

***“Adenocarcinoma de pulmón con  
crecimiento lepidico: Un diagnóstico  
con múltiples formas de presentación”***

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires.

***Blanco, Valentina; Arguello, Juan Facundo; Florentin,  
Lautaro Manuel; Dulcich, Gonzalo.***

*Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses*

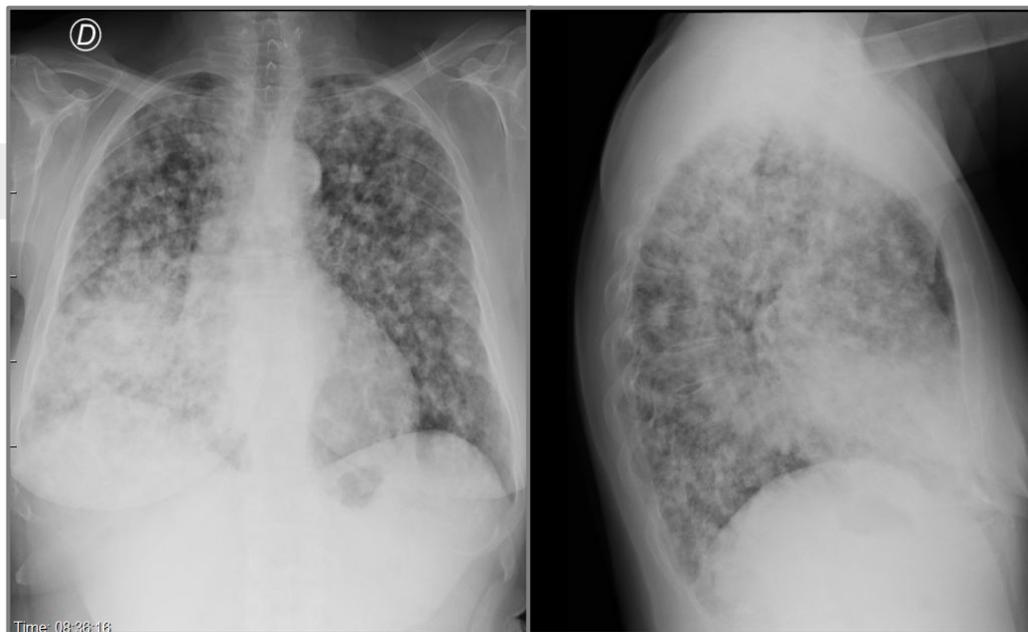
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

## INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma es el subtipo más frecuente de carcinoma pulmonar. En algunos casos presenta un patrón de crecimiento denominado lepidico, en el que las células tumorales proliferan sobre la superficie de las paredes alveolares sin invadir el estroma, los vasos sanguíneos o la pleura.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

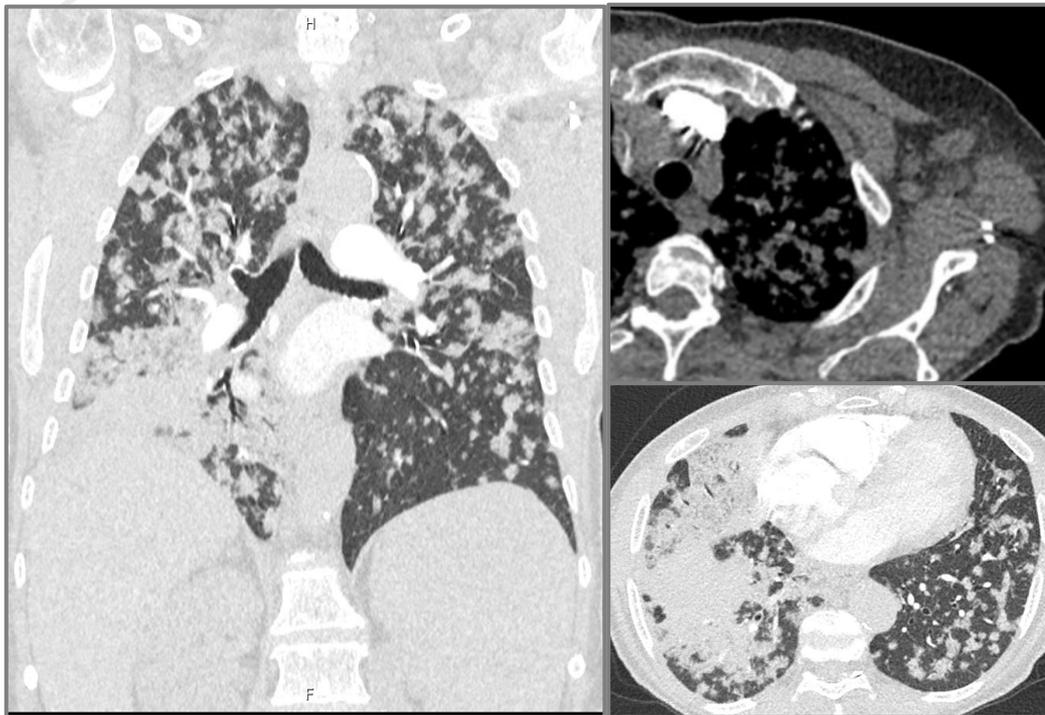
Femenina de 79 años, con leucemia linfoide crónica consulta por disnea y pérdida de peso. Se realiza radiografía de tórax frente y perfil. Se relacionaron los hallazgos a compromiso pulmonar de trastorno linfoproliferativo o infiltración leucémica sin descartar, como diagnóstico diferencial menos probable, al adenocarcinoma lepidico difuso



**Figura 1.** Radiografía de tórax anteroposterior (A) y de perfil (B). Se evidencia múltiples nódulos pulmonares bilaterales y área de consolidación basal derecha



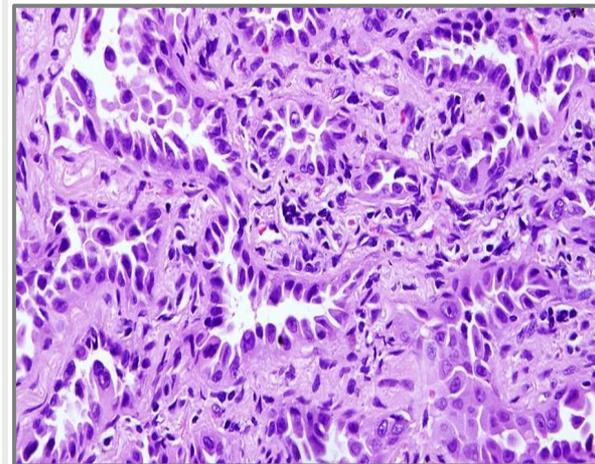
# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS



**Figura 2:** Tomografía computada (TC)

**Ventana mediastinal:** En axila izquierda se aprecian adenomegalias con alteración de la grasa adyacente

**Ventana pulmonar:** Múltiples imágenes nodulares de distintos tamaños y densidades distribuidas difusamente en ambos pulmones, con sectores confluentes, formando verdaderas consolidaciones del espacio aéreo, principalmente en LM y LID



**Figura 3:** Anatomía Patológica

**A)** Muestra de ganglio linfático cuello: INFILTRACIÓN POR CARCINOMA.

El inmunofenotipo fue vinculable a adenocarcinoma de origen pulmonar.



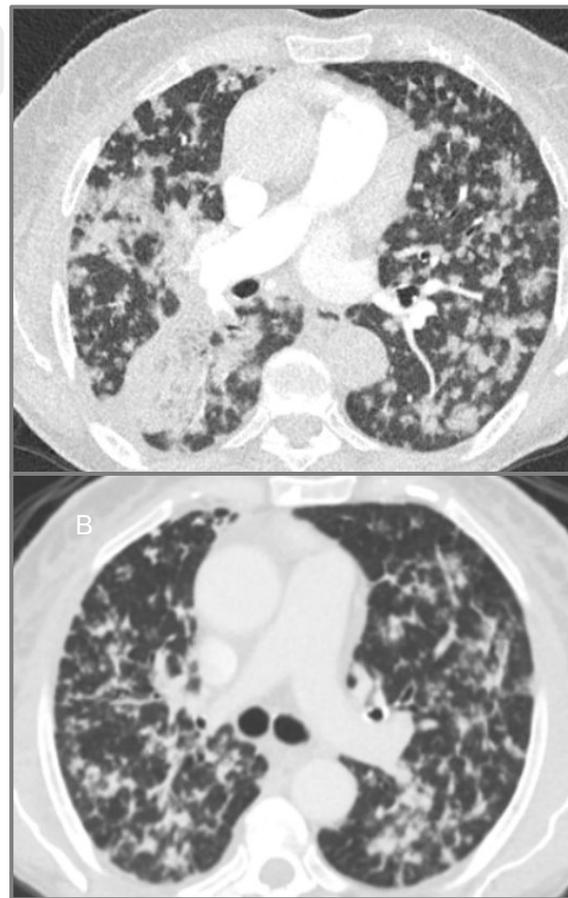
## DISCUSIÓN

La afectación pulmonar en pacientes con **LLC** , incluye la **infiltración pulmonar leucémica**, esta se manifiesta de manera inespecífica. Se sospecha cuando hay compromiso pulmonar difuso y afectación perilinfática, dado por engrosamiento de los septos interlobulillares e infiltrados consolidativos o en vidrio esmerilado. En este caso, esta fue considerada como la primera opción diagnóstica, dado el antecedente de la paciente y la ausencia de tabaquismo.

En el **adenocarcinoma** está descrito que puede presentarse de forma atípica con compromiso difuso bilateral con un patrón crecimiento denominado lepidico, cuando se produce una proliferación de células neoplásicas que revisten las superficies de las paredes alveolares preservando la arquitectura pulmonar.

Podemos encontrar **opacidades en vidrio esmerilado, zonas de consolidación o ambas**.

La sospecha de esta entidad por diagnóstico por imágenes, y la confirmación posterior de anatomía patológica permitieron llegar al diagnóstico.



**Figura 4:** Control evolutivo radiológico. TC Basal (A), TC a los 3 meses del tratamiento (B). Si bien la paciente presentó una leve mejoría en los hallazgos imagenológicos, es notoria la disminución de las áreas consolidativas.



## CONCLUSIÓN

Con el caso clínico que presentamos queremos demostrar la importancia de **considerar el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar lepidico** ante el hallazgo de este patrón imagenológico (opacidades en vidrio esmerilado y múltiples nódulos), que muestra una enorme superposición con una variedad de otras enfermedades malignas y no malignas. El **trabajo multidisciplinario** de médicos neumólogos, radiólogos y patólogos permite arribar al diagnóstico correcto aún ante una gran variedad de posibles diagnósticos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pathak V., Hurtado Rendon IS. Pulmonary adenocarcinoma masquerading as diffuse inflammatory interstitial lung disease. *Respiratory medicine CME*. 2011 67-69. doi: 101016
2. Kyongmin SB., Yeoun ES. , Kyo YL,2 Dae HH. Invasive mucinous adenocarcinoma of the lung: Serial CT findings, clinical features, and treatment and survival outcomes. *Thoracic Cancer* 11 (2020) 3463–3472. doi: 10.1111/1759-7714.13674
3. Shroff GS., Truong MT., Carter BW., Benveniste MC., Kanagal-Shamanna R., Rauch Greg, Viswanathan Chitra, Boddu PC, Daver Naval, Wu CC. . Leukemic Involvement in the Thorax. 2019. doi: 101148
4. Lee MA., Kang Jun, Lee HY., Kim Wooil, Shon IK, Hwang YN, Kim KH, Choi YS., Zo JI., Shim YM. Spread through air spaces (STAS) in invasive mucinous adenocarcinoma of the lung: Incidence, prognostic impact, and prediction based on clinicoradiologic factors. *Thoracic Cancer* 11 (2020) 3145–3154. doi: 10.1111/1759-7714.13632
5. Garfield DH., Cadranel JL., Wislez Marie, Franklin AW., Hirsch RF. The Bronchioloalveolar Carcinoma and Peripheral Adenocarcinoma Spectrum of Diseases. 2006;1: 344–359. ISSN: 1556-0864/06/0104 – 0001
6. Patsios D., Roberts HC., Paul NS., Chung T., Herman SJ., Pereira A., Weisbrod G. Pictorial review of the many faces of bronchioloalveolar cell carcinoma. *The British Journal of Radiology*, 80 (2007), 1015–1023. DOI: 10.1259/bjr/52225107

