

CADI2019

**HUPE**  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
PEDRO ERNESTO

# ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EM PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS: REPORTE DE CASO

Carolina Gianella COBO CHANTONG<sup>1</sup>, Elissandra MELO LIMA<sup>1</sup>, Caio Tasso de OLIVEIRA RÊGO<sup>1</sup>, Anna Luiza BENTO DUTRA<sup>1</sup>, Desireé Louise SOUZA SANTOS BATISTA<sup>1</sup>, Rodrigo MARTINS GOMES LEMOS<sup>1</sup>, Gustavo JAUREGUI<sup>1</sup>, Ronaldo CARVALHO ARAÚJO FILHO<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

# ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EM PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS: REPORTE DE CASO



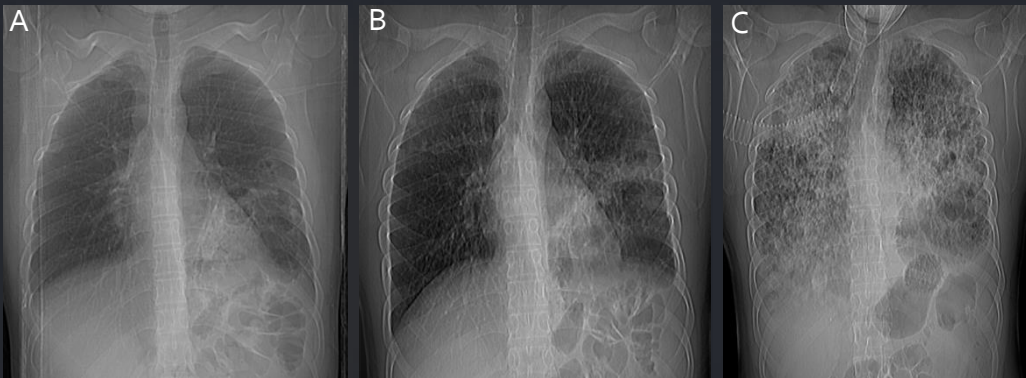
Carolina Gianella COBO CHANTONG<sup>1</sup>, Elíssandra MELO LIMA<sup>1</sup>, Caio Tasso de OLIVEIRA RÊGO<sup>1</sup>, Anna Luiza BENTO DUTRA<sup>1</sup>, Desiré Louise SOUZA SANTOS BATISTA<sup>1</sup>, Rodrigo MARTINS GOMES LEMOS<sup>1</sup>, Gustavo JAUREGUI<sup>1</sup>, Ronaldo CARVALHO ARAÚJO FILHO<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

## HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente masculino, oriundo de Rio de Janeiro- Brasil, de 26 años de edad, refiere acudir a centro de salud primario (2015), por cuadro clínico caracterizado por tos seca y disnea a los grandes esfuerzos, niega fiebre y otros síntomas generales, recibió diagnóstico de neumonía y tratamiento ambulatorial, después de 10 días, retorna sin mejora clínica y se decide escalar terapia con antibióticos de amplio espectro, luego de varios meses sin resolución de la enfermedad, fué iniciada investigación para Tuberculosis, realizándose una radiografía de tórax que demostró imagen con características de una cavitación y exámenes de esputo (BAAR) negativos. El paciente refiere que el médico consideró como error de laboratorio los resultados, iniciando tratamiento con RHZE por 6 meses, realizando controles periódicamente, al no presentar mejoría evidente, es remitido al hospital universitario Pedro Ernesto. Paciente es ingresado por deterioro progresivo del cuadro clínico, con disnea grado IV y tos productiva con abundante secreción hialina ; se inició investigación con exámenes complementarios, TCAR de tórax y broncoscopia siendo diagnosticado en estudio anatomopatológico Adenocarcinoma Mucoso de diseminación lepidica pulmón estado IV b. Paciente inicia quimioterapia paliativa y seguimiento en el servicio de Oncología. En el año 2017, retornó al servicio de emergencias por descompensación clínica importante. Se realizó nueva TCAR de tórax, demostrando progresión de la enfermedad neoplásica, paciente solicita "no reanimación", se realiza soporte final de vida, evolucionando a óbito en 2 semanas.

## HALLAZGOS RADIOLÓGICOS



**Figura 1:** Escanogramas de las tomografías computadorizadas de tórax documentando la evolución del adenocarcinoma invasivo mucinoso de pulmón durante 3 años. Consolidación cavitada en el tercio inferior del pulmón izquierdo (2015) (A). Aumento de la lesión cavitada asociada a múltiples nódulos excavados bilateralmente (2016) (B). Múltiples lesiones excavadas difusas en el parénquima pulmonar (2017) (C).

# ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EM PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS: REPORTE DE CASO

Carolina Gianella COBO CHANTONG<sup>1</sup>, Elissandra MELO LIMA<sup>1</sup>, Caio Tasso de OLIVEIRA RÊGO<sup>1</sup>, Anna Luiza BENTO DUTRA<sup>1</sup>, Desiré Louise SOUZA SANTOS BATISTA<sup>1</sup>, Rodrigo MARTINS GOMES LEMOS<sup>1</sup>, Gustavo JAUREGUI<sup>1</sup>, Ronaldo CARVALHO ARAÚJO FILHO<sup>1</sup>.

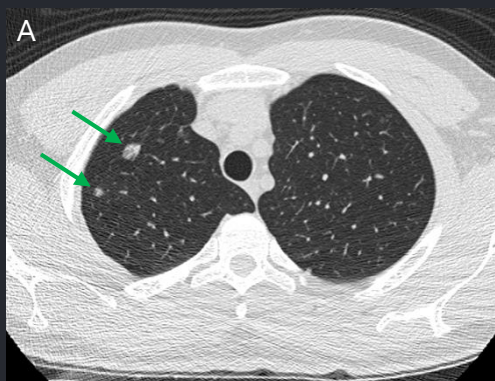
<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

## HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

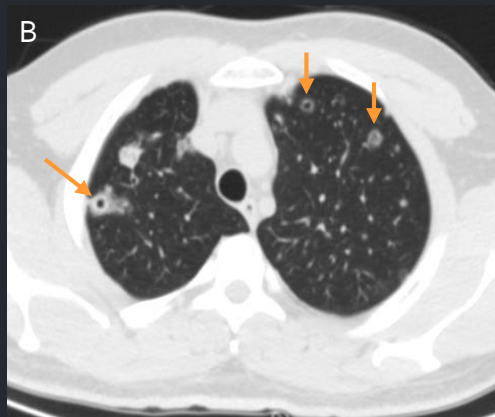
Se observan múltiples lesiones cavitadas de aspecto coalescente con halo en vidrio esmerilado (metástasis) y áreas de consolidaciones esparsas por todo el parénquima pulmonar.

Gran consolidación cavitada con nivel líquido ( tumor primario) localizada en el lóbulo inferior izquierdo.

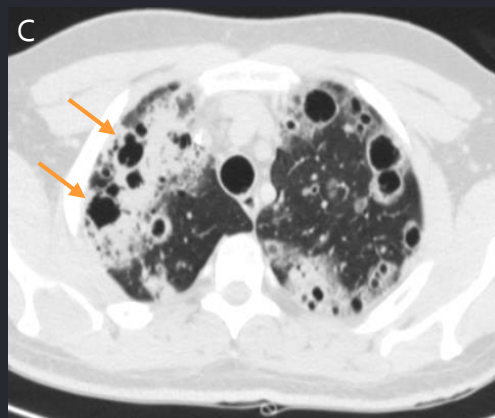
**Figura 2.** Evolución de los nódulos pulmonares.



A) Nódulos con atenuación en vidrio esmerilado (flechas verdes). Año 2015.



B) Aumento de los nódulos em número e tamaño, con surgimiento escavaciones (flechas naranjas) y halo en vidrio esmerilado. Año 2016.



C) Aparecimiento de consolidaciones confluentes con escavaciones en su interior (flechas naranjas). Año 2017.

# ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EM PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS: REPORTE DE CASO

Carolina Gianella COBO CHANTONG<sup>1</sup>, Elissandra MELO LIMA<sup>1</sup>, Caio Tasso de OLIVEIRA RÊGO<sup>1</sup>, Anna Luiza BENTO DUTRA<sup>1</sup>, Desireé Louise SOUZA SANTOS BATISTA<sup>1</sup>, Rodrigo MARTINS GOMES LEMOS<sup>1</sup>, Gustavo JAUREGUI<sup>1</sup>, Ronaldo CARVALHO ARAÚJO FILHO<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

## HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

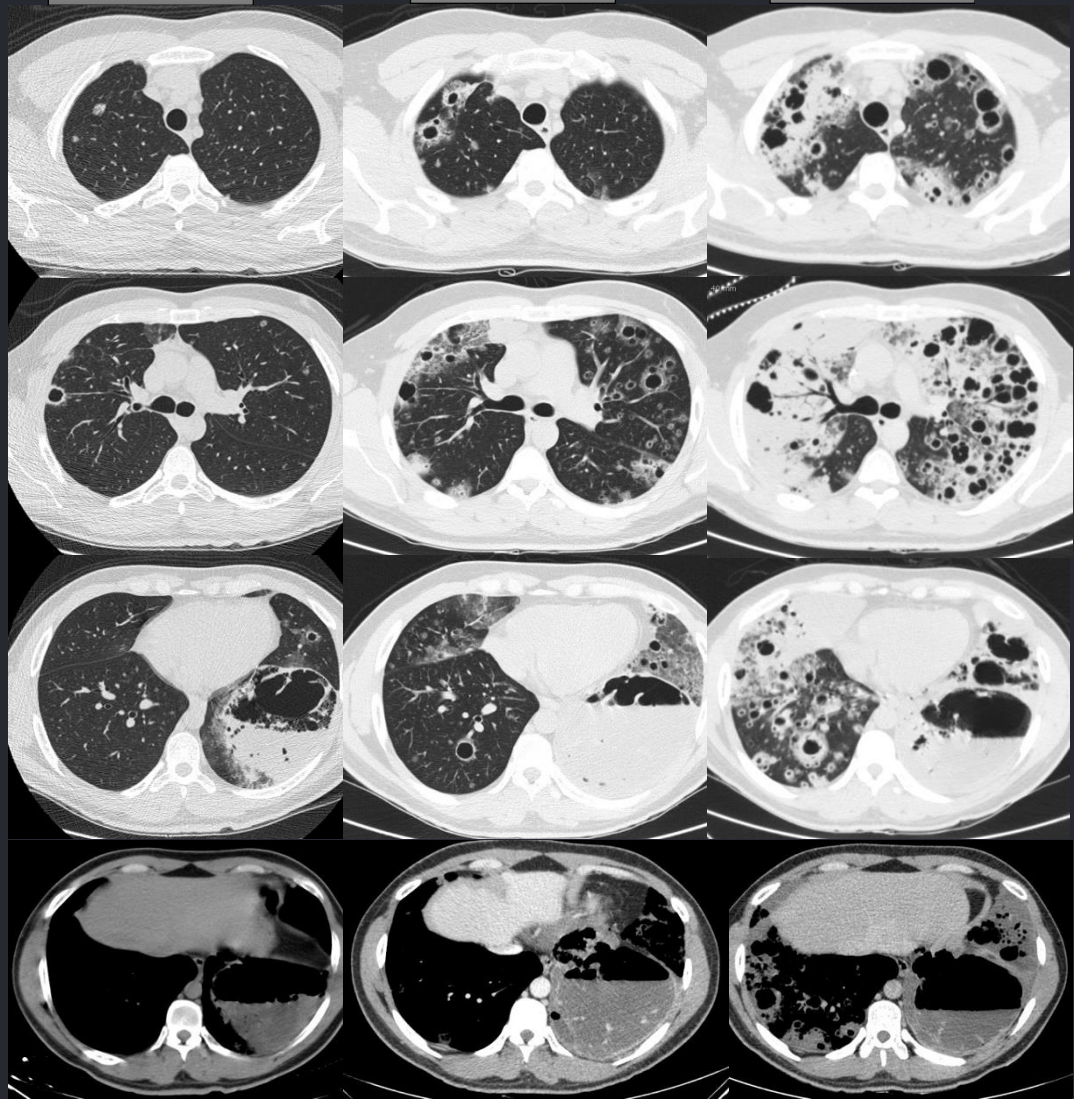
Tomografías Computadorizadas en ventana de parénquima pulmonar y mediastino:

- **2015 (1ª columna)** : Se observa masa grande y excavada en el lóbulo inferior izquierdo, con septos y nivel hidroaéreo, observando también lesiones quísticas dispersas.
- **2016/2017 (2ª columna) y 2017 (3ª columna)**: Se observa aumento de la lesión excavada em el lóbulo inferior izquierdo, persiste nivel hidroaéreo, la mayor conteniendo líquido en su interior al igual que la presencia de broncograma aéreo e vasos. También podemos observar aumento de las lesiones nodulares cavitadas com focos de vidrio esmerilado.

2015

2016

2017



# ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EM PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS: REPORTE DE CASO

Carolina Gianella COBO CHANTONG<sup>1</sup>, Elissandra MELO LIMA<sup>1</sup>, Caio Tasso de OLIVEIRA RÊGO<sup>1</sup>, Anna Luiza BENTO DUTRA<sup>1</sup>, Desireé Louise SOUZA SANTOS BATISTA<sup>1</sup>, Rodrigo MARTINS GOMES LEMOS<sup>1</sup>, Gustavo JAUREGUI<sup>1</sup>, Ronaldo CARVALHO ARAÚJO FILHO<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

## HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

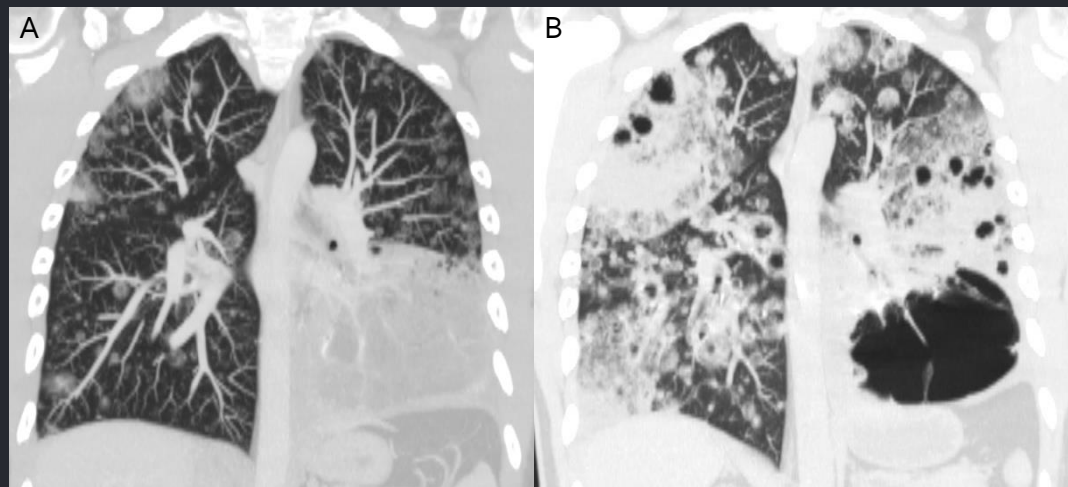


Figura 4. Reconstrucción MIP (Maximum Intensity Projection) demostrando distribución randómica de los nódulos excavados sugestivos de implantes secundarios en (A). Evolución de las lesiones a consolidaciones confluentes y necrosis de la formación expansiva en el lóbulo inferior izquierdo(B).

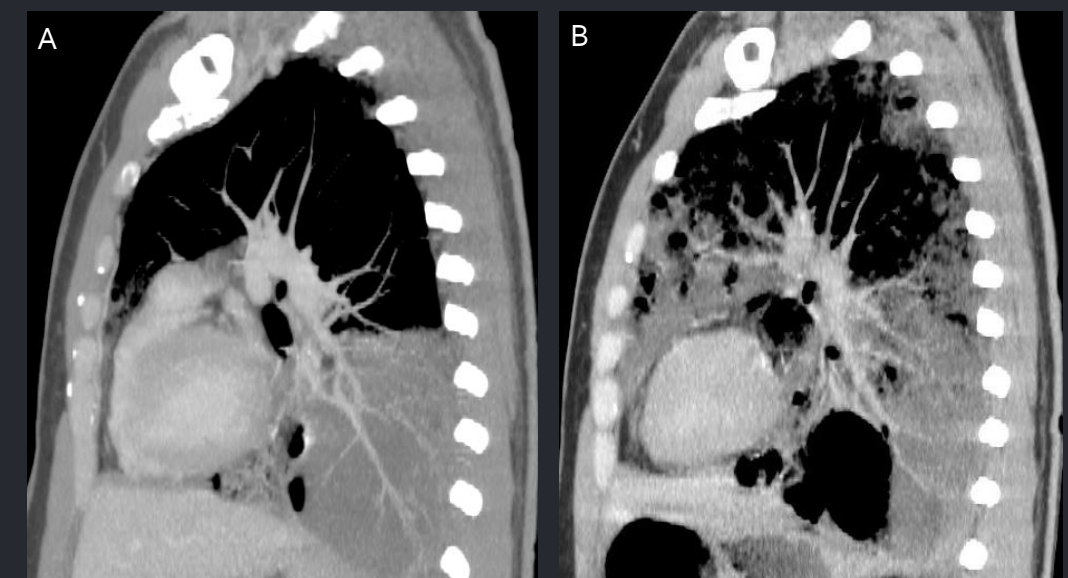


Figura 5. Reconstrucción MIP (Maximum Intensity Projection) mostrando ramificación de vasos y ausencia de distorsión de los mismos en el interior de la masa, consistente con el signo de angiograma (A). Evolución de las lesiones mostrando aumento de la área de necrose/escavação (B).

# ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EM PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS: REPORTE DE CASO

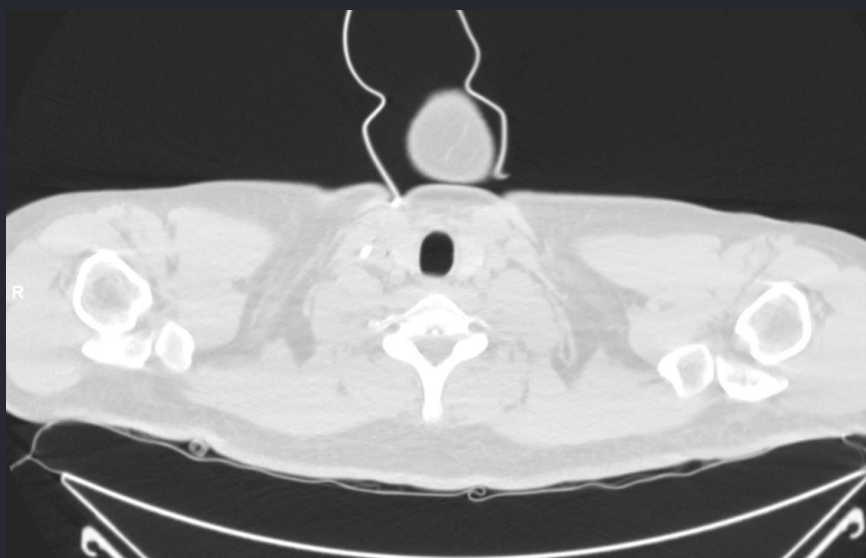


Carolina Gianella COBO CHANTONG<sup>1</sup>, Elissandra MELO LIMA<sup>1</sup>, Caio Tasso de OLIVEIRA RÉGO<sup>1</sup>, Anna Luiza BENTO DUTRA<sup>1</sup>, Desireé Louise SOUZA SANTOS BATISTA<sup>1</sup>, Rodrigo MARTINS GOMES LEMOS<sup>1</sup>, Gustavo JAUREGUI<sup>1</sup>, Ronaldo CARVALHO ARAÚJO FILHO<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

## HALLAZGOS RADIOLOGICOS

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN



Se observan múltiples lesiones cavitadas de aspecto coalescente con halo en vidrio esmerilado (metástasis) y áreas de consolidaciones esparsas por todo el parénquima pulmonar. Volumosa consolidación excavación y nivel líquido ( tumor primario) localizada en el lóbulo inferior izquierdo.

# ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EM PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS: REPORTE DE CASO



Carolina Gianella COBO CHANTONG<sup>1</sup>, Elissandra MELO LIMA<sup>1</sup>, Caio Tasso de OLIVEIRA RÊGO<sup>1</sup>, Anna Luiza BENTO DUTRA<sup>1</sup>, Desiré Louise SOUZA SANTOS BATISTA<sup>1</sup>, Rodrigo MARTINS GOMES LEMOS<sup>1</sup>, Gustavo JAUREGUI<sup>1</sup>, Ronaldo CARVALHO ARAÚJO FILHO<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

## DISCUSIÓN



El adenocarcinoma mucinoso de pulmón de crecimiento lepidico (antes llamado de carcinoma bronquioalveolar) es un subtipo, raro, que se presenta más en mujeres y no fumadores. Clínicamente los síntomas son variados pudiendo presentar tos, disnea, hemoptisis y a veces fiebre. En este caso, debido al cuadro clínico radiológico inespecífico, se optó, inicialmente, por la posibilidad de enfermedad inflamatoria/infecciosa (neumonía bacteriana en este caso) y al no obtener resolución ni mejora clínica, con el apareamiento de lesiones nodulares excavadas em la radiografía ambulatorial de tórax, se consideró la hipótesis de tuberculosis, pues epidemiológicamente serían las etiologías más probables.

La ciudad de Rio de Janeiro es endémica para tuberculosis com altos índices de pacientes infectados, no siendo raro la insistencia terapéutica con BAAR negativo, aún después del tratamiento con antibioticoterapia previa. Tales decisiones ocurrieron, pues el adenocarcinoma de pulmón de crecimiento lepidico se manifiesta clínica e radiologicamente de forma inespecífica, pudiendo presentarse como nódulo pulmonar solitario (sólido o en vidrio esmerilado, com o sin cavitaciones), infiltrado en vidrio esmerilado difuso y formando consolidaciones, siendo ésta última la forma más común. Este tipo de manifestación se puede observar en varias enfermedades benignas y de alta prevalencia em nuestro medio, como por ejemplo; la neumonía bacteriana, dificultando y retrasando el diagnostico y tratamiento; perjudicando más el pronóstico del paciente.

## CONCLUSIÓN



En conclusión, queremos hacer hincapié en la importancia de tener en mente esta patología maligna como diagnóstico diferencial, cuando se nos presente un paciente con cuadro clínico inespecífico, en ausencia de mejora clínica y respuesta al tratamiento. El adenocarcinoma invasivo mucinoso es un tipo de cáncer con alta dificultad diagnóstica, lo cual torna más maligna la enfermedad ya que su diagnóstico definitivo se realiza tardiamente y en estado avanzado, reduciendo tiempo y calidad de vida del paciente y sobretudoo la oportunidad de instaurar un tratamiento curativo.

# ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO DE PULMÓN EM PACIENTE MASCULINO DE 26 ANOS: REPORTE DE CASO



Carolina Gianella COBO CHANTONG<sup>1</sup>, Elissandra MELO LIMA<sup>1</sup>, Caio Tasso de OLIVEIRA RÊGO<sup>1</sup>, Anna Luiza BENTO DUTRA<sup>1</sup>, Desireé Louise SOUZA SANTOS BATISTA<sup>1</sup>, Rodrigo MARTINS GOMES LEMOS<sup>1</sup>, Gustavo JAUREGUI<sup>1</sup>, Ronaldo CARVALHO ARAÚJO FILHO<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Guillemi, MM. Adenocarcinoma de crecimineto lepídico, Respirar,2016 , Volumen 8: número 2 | Página 4-8.

Ministério da Saúde. Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil, *Boletim Epidemiológico*, Vol. 48 , N.8.

Capone, D et al. Diagnóstico Radiográfico e Tomográfico da Tuberculose Pulmonar. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Vol.5, No. 2.

Boland, JM et al. Pulmonary Invasive Mucinous Adenocarcinoma and Mixed Invasive Mucinous/Non-Mucinous Adenocarcinoma - A Clinicopathological and Molecular Genetic Study with Survival Analysis. *Human Pathology* (2017).

Brandão, DS; Marsico, RHGA; Boasquevisque, CHR. Aspectos clínico-patológicos do carcinoma bronquioloalveolar e sobrevida em pacientes no estágio clínico 1º. *J Bras Pneumol* 2010;36(2):167-174.

Moon, SM et al. Pulmonary Invasive Mucinous Adenocarcinoma in an Asymptomatic 23-Year-Old Male: Presentation with a Large Cavitary Mass. *Rev koreana* 2013. Austin, JHM et al. Radiologic Implications of the 2011 Classification of Adenocarcinoma of the Lung. *Radiology: Volume 266: Number 1-January 2013*.

Gardiner, N; Jogai, S; Wallis, A. The revised lungadenocarcinoma classification imaging guide. *J Thorac Dis* 2014;6 (S5):S537-S546.

Moon, SM et al. Pulmonary Invasive Mucinous Adenocarcinoma in Asymptomatic 23-Year-Old Male: Presentation with a Large Cavitary Mass. *J Korean Soc Radiol*, 2013; 69(5): 361-364.

Tandon, A et al. Bronchoalveolar Carcinoma-the great masquerader: A Case Report. *JIMSA*, 2010 Vol.23, No.4.

Torres, PPTS et al. Aspects of bronchioloalveolar carcinoma and of adenocarcinoma with a bronchioloalveolar component:CT findings. *J BrasPneumol*. 2012: 38(2): 218-225.