



CASO CLÍNICO

Un monstruo viene a vernos

A monster calls

Autores: Sajardo Bautista L¹, Andrés Andrés A¹, García Martínez G¹, Cordero Bernabé R², Molina Cano Á³, Callado Pérez D⁴, Del Valle Apastegui R²

¹Residentes Hospital de Hellín. Hellín. Albacete

²FEA de Medicina Interna Hospital de Hellín. Hellín. Albacete

³Adjunto Neumología Hospital de Hellín. Hellín. Albacete

⁴Médico del Hospital de Hellín. Hellín. Albacete

Resumen:

Varón de 53 años, obeso y exfumador de 20 cig./día, sin otros antecedentes de interés. Acude en numerosas ocasiones a nuestro Servicio de Urgencias por disnea, que comienza con los esfuerzos y se intensifica progresivamente hasta hacerse de reposo. Como único hallazgo, aparece en su estudio un patrón intersticial bilateral de predominio periférico que plantea diversas dudas diagnósticas. Finalmente, un mes después de llegar al diagnóstico definitivo, adenocarcinoma de pulmón con linfangitis carcinomatosa, el paciente falleció.

Palabras clave: linfangitis; adenocarcinoma de pulmón; neumopatía intersticial.

Resume:

53-year-old male, obese and ex-smoker of 20 cig/day, without any other medical data, visit's many times to our Emergency Service because of dyspnoea. The dyspnoea appears only with the intense physical activity but later, it increases when the person goes without any activity. The only thing that is showed in his report is a nonspecific interstitial outlying x-ray which suggests us different diagnosis. Finally, a month later, we reached to the main diagnosis, by that time, the patient died.

Keywords: lymphangitis; lung adenocarcinoma; interstitial lung disease.

Introducción:

La linfangitis carcinomatosa representa el 7% de todas las metástasis pulmonares y el 80% de los casos se deben a adenocarcinomas. Se caracteriza por la rápida diseminación linfática. Los síntomas típicos son tos y disnea. El rápido deterioro marcado por la dificultad respiratoria progresiva es el curso clínico habitual de estos pacientes. Esta entidad tiene mal pronóstico y representa la fase final de una neoplasia. La supervivencia media tras la aparición de los síntomas es de dos meses.

Observación clínica:

Varón de 53 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde hace un año, con consumo medio de 20 cig./día, y en tratamiento farmacológico únicamente con furosemida 40 mg./24 horas.

Acude por primera vez al Servicio de Urgencias en mayo de 2019, remitido desde atención primaria por mareo y palpitations, con un electrocardiograma (ECG) en el que se objetiva fibrilación auricular.

A su llegada, el paciente refiere que había tenido episodios previos similares por los que no había consultado. A la exploración física, como único hallazgo destacan

crepitantes tipo “velcro” bibasales, que predominan en lado derecho, y febrícula.

Para completar el estudio, se realiza una analítica con bioquímica, hemograma y coagulación que resulta sin alteraciones significativas y una radiografía de tórax donde se observa cardiomegalia con ensanchamiento mediastínico, engrosamiento hilar bilateral de aspecto vascular y un infiltrado intersticial bilateral de predominio periférico.

Durante su estancia en nuestro servicio, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, pasando a observación para cardioversión farmacológica de la fibrilación auricular, consiguiendo revertir a ritmo sinusal. Se decide ingreso para estudio preferente ante la duda diagnóstica entre infección o probable patología intersticial.

Atendiendo a la historia clínica y a la anamnesis realizada al paciente, destaca el contacto con animales y que, durante 15 años, había tenido en su domicilio una chimenea de combustión de cáscara de almendra.

Se amplía el estudio analítico con marcadores de autoinmunidad, que son negativos, además de marcadores tumorales (alfa fetoproteína, CEA, CA 19,9 y PSA), que son normales. Se realiza una TC de tórax (Figura 1).

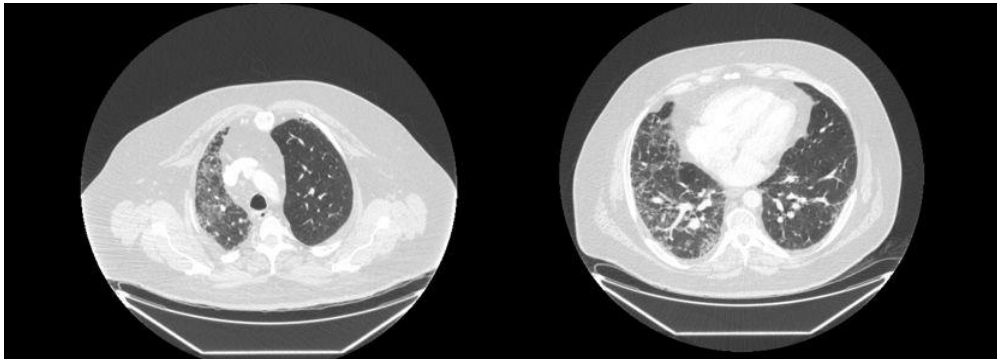


Figura 1. TC torácica en la que se observan adenopatías hiliares derechas de tamaño en torno al centímetro y una marcada pérdida de volumen en hemitórax derecho con patrón “en empedrado” que afecta a todo el pulmón derecho, sin derrame pleural

Además de lo anteriormente citado, se realiza una fibrobroncoscopia que resulta normal, salvo leve eritema y bronquitis en árbol bronquial derecho. Se toman muestras para BAS y BAL con cultivos posteriores negativos y anatomía patológica negativa.

El paciente es dado de alta tras evolución favorable, siendo citado para revisión posterior de forma ambulatoria con TCAR.

En el periodo que transcurre hasta la consulta de medicina interna, nuestro paciente acude varias veces a urgencias por nuevos episodios de palpitaciones acompañados de disnea, por lo que se reajusta su tratamiento.

Una vez en la consulta de medicina interna, en junio de 2019, el paciente relata que continúa con disnea de esfuerzos y que ha aparecido ortopnea de dos almohadas.

En la TCAR no se objetivan cambios radiológicos significativos respecto a previo.

En septiembre de 2019, nuestro paciente acude de nuevo a urgencias por disnea, que se ha hecho de mínimos esfuerzos. Además refiere astenia y tos sin expectoración ni fiebre. A la exploración se observa saturación de O₂ de 86% con analítica y ECG sin alteraciones, salvo PCR 12 mg/dl y radiografía de tórax con aumento del patrón intersticial respecto al estudio previo, por lo que se pauta antibiótico empírico, broncodilatadores nebulizados, diuréticos, corticoides y oxigenoterapia a 2 lpm por sospecha de neumonía intersticial bilateral. Posteriormente se comenta con medicina interna y, con acuerdo del paciente, se decide alta con ingreso programado para realización de nueva TC torácica (Figura 2) y BAG pulmonar.

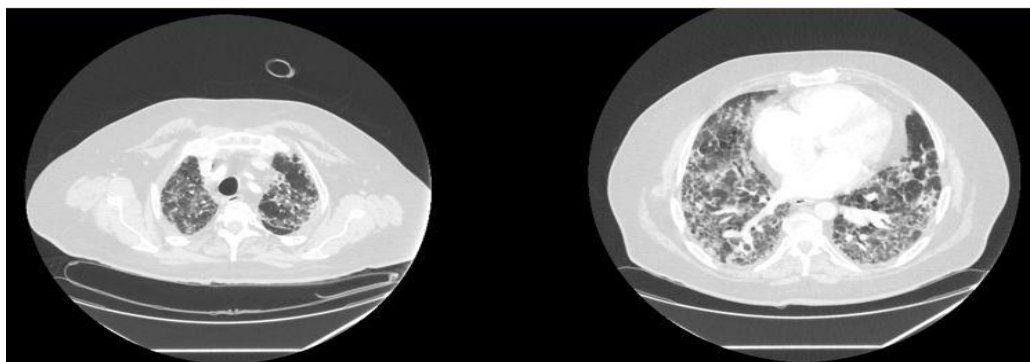


Figura 2. TC torácica de control

El paciente acude para la realización de las pruebas comentando que persiste la clínica de disnea, que se ha hecho de moderados-mínimos esfuerzos. La BAG se lleva a cabo sin incidencias y es dado de alta de nuevo. Esa misma semana, el paciente acude a urgencias refiriendo que desde su alta no se encuentra bien. Está más nervioso de lo habitual, con insomnio nocturno y somnolencia diaria. Refiere disnea de mínimos esfuerzos y presenta cifras de tensión arterial bajas. Se recomienda tomar la pauta de corticoides en la mañana.

En octubre de 2019 se informa al paciente del resultado de la anatomía patológica, que es compatible con adenocarcinoma pulmonar, con linfangitis carcinomatosa bilateral, estadio IV. Se solicita *body* TC y, tras ser valorado en el comité de tumores, es remitido a consulta de oncología, donde, dada la carga tumoral, se decide iniciar quimioterapia y se asocian tratamientos sintomáticos.

Este mismo mes, tras el inicio del tratamiento quimioterápico, el paciente acude a urgencias por fiebre y disnea de reposo en esta la última semana. A la exploración, saturación de O₂ de 92%, TA 92/62 mmHg y FC 100 lpm, con auscultación en la que predomina una importante hipofonesis con crepitantes bibasales. Se decide tratamiento sintomático con cloruro mórfico y se decide nuevo ingreso en medicina interna.

Durante su ingreso, existe un aumento progresivo de su disnea, que requiere incrementos de morfina y flujo de O₂. Finalmente presenta disnea de reposo a pesar de O₂ al 100%, morfina y corticoides, con lo que, previamente consensuado con el paciente, se decide sedación paliativa, con lo que el paciente fallece a finales de octubre.

Discusión:

El caso que presentamos planteó serias dudas diagnósticas debido al estadio avanzado de la enfermedad que presentaba nuestro paciente. El hallazgo fundamental en el que nos basamos para llegar al diagnóstico fue el patrón intersticial que presentaba en las pruebas de imagen.

Este patrón intersticial traduce el engrosamiento del propio tejido intersticial, por proliferación celular o contenido líquido en el interior de éste. Se presenta con límites precisos, sin tendencia a confluir y sin imagen de broncograma aéreo. Los principales diagnósticos diferenciales del patrón intersticial son insuficiencia cardíaca, bronquiectasias, infección pulmonar, hemorragia pulmonar difusa, tuberculosis, linfangitis carcinomatosa, enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) o fibrosis idiopáticas o asociadas a fármacos. Es de gran importancia conocer los antecedentes patológicos personales y familiares, los tratamientos previos y la exposición a tóxicos (ocupación, aficiones y otras exposiciones), como se investigó en nuestro paciente.

Hay que destacar que disponemos de nuevas técnicas diagnósticas para las enfermedades pulmonares y éstas tienen como objetivo común conseguir la máxima fiabilidad, disminuyendo las complicaciones e incomodidades para el paciente. En este sentido, técnicas como la ecobroncoscopia radial o la criobiopsia evitan que el paciente deba ser intervenido quirúrgicamente con los riesgos que supone la intervención en cuanto a hospitalización, anestesia, postoperatorio, etc., además del elevado coste económico que supone la intervención y sus consecuencias. La elevada rentabilidad diagnóstica de ambas técnicas hace que éstas puedan sustituir a otras más invasivas y más dificultosas para el paciente.

En el caso que nos ocupa, la sospecha diagnóstica inicial se debatió entre neumonía bilateral o EPID, aunque finalmente el diagnóstico definitivo fue un adenocarcinoma de pulmón con linfangitis carcinomatosa.

La linfangitis carcinomatosa representa el 7% de todas las metástasis pulmonares y el 80% de los casos se deben a adenocarcinomas. Se caracteriza por la diseminación linfática retrógrada desde ganglios linfáticos afectados a través de canales linfáticos de la pleura y el diafragma, llegando a través del conducto torácico a los ganglios mediastínicos e hiliares. Típicamente, el paciente está siendo tratado ya de un cáncer cuando se diagnostica la linfangitis, lo que no ocurrió en nuestro caso.

Antes de que se detecten alteraciones en la radiografía de tórax, el paciente suele comenzar con síntomas típicos como tos y disnea, hecho tampoco presente en nuestro paciente. El rápido deterioro marcado por la dificultad respiratoria progresiva es el curso clínico habitual de estos pacientes. El pronóstico es desfavorable y representa la fase final de una neoplasia ya ampliamente diseminada. La supervivencia media tras la aparición de los síntomas es de dos meses.

Como factores de riesgo de cáncer de pulmón, el tabaquismo es el más importante, además de ser un factor prevenible, por lo que la sospecha de cáncer tiene que estar presente en todo paciente fumador que consulta por síntomas respiratorios.

Dada la inespecificidad de los patrones intersticiales, así como el amplio espectro sintomático en este tipo de patologías pulmonares, no hay que dejar de lado la clínica y los antecedentes del paciente que pueden orientarnos a un diagnóstico definitivo de manera más precisa.

Bibliografía:

1. Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Porcel Pérez JM, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. Archivos de Bronconeumología. junio de 2014;50(6):235-49.
2. Pérez Rodríguez E, Villena Garrido MV. Enfermedades de la pleura. Majadahonda (Madrid: Ergón; 2003.
3. Montesinos RG, Martínez RR, de Luna FL, Naón AL. Manejo del paciente con derrame pleural. :10.
4. Lama A, Ferreiro L, Toubes ME, Golpe A, Gude F, Álvarez-Dobaño JM, et al. Characteristics of patients with Pseudochylothorax-a systematic review. J Thorac Dis. agosto de 2016;8(8):2093-101.
5. Berg J, Guiot J, Heinen V, Corhay J-L, Louis R, Duysinx B. CHYLOTHORAX ET PSEUDOCHYLOTHORAX : Rev Med Liège. :5.
6. Priya MP, Dharmic S, Kar A, Suryanarayana V. An unusual case of pseudochylothorax. J Pharm Bioallied Sci. abril de 2015;7(Suppl 1):S80-82.
7. Muresan C, Muresan L, Grigorescu I, Dumitrascu D. Chyliform effusion without pleural thickening in a patient with rheumatoid arthritis: A case report. Lung India. 2015;32(6):616.