

CARCINOMA PLEOMÓRFICO DE PULMÓN

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores:

Patricia Aguilar

Facundo Martin Acst

Nancy Cristina Rojas

Alessandro Locatelli

Patricia Gisel Basich

HOSPITAL MILITAR CENTRAL – H GRAL 601 –
DR CIR MY COSME ARGERICH



CASO CLINICO

Masculino de 55 años de edad consulta por hemoptisis, dolor en puntada de costado y perdida de peso de aproximadamente tres meses de evolución.

Se realizó radiografía de tórax donde se observaba una lesión cavitada con nivel hidroaéreo en el lóbulo superior izquierdo.

Laboratorio con leucocitosis y trombocitosis reactiva, PCR y VSG elevadas.

CASO CLINICO

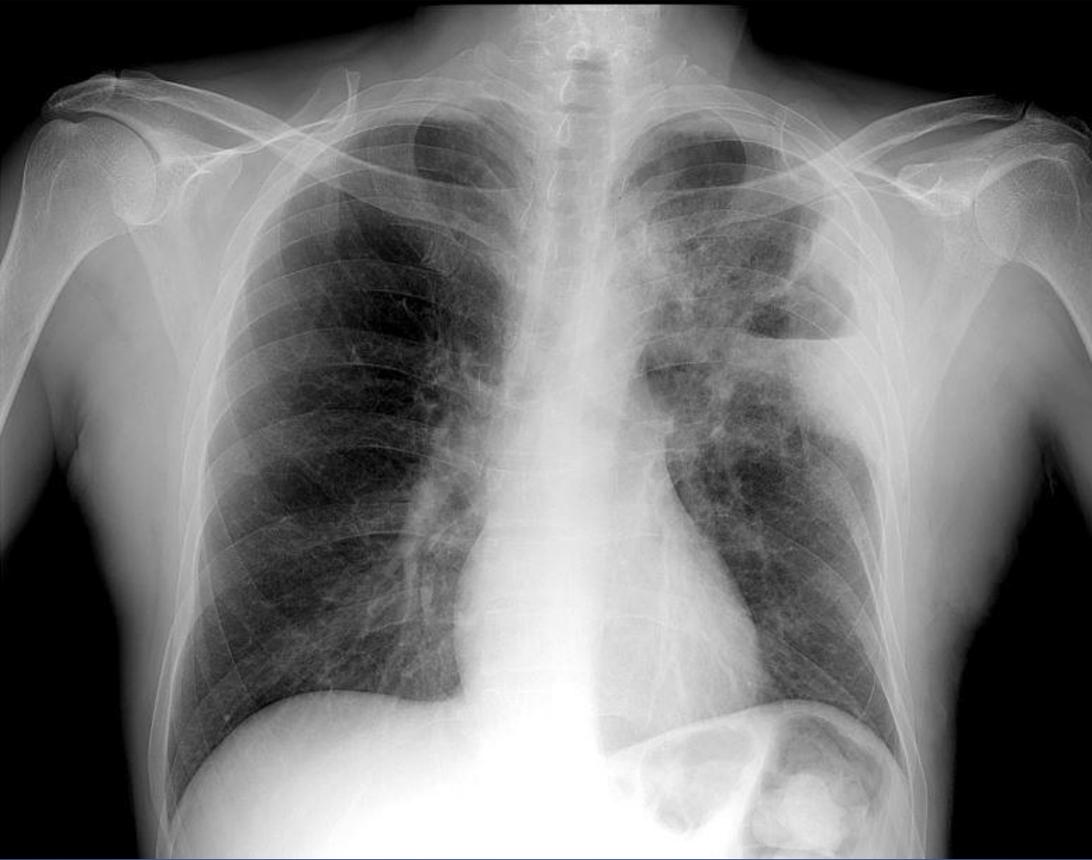
Se decide internación en servicio de Clínica Médica para diagnóstico y tratamiento.

Como antecedentes el paciente refería tabaquismo severo desde los 8 años y EPOC.

La sospecha clínica inicial fue de TBC, aunque no se descartó patología primaria pulmonar.

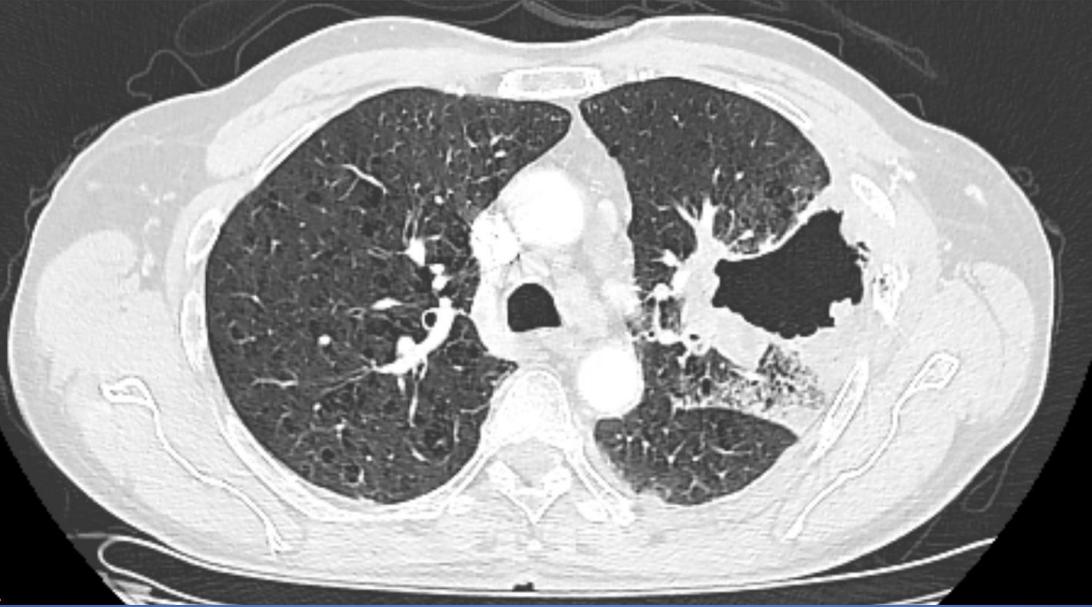
HALLAZGOS

IMAGENOLOGICOS



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

Torax axial
ventana pulmomar



Lesión cavitada, avenada a bronquio fuente izquierdo, de paredes gruesas e irregulares.

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

Tórax coronal
ventana pulmonar

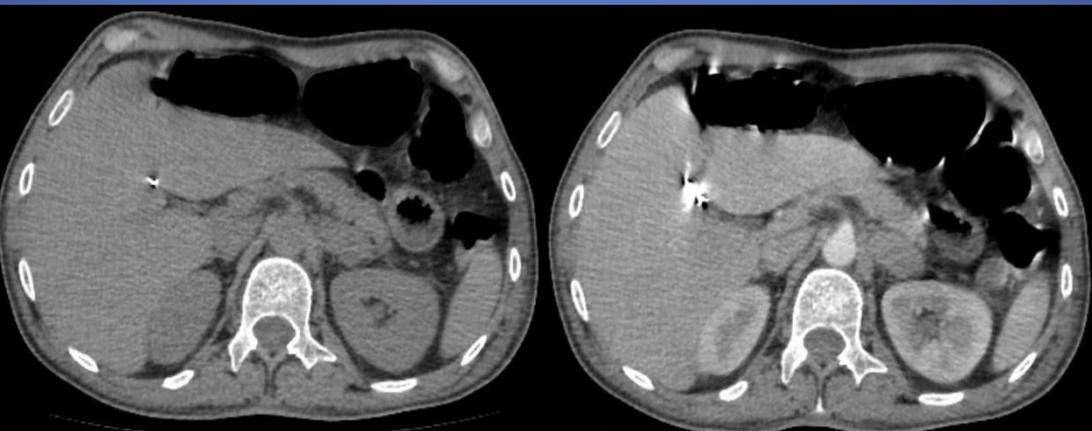


Se observa además patrón enfisematoso centrolobulillar a modo bilateral.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

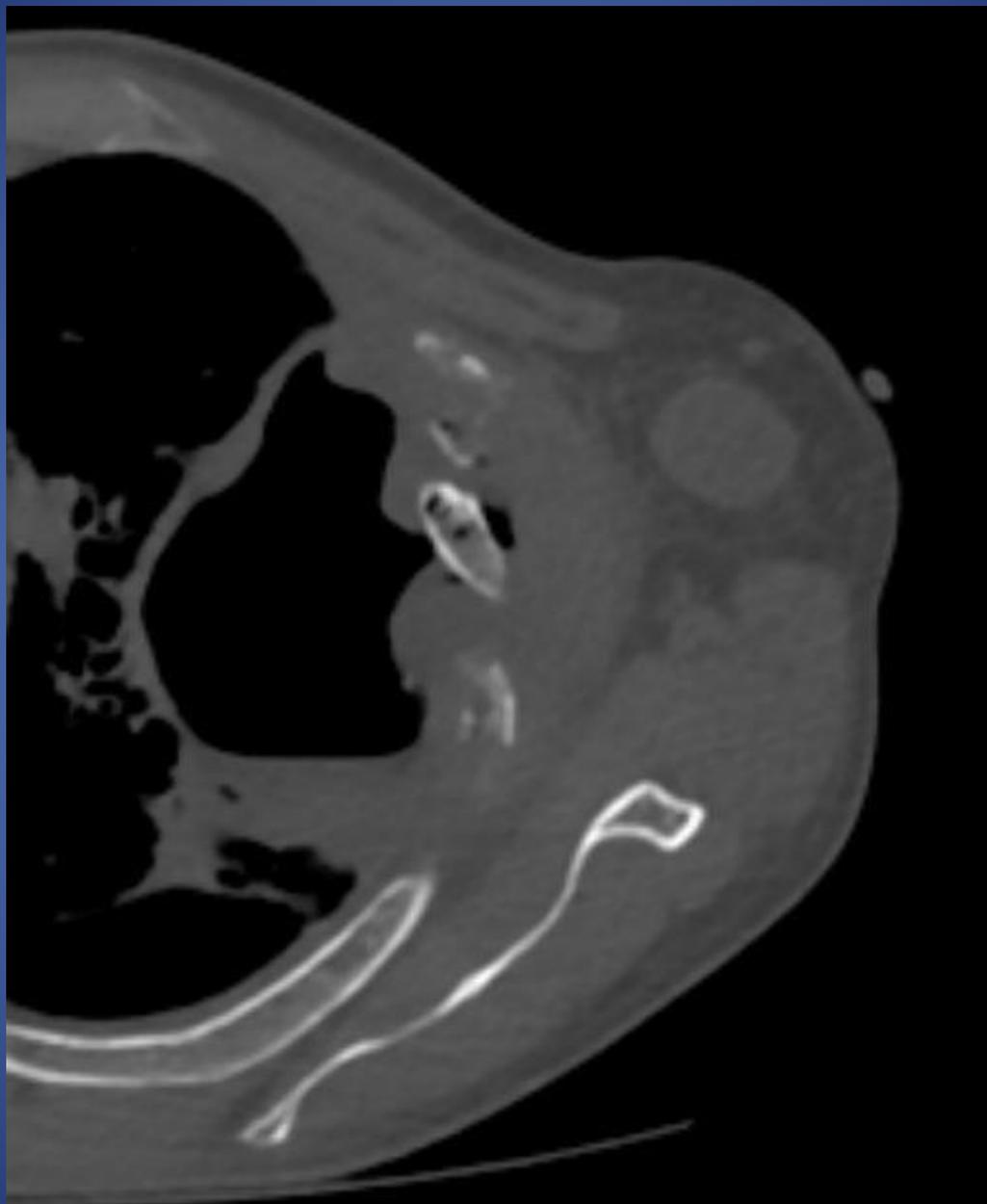


La imagen descrita sufre intenso realce de las paredes, las cuales son gruesas e irregulares.



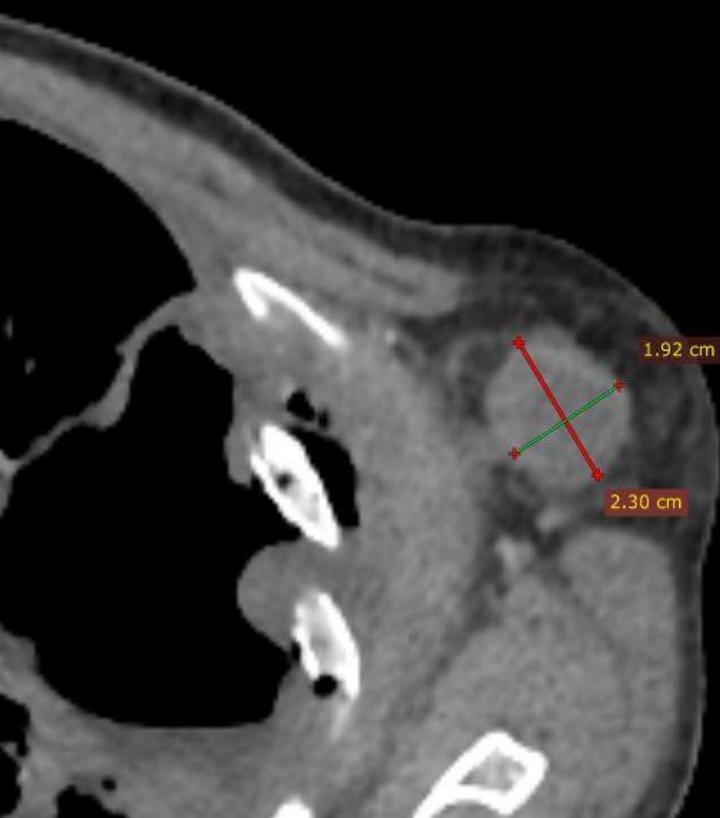
Se visualiza en suprarenal izquierda imagen hipodensa de 31 x 17 mm, que sufre intenso realce tras la administración de contraste endovenoso.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



Lesiones líticas en los arcos costales 3-4-5-6
adyacentes a la lesión.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



Adenomegalia axilar izquierda de 19 x 23 mm, con intenso realce del contraste endovenoso.

DISCUSION

Se sospechó inicialmente TBC, por lo que se realizó esputo seriado y PPD, que fueron negativas. Los cultivos para TBC dieron negativos.

Fibrobroncoscopía con toma de muestra y lavado broncoalveolar.

Se continuó estudiando al paciente con sospecha de patología neoplásica por las lesiones líticas costales.

El resultado de anatomía patológica fue carcinoma pleomórfico de pulmón.

CONCLUSION

La anatomía patológica con inmofenotipo dio positiva para CARCINOMA PLEOMÓRFICO DE PULMON.

Se trata de un tumor extremadamente raro, constituyendo el 0.1-0.4% de las neoplasias malignas pulmonares. Predomina en varones y fumadores.

CONCLUSION

Los hallazgos tomograficos lo describen en la gran mayoría como masas periféricas, de gran tamaño, con centro necrótico, con predilección por los lóbulos superiores y frecuente invasión de la pleura y la pared torácica.

Además se suele observar un área peritumoral de densidad en vidrio esmerilado característico de este subgrupo de tumores.