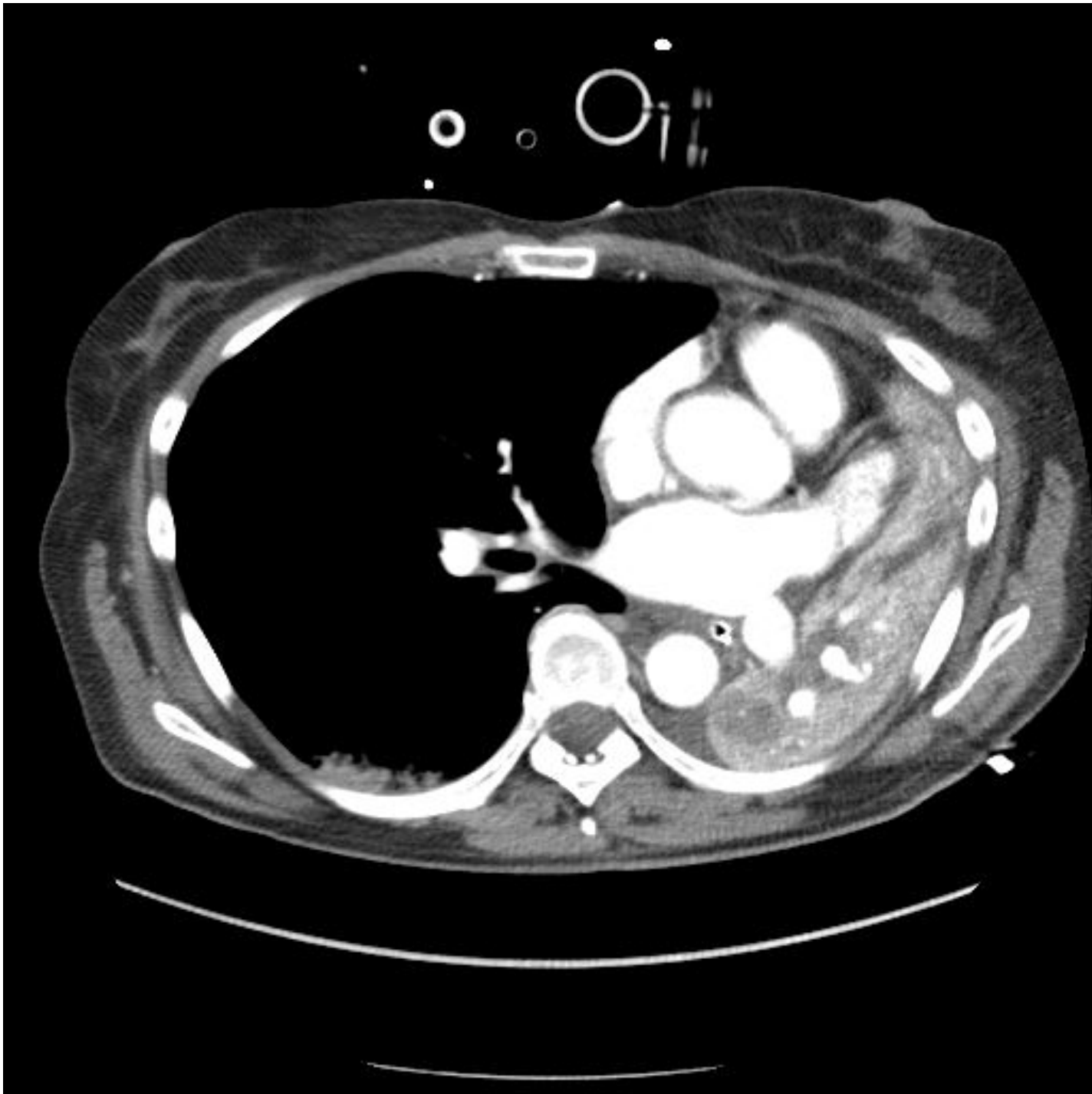


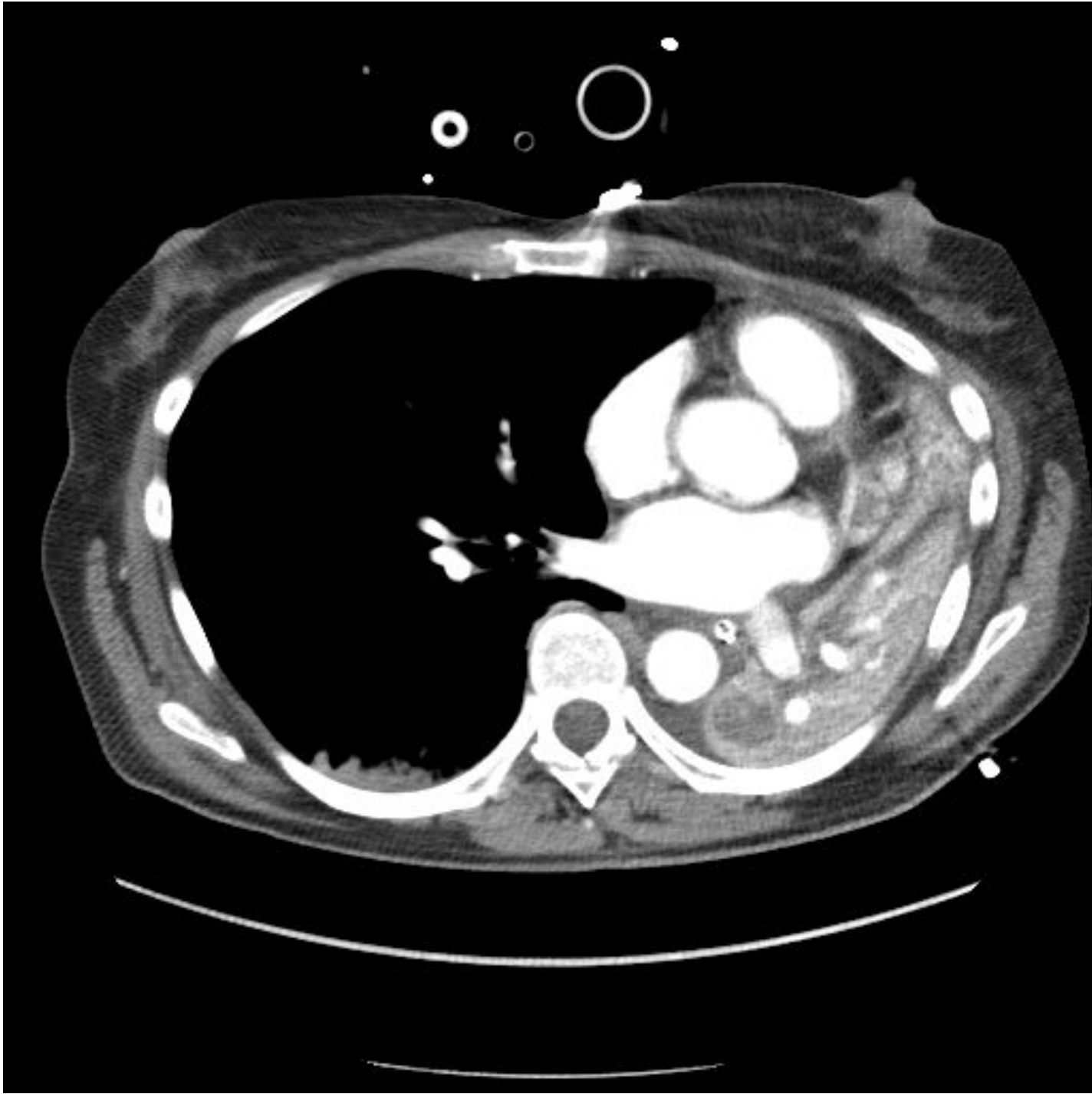


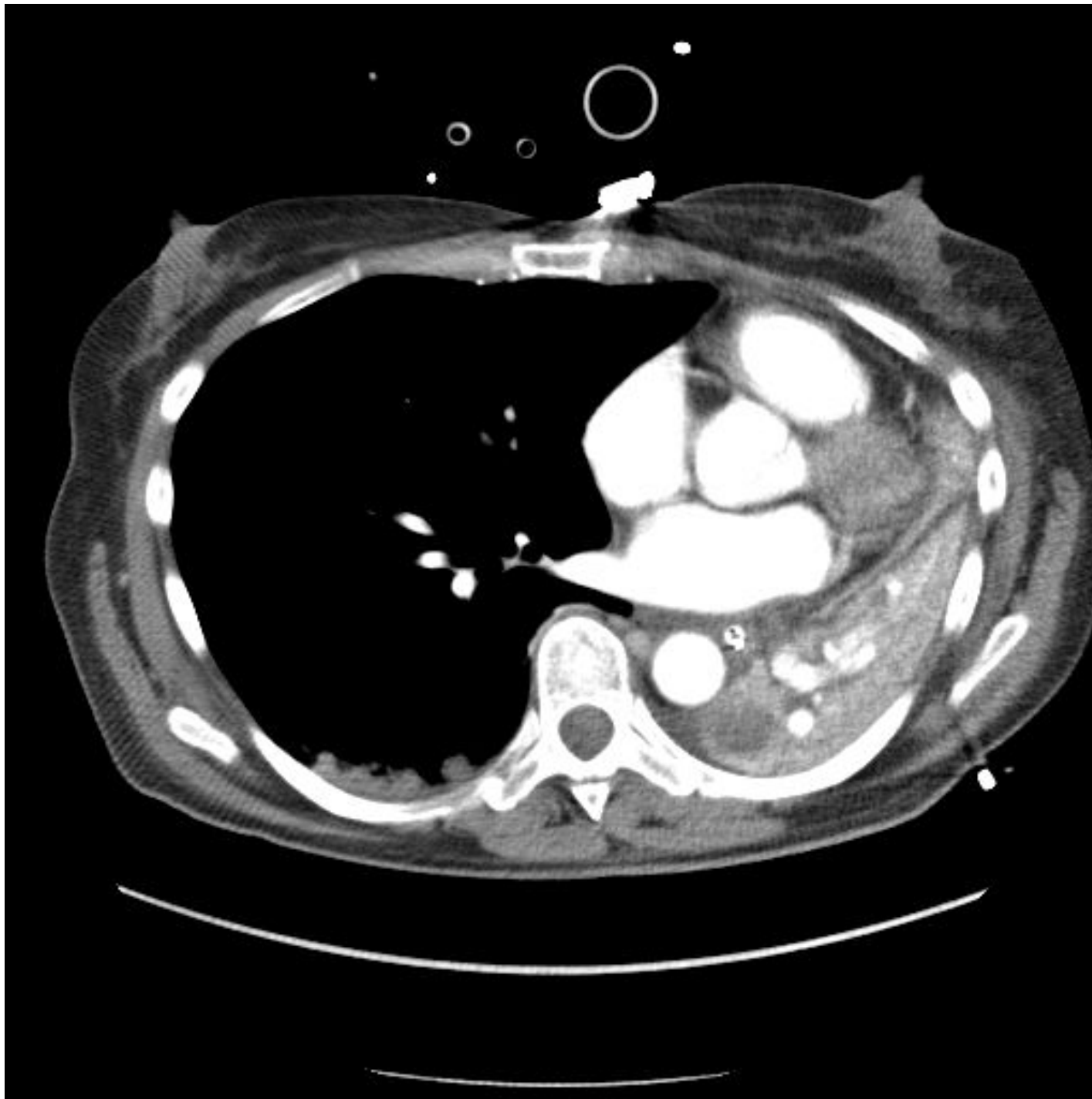


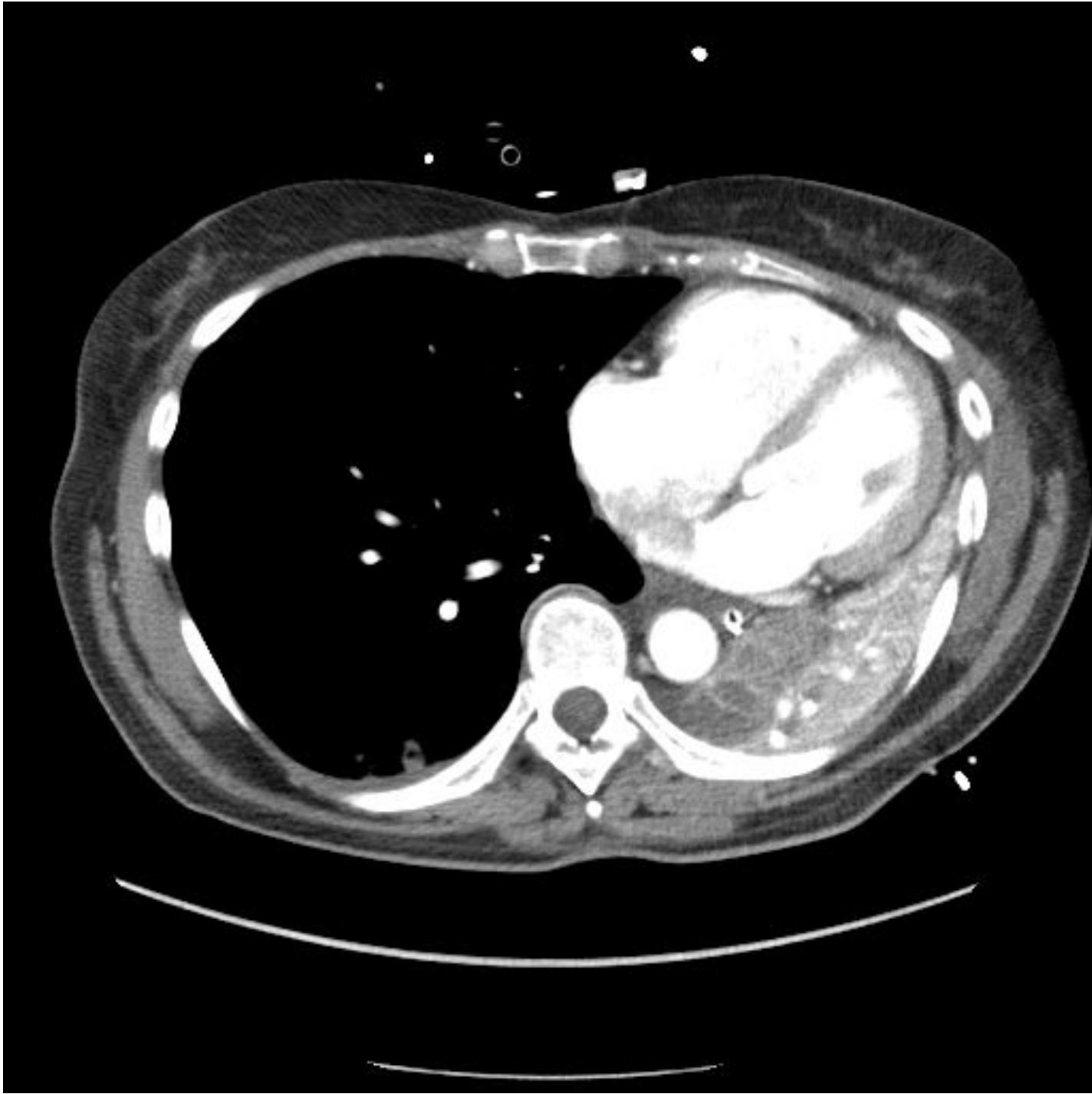


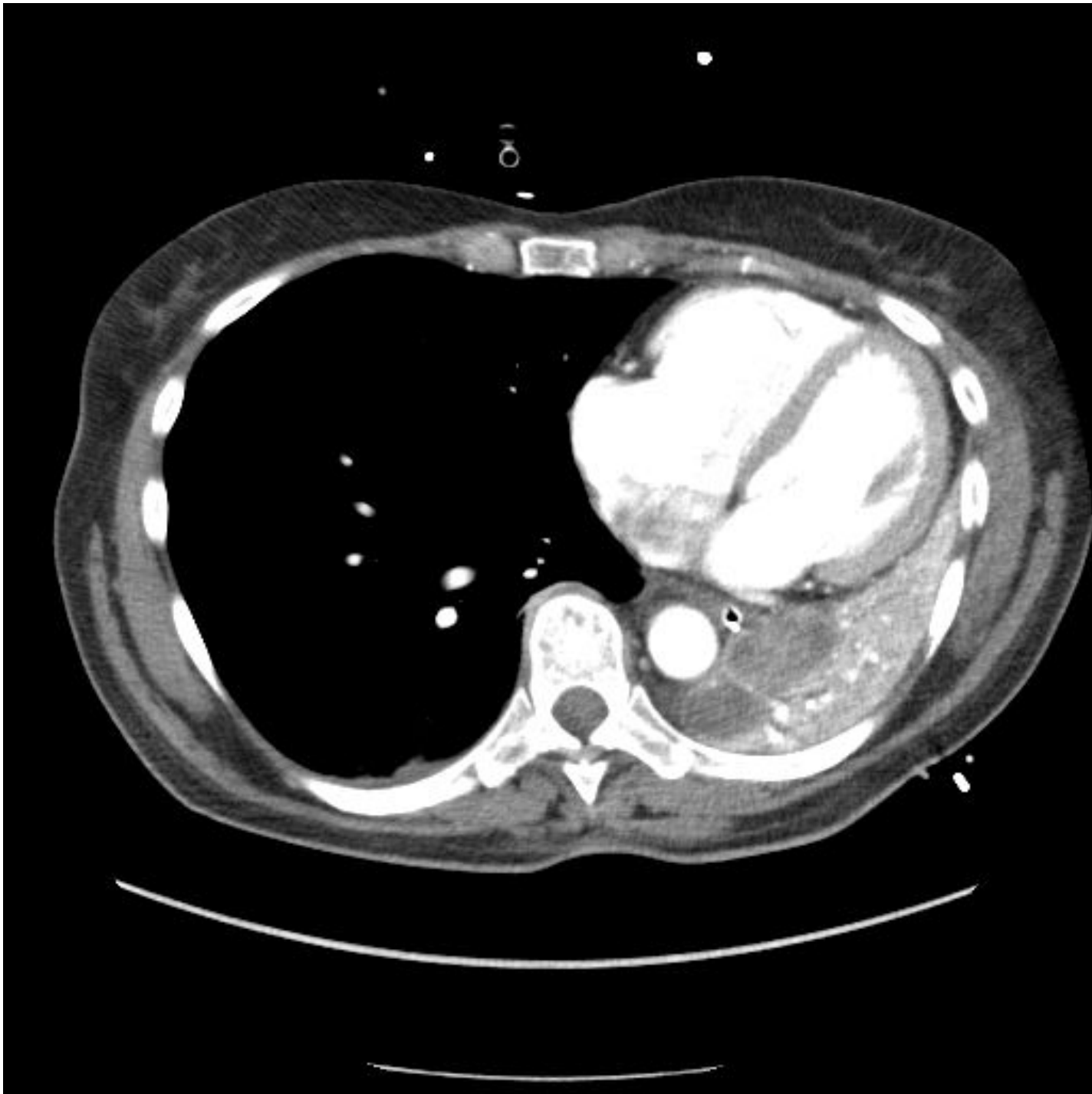


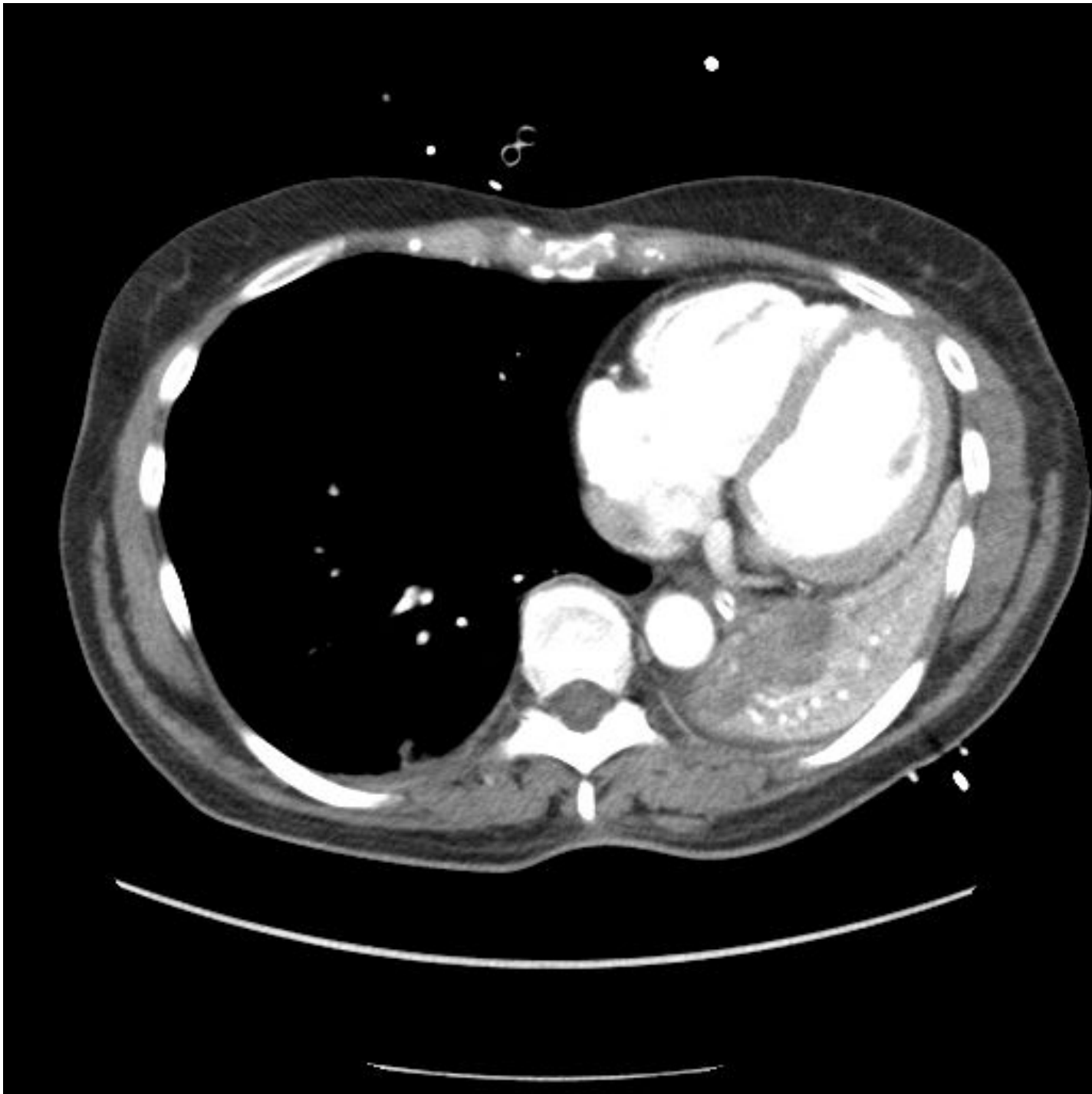












- TAC tórax (13/09/2011):
 - Aumento de tamaño de la masa pulmonar en LII con extensión endobronquial y atelectasia completa del pulmón izquierdo, indicativo de progresión de su enfermedad de base.
 - Probable zona de infarto pulmonar en LSI, sin poder descartar extensión tumoral.

- FBC (13/09/2011): Se realiza en la UVIR FBS en la que se observa una masa endobronquial que protruye a nivel de bronquio principal izquierdo con mucosa fácilmente sangrante.

- Hemocultivo (14/09/2011):
 - 1: Positiu per Estafilococ coagulasa negatiu. Probable contaminació
 - 2: negatiu
- Sedimento orina (14/09/2011):
 - Negatiu
- BAS (15/09/2011):
 - Negatiu
- Analítica (15/09/2011):
 - PCR 18,57
 - Leucocitos 23.100



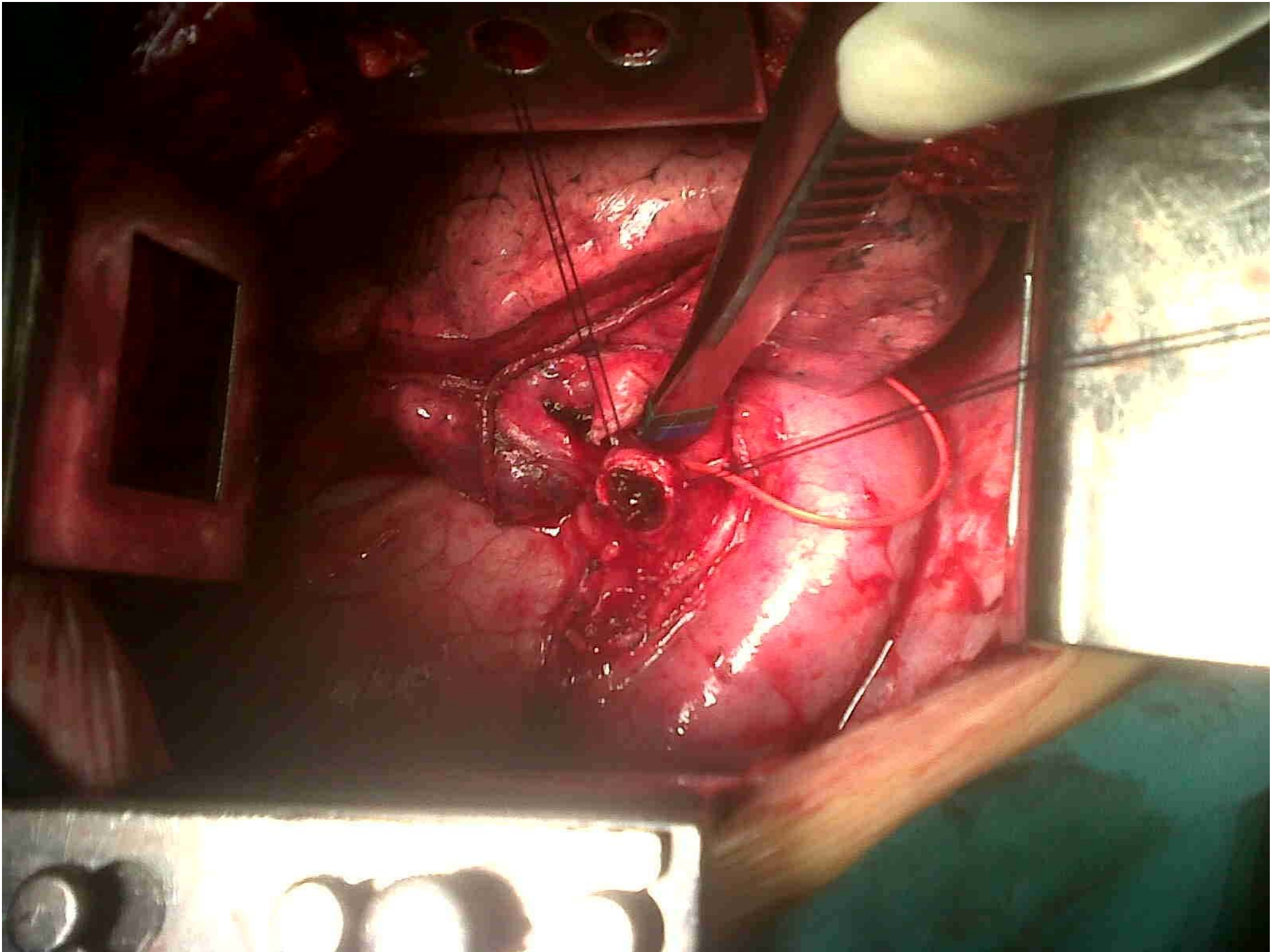
- Rx tórax:

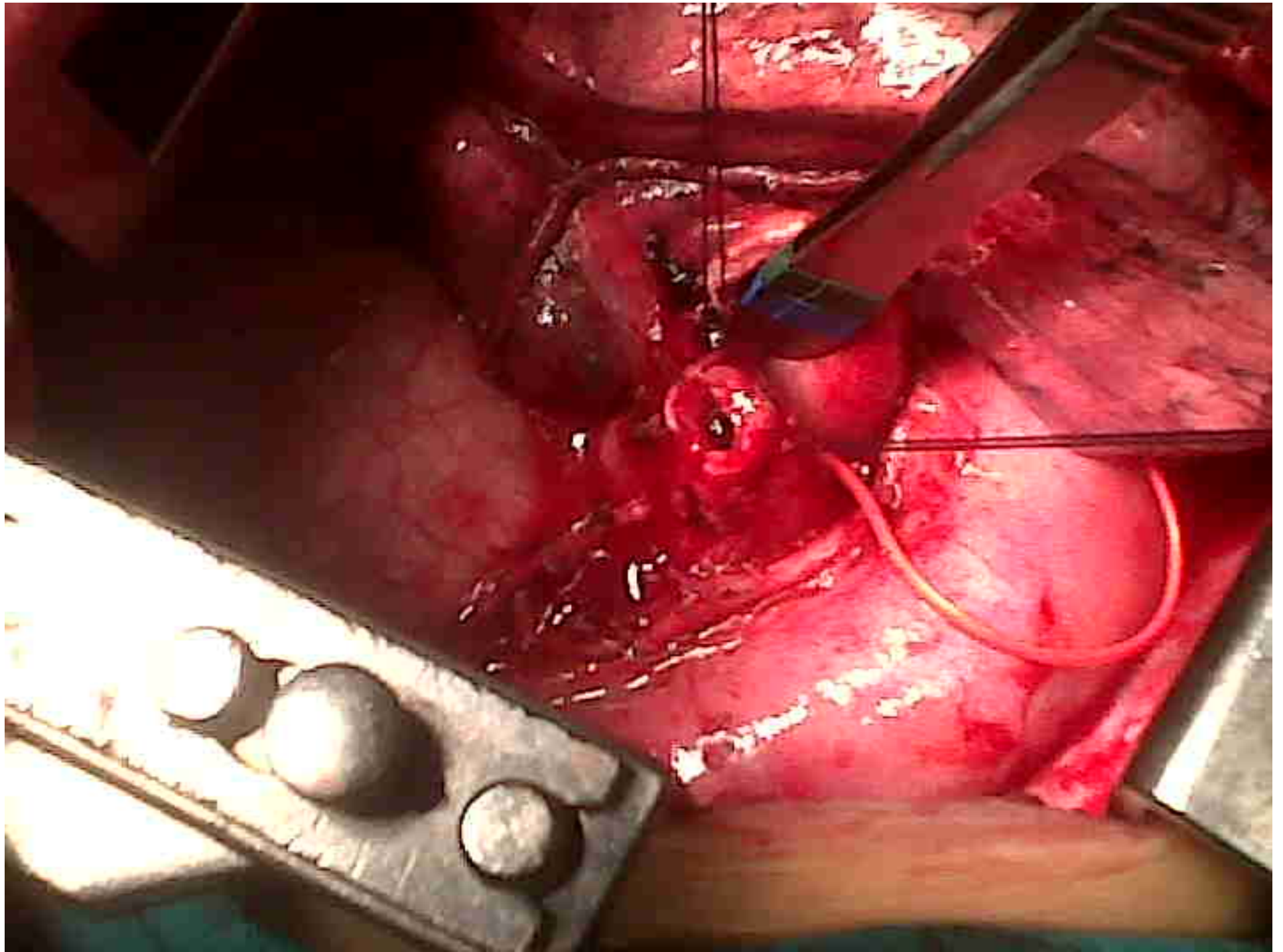
- Desaparición de atelectasia pulmón izquierdo

- 15/09/2011: estando la paciente con sedación de propofol+ fentanilo+ midazolam, presenta episodio de hipertensión y signos de decorticación, pupilas isocóricas y mióticas
- Se realiza TAC craneal que no aprecia anomalías

- 16/09/2011: Se realiza IQ urgente
 - Se accede por toracotomía posterolateral izquierda con previa FBC en la que se observa una obstrucción endobronquial en BPI sangrante al tacto

- Durante la IQ:
 - Apertura del inicio del bronquio inferior izquierdo aspirándose abundantes coágulos endobronquiales inferiores y extrayendo un coágulo consolidado del BPI







- Se realiza una lobectomía inferior izquierda + linfadenectomía reglada

- AP peroperatoria
 - Margen bronquial libre de neoplasia

- Anatomía patológica definitiva:

Leiomiosarcoma, condordante con metástasis:

- Alto grado histológico
- Diámetro máximo tumoral de 6,5 cm
- Crecimiento intrapulmonar con extensión parcial endobronquial
- Ausencia de neoplasia en los ganglios linfáticos identificados en el hilio pulmonar y mediastínicos
- Ausencia de patología significativa en el parénquima pulmonar no neoplásico
- Ausencia de neoplasia en bordes quirúrgicos



- La paciente es dada de alta el día 29.09.2011
- Es vista en consultas externas y derivada a Oncología donde se le indica iniciar quimioterapia

**METÁSTASIS
PULMONARES Y
ENDOBRONCUIALES**

- Las metástasis endobronquiales de tumores extrapulmonares son relativamente raras
- La incidencia estimada de metástasis endobronquiales en pacientes que fallecen por enfermedad metastásica es del 2%
- Origen más frecuente
 - Mama
 - Riñón
 - Colorectal
 - Otros menos frec: melanoma, sarcoma, feocromocitoma, etc.

- Después del hígado, el pulmón es el órgano más frecuentemente afectado por metástasis
- M1 pulmonares
 - están presentes entre 20-54% de todos los cánceres
 - Pueden ser resecadas en un 15-25% de casos
 - Supervivencia a los 5 años tras cirugía asociada o no a QT del 30-40%

- Sarcomas:
 - Presentan una tendencia particular a metastatizar al pulmón
 - La mayoría de M1 se presentan en los dos primeros años tras la aparición del primario y normalmente sin afectación linfática
- En mujeres, los leiomiomas
 - Son de origen uterino en el 40% de los casos
 - Representan 4-9% de todos los tumores invasivos del útero

- Aunque la sospecha en este caso era de progresión endobronquial de su metástasis de leiomioma, la comprobación endobronquial de tratarse de un coágulo evitó una cirugía mas extensa