

CASO CLINICO SEAR ABRIL 2024

AP:

- FRCV: HTA. DM.
- Prueba de esfuerzo eléctrica positiva con cateterismo normal.
- - Gammapatía monoclonal IgG lambda? En seguimiento por hematología desde hace años
- IQ: amigdalectomizado, hemorroides.
- Jubilado joyería.
- Hª Respiratoria: Exfumador desde hace 30 años. No criterios de bronquitis crónica. Disnea a moderados esfuerzos. No ortopnea ni DPN. No patología pleural previa. Niega contacto con TBC. Neumonía extrahospitalaria con tratamiento antibiótico de forma ambulatorio. Neumonía por neumococo con afectación de LMD, LSD e infiltrado en LII junto con insuficiencia respiratoria aguda+ insuficiencia renal (2015) tratándose con levofloxacino+ceftriaxona+oxigenoterapia+ broncodilatadores con resolución radiográfica posterior. Catarros frecuentes que se tratan de forma inespecífica.

Tratamiento habitual:

- CARVEDILOL 6.25 MG, C24H
- EPLERENONA 25 MG, C24H
- LINAGLIPTINA 5 MG, C24H
- OLMESARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA 20 MG/12.5 MG,C24H
- OMEPRAZOL 20 MG,C24H
- DESLORATADINA 5 MG 2, C24H
- MUPIROCINA 20 MG/G, C24H
- ALPRAZOLAM 0.5 MG, C24H
- DAPAGLIFLOZINA 10 MG, C24H

27/04/2023.- Consulta de Neumología -

Derivado para valoración.

Paciente de 79 años, que consultó en centro privado por catarros de repetición y prolongados que cursan con tos persistente, febrícula, no refiere disnea ni sibilancias.

Ha recibido varios ciclos con AB y un ciclo corto de esteroides con mejoría. Ha perdido peso en los últimos meses, camina diariamente y ha reducido el consumo de grasa. Dolores torácicos inespecíficos.

En situación basal niega tos, disnea o sibilancias, no broncorrea habitual.

Se ha realizado TAC externo que se informa como bronquiectasias en LM , atelectasias segmentaria en llingula y nódulo de baja densidad en LID.

La exploración física muestra:

Eupneico. Sat basal 96%

AR mvc

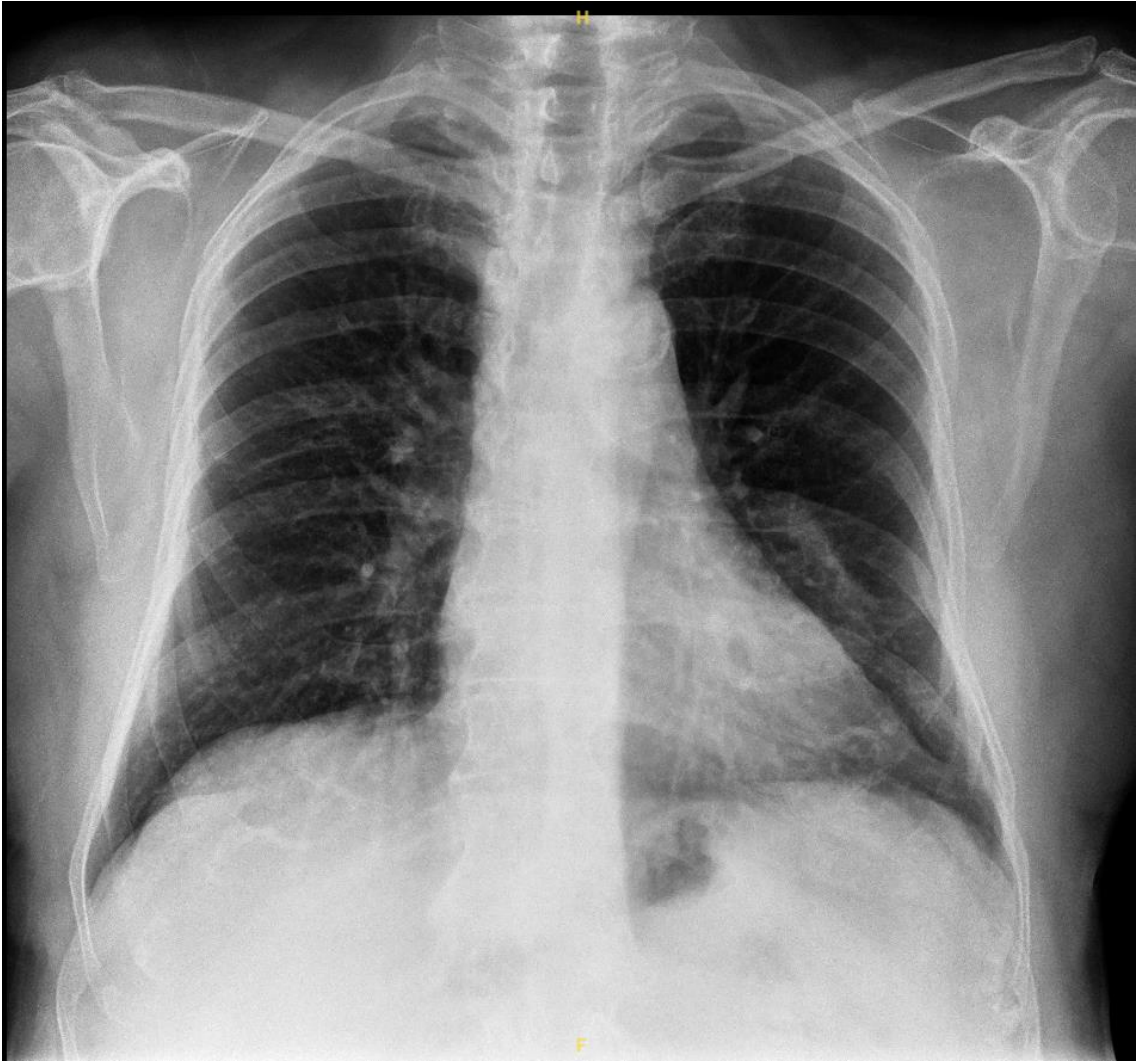
AC ritimico sin soplos

Abdomen y EE sin hallazgos

Pruebas complementarias:

Hemograma y coagulación 8-5-23: normales.

Rx de tórax (14/02/2023):





Espirometria (27/04/2023): FEV1 98% (2010) FVC 98% FEV17FVC 74% MMFR 62%.

Microbiología x 3: negativo para BAAR, flora habitual

- **TAC de tórax 27/04/2023**

Masa de 44 x 26 mm en torno a bronquios de llingula (a 4 cm de carina) a los que estenosa y contacta con pericardio aunque sin signos de infiltración, sugerente como primera posibilidad de patología neoplásica teniendo que establecer diagnóstico diferencial con proceso infeccioso.

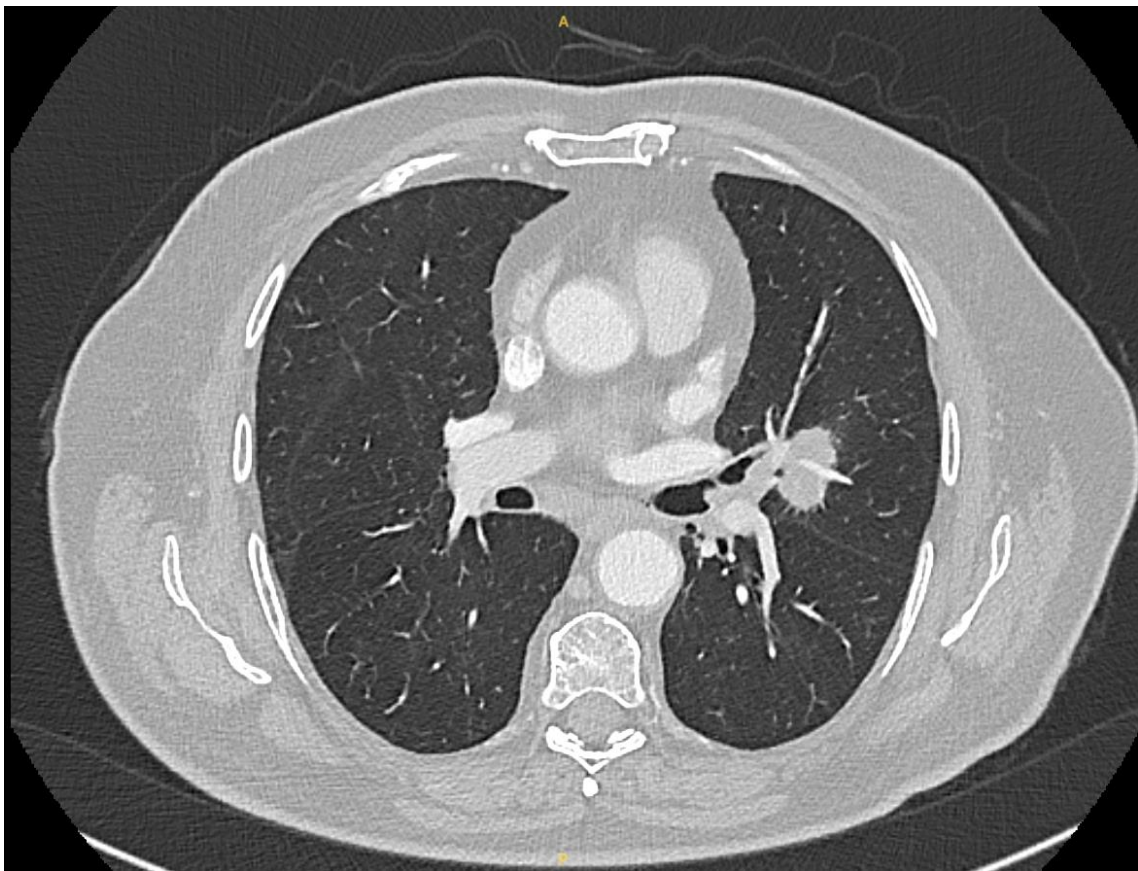
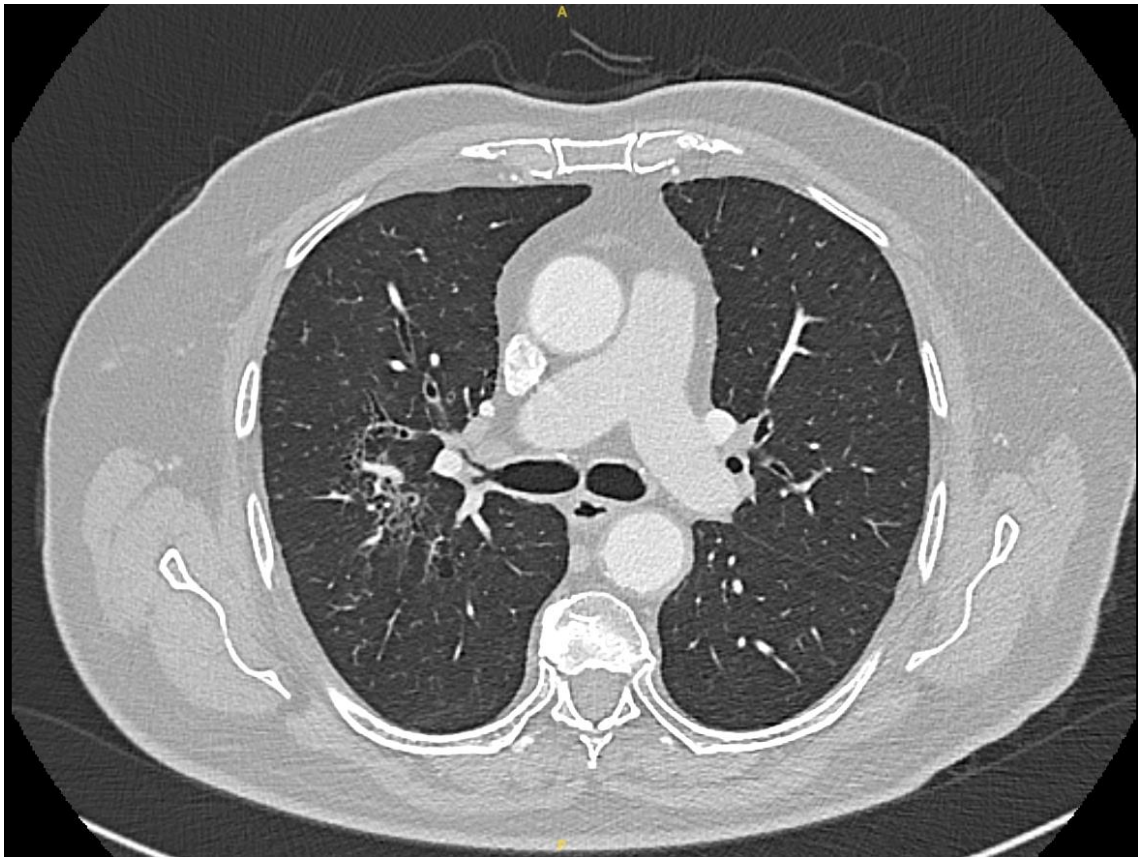
Consolidaciones pulmonares en LID con morfología de árbol en brotes compatibles con afectación inflamatoria de la pequeña vía aérea.

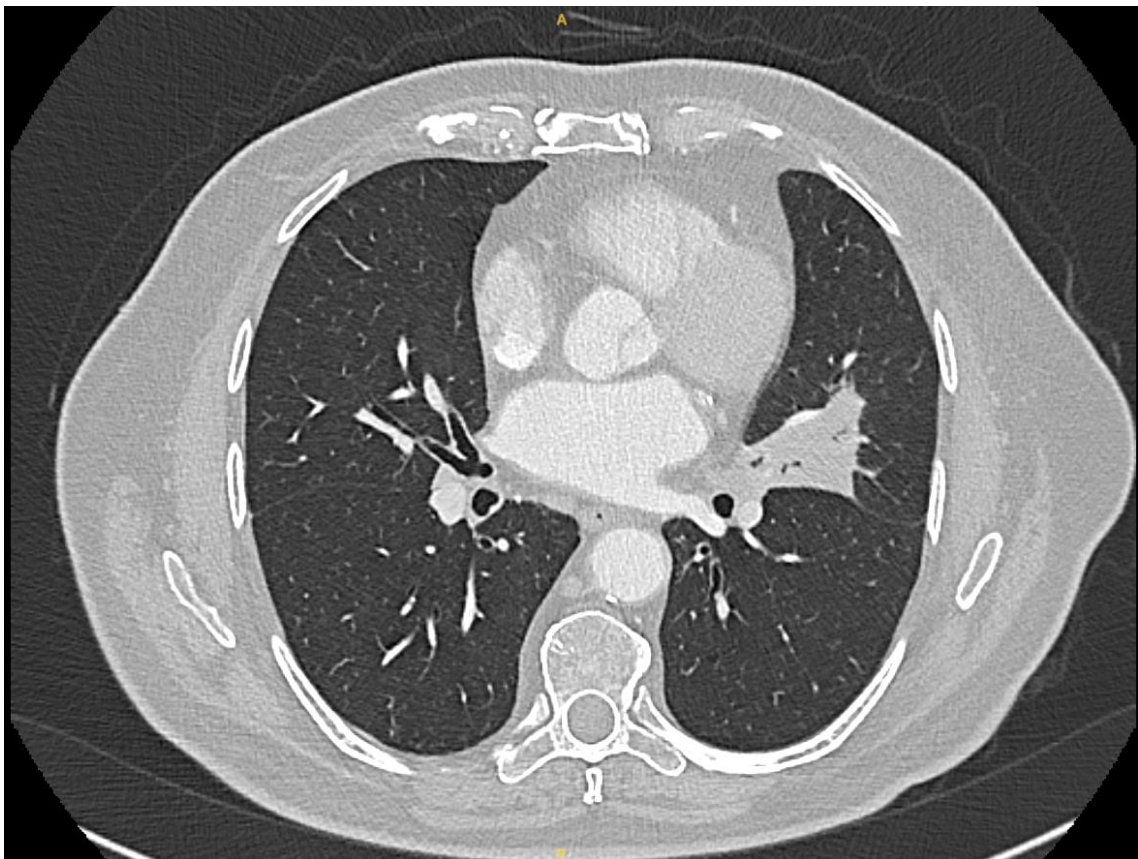
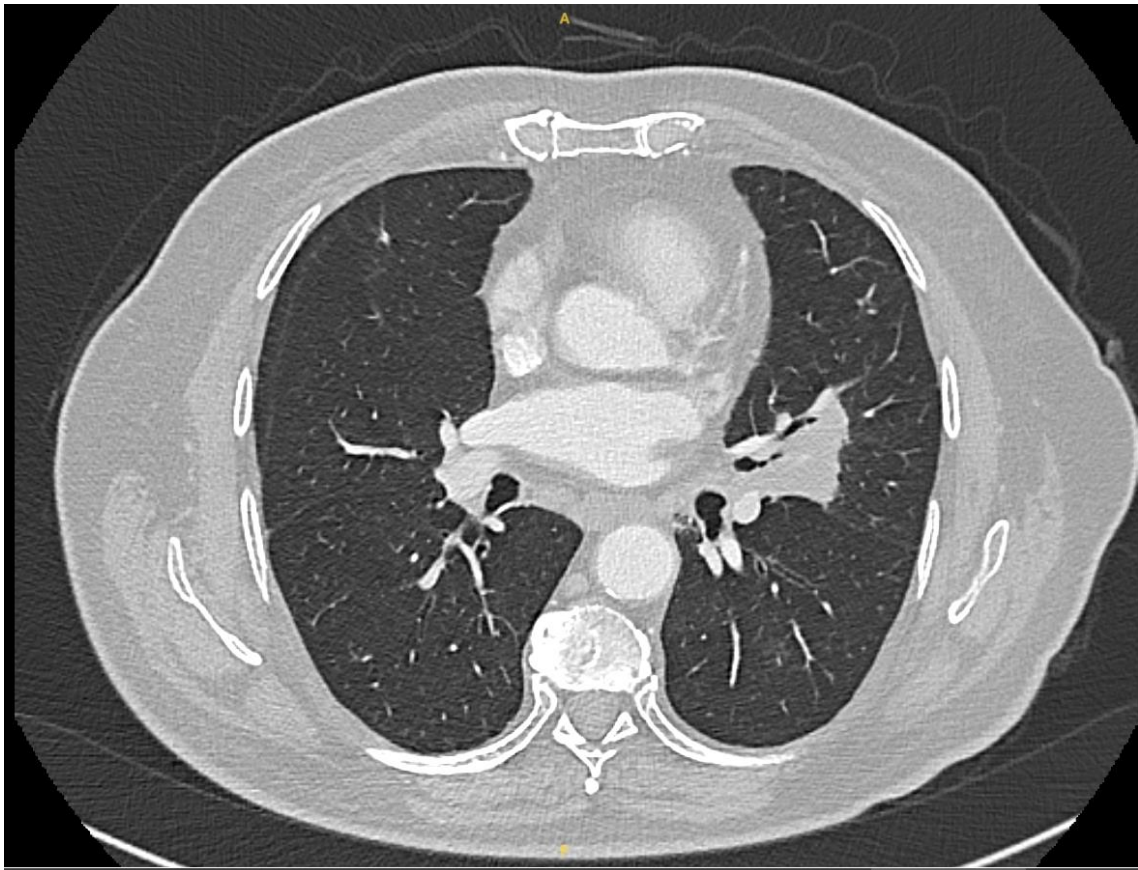
Bronquiectasias en LSD y LID. En LID asocian engrosamiento parietal y área de consolidación adyacentes.

Adenopatías de: 7 mm paratraqueales derechas superiores, 8 mm prevasculares, 6 mm paratraqueales derechas inferiores, 11 mm subcarinales y 9 mm paraesofágicas inferiores.

Senos costodiafrágicos libres.

Quistes corticales renales bilaterales de hasta 3 cm.



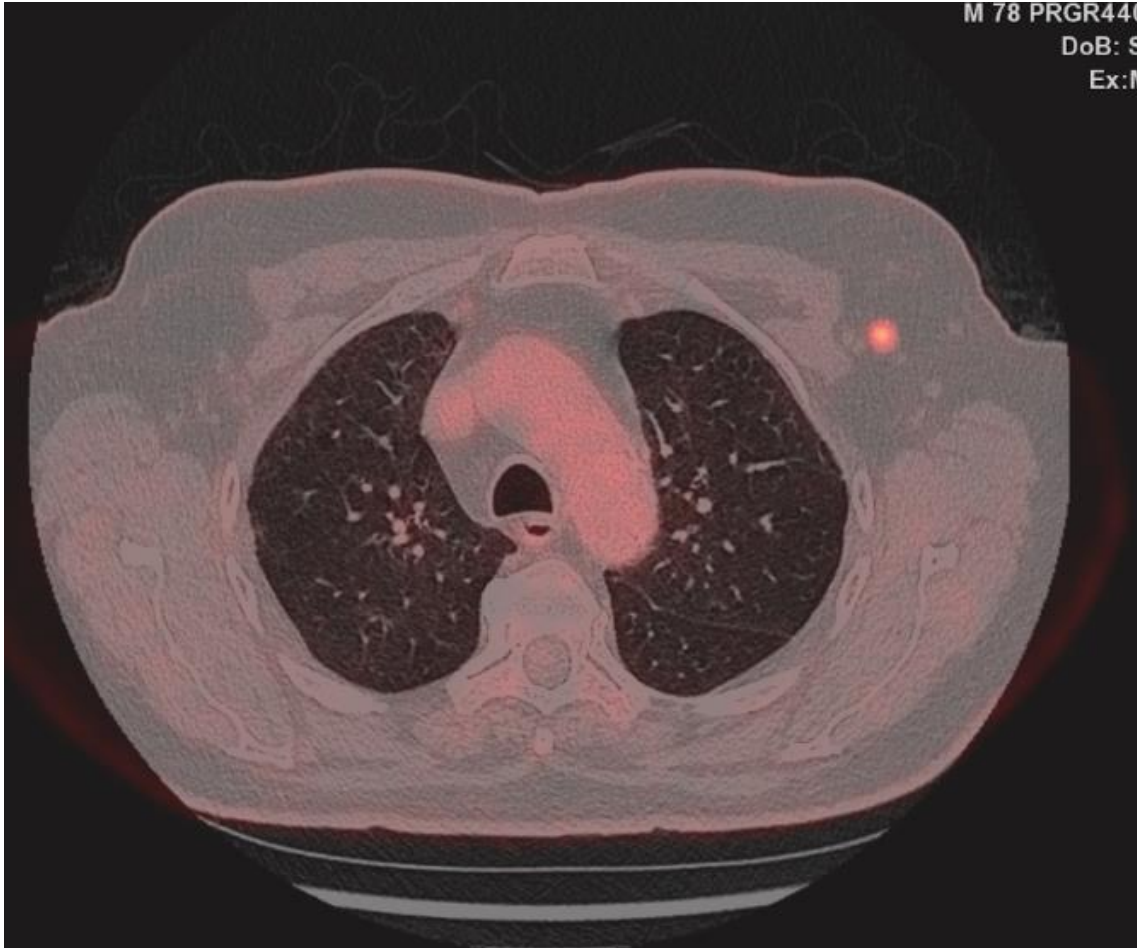


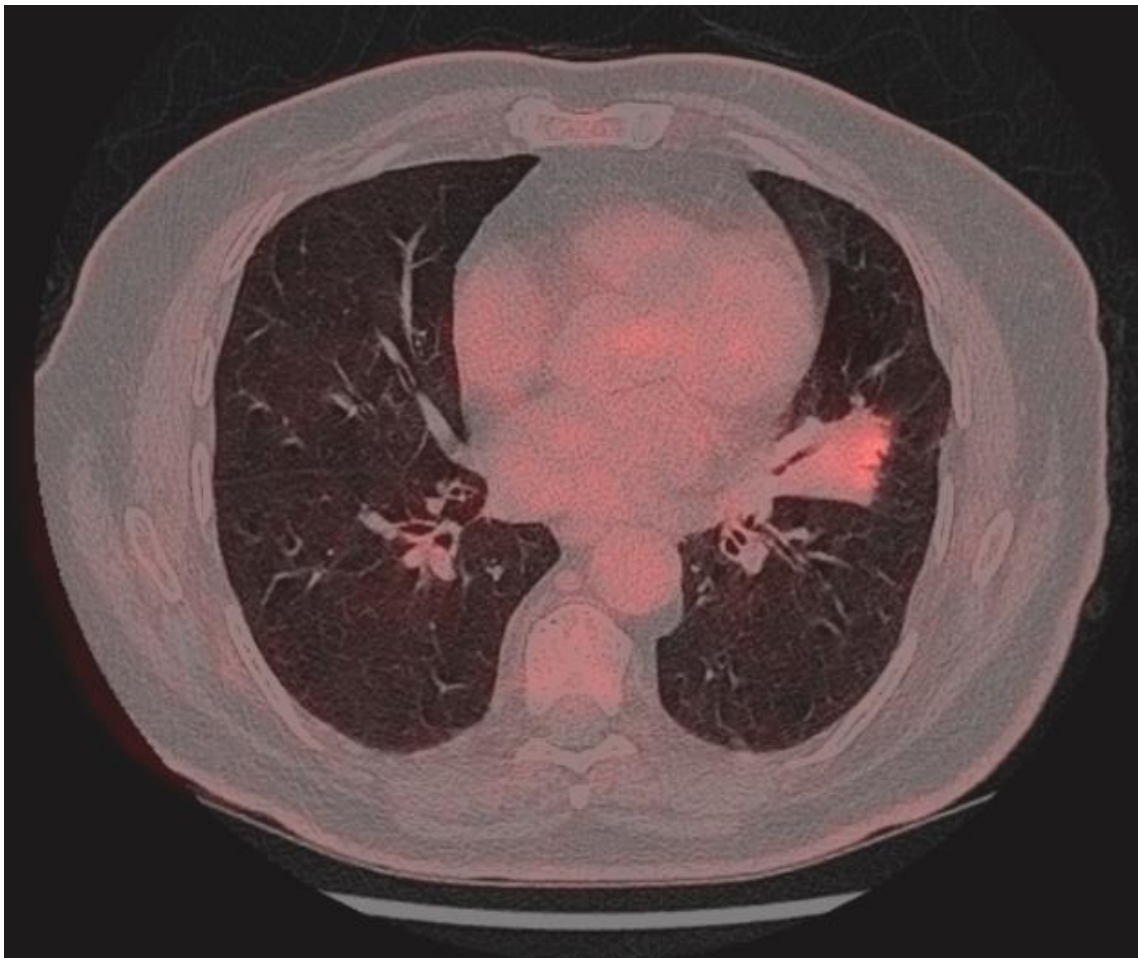
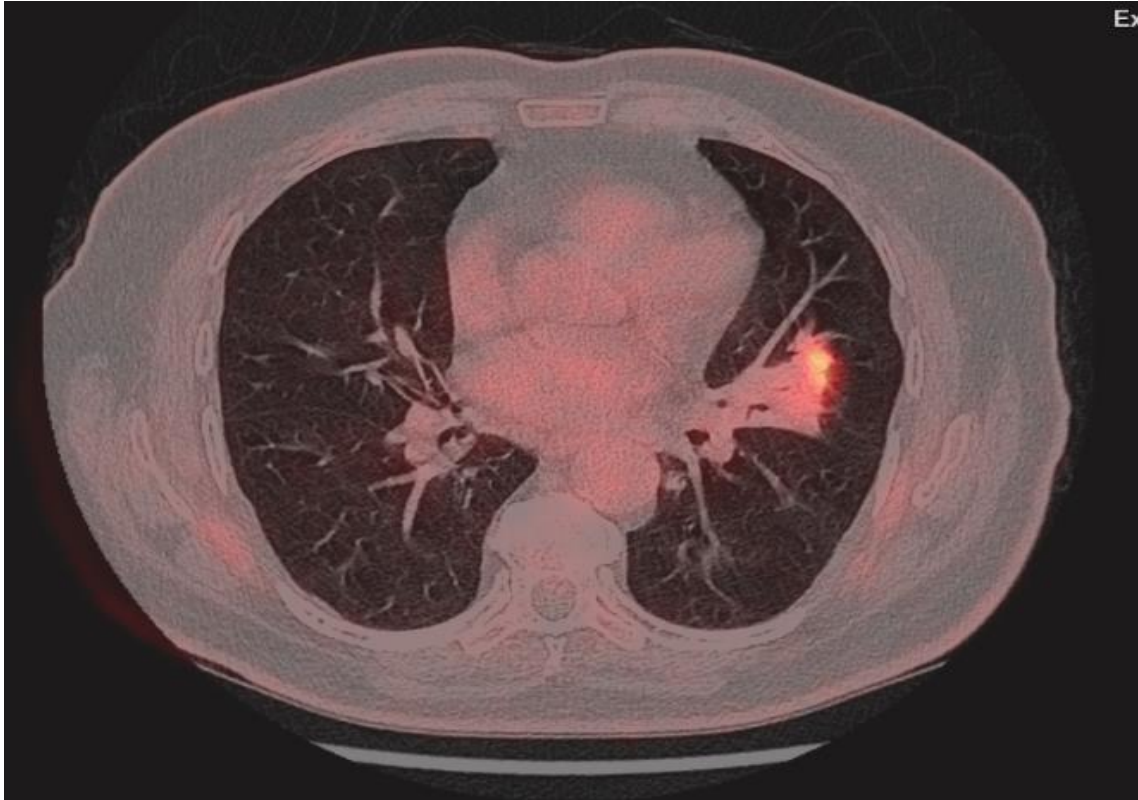
- **PET TAC 16/05/2023**

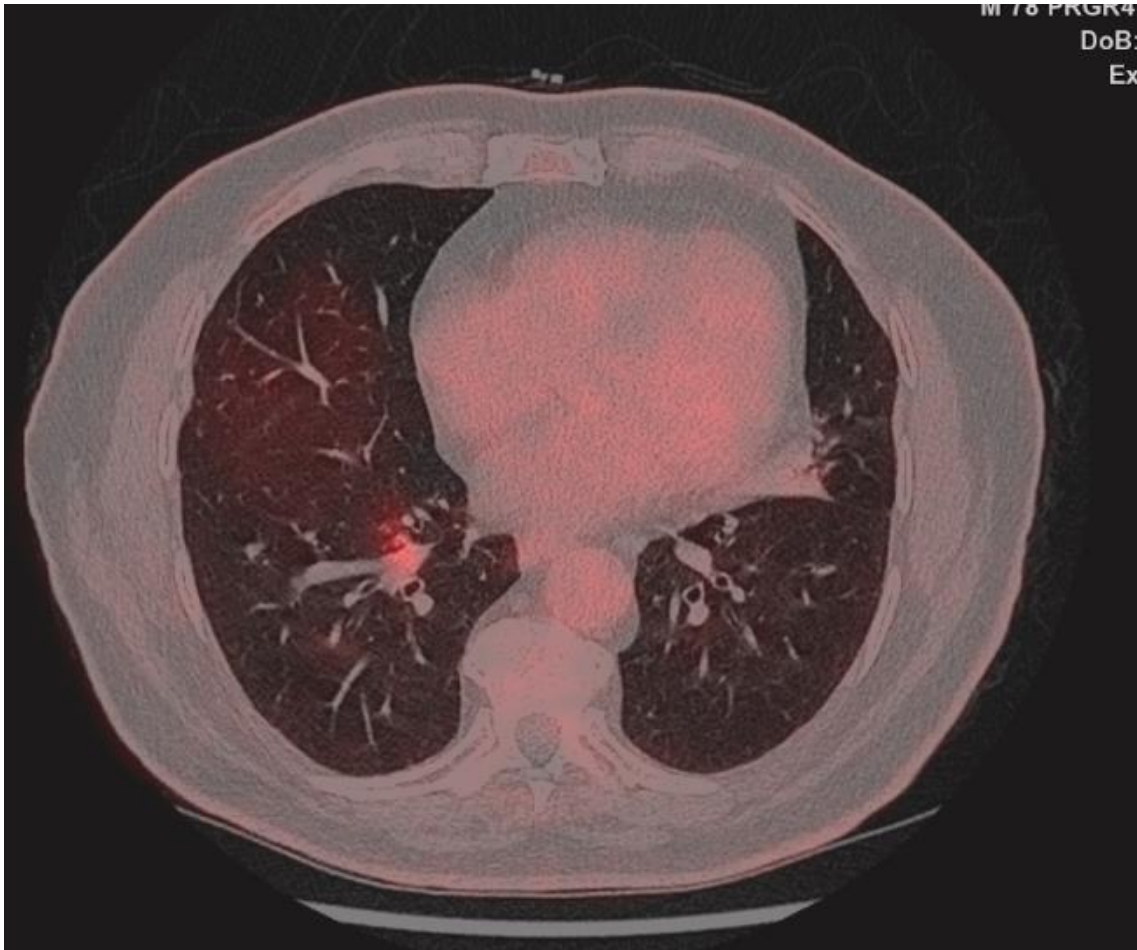
-Adenopatía axilar izquierda hipermetabólica a correlacionar con clínica posible proceso inflamatorio.

-Consolidación parahiliar izquierda con presencia de broncograma aéreo y metabolismo inespecífico.

-No se identifican adenopatías hilio mediastínicas con metabolismo patológico, destacamos un área hipermetabólica la región del LID en topografía bronquiolar que no podemos descartar que se trate de un tapon mucoso o de otras causas .







- **Broncoscopia 17/05/2023**

Al intentar forzar entrada en língula, se provoca pequeño sangrado de Br. sugsegmentario superior y se produce una pequeña laceración mucosa que biopsiamos en su totalidad . Igualmente, realizamos cepillado de dicha zona.  rbol bronquial derecho: obstrucción completa de B7 por una mucosa de aspecto normal que parece tapizar su entrada, de donde se realizan varias biopsias. Resto de árbol derecho permeable hasta visión  ptica.

JUICIO ENDOSCÓPICO:

OBSTRUCCIÓN COMPLETA DE B7 POR MUCOSA QUE TAPIZA SU ENTRADA. RESTO DE  RBOLBRONQUIAL PERMEABLE HASTA LÍMITES DE VISIÓN ÓPTICA.

** Citología BAS: Fondo hemático.

- Leve celularidad inflamatoria.
- Aisladas células con cambios reactivos

No se han visto signos de malignidad en la muestra examinada.

** Citología cepillado bronquial B7. negativa para malignidad

** Biopsia bronquial B7: Restos de material fibrinohem tico junto a fragmentos superficiales de pared bronquial sin alteraciones histopatológicas relevantes.

-Biopsia língula: Fragmento de pared bronquial sin evidencia de elementos neoplásicos malignos. A nivel submucoso se observa un discreto infiltrado linfoplasmocitoide artefactado (inespecífico/no valorable).

Se solicita PAAF de la lesión de língula que el paciente rechaza. El paciente continua seguimiento en consultas.

- **TAC tórax 11/09/2023**

Tráquea y bronquios principales permeables.

Discreta cardiomegalia.

Calcificaciones aórticas. Oclusión de la arteria carótida común izquierda en el segmento cervical visualizado. Vascularización pulmonar normal.

Pequeñas adenopatías mediastínicas, no superiores a 1 cm. de eje corto.

Cambios pleuroparenquimatosos de aspecto residual en el vértice de ambos hemitórax.

Control de tumoración pulmonar sólida parahiliar izquierda, con cierto componente atelectásico, que engloba el bronquio lingular ocluyendo su luz parcialmente, y ha aumentado ligeramente de tamaño respecto a TC previo de Abril/2023. Considerar realización de estudio histológico de la lesión mediante fibrobroncoscopia.

Nódulos pulmonares alveolares múltiples en ambos lóbulos inferiores, más numerosos en el derecho, que han aumentado en número y tamaño respecto a exploración anterior. A descartar lesiones metastásicas como primera opción diagnóstica.

Pequeñas bronquiectasias varicosas centrales, parahiliares derechas.

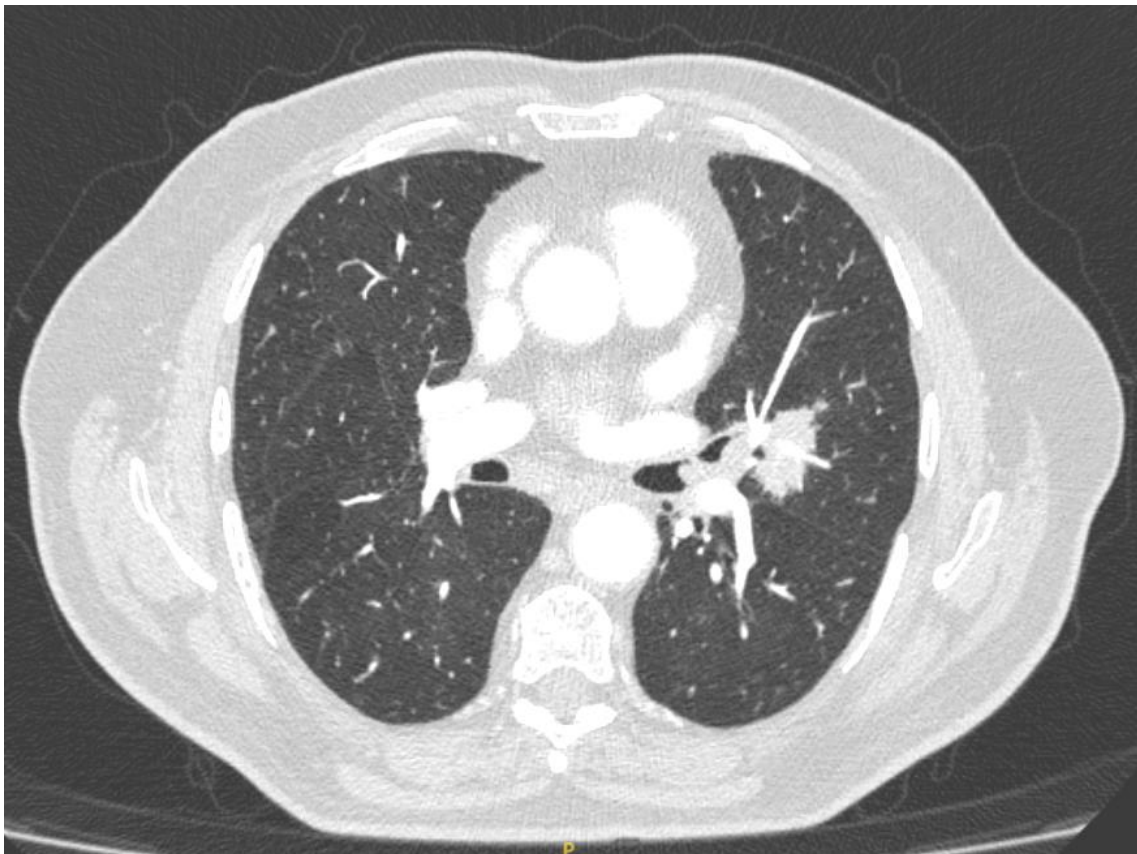
No derrame pleural ni pericárdico.

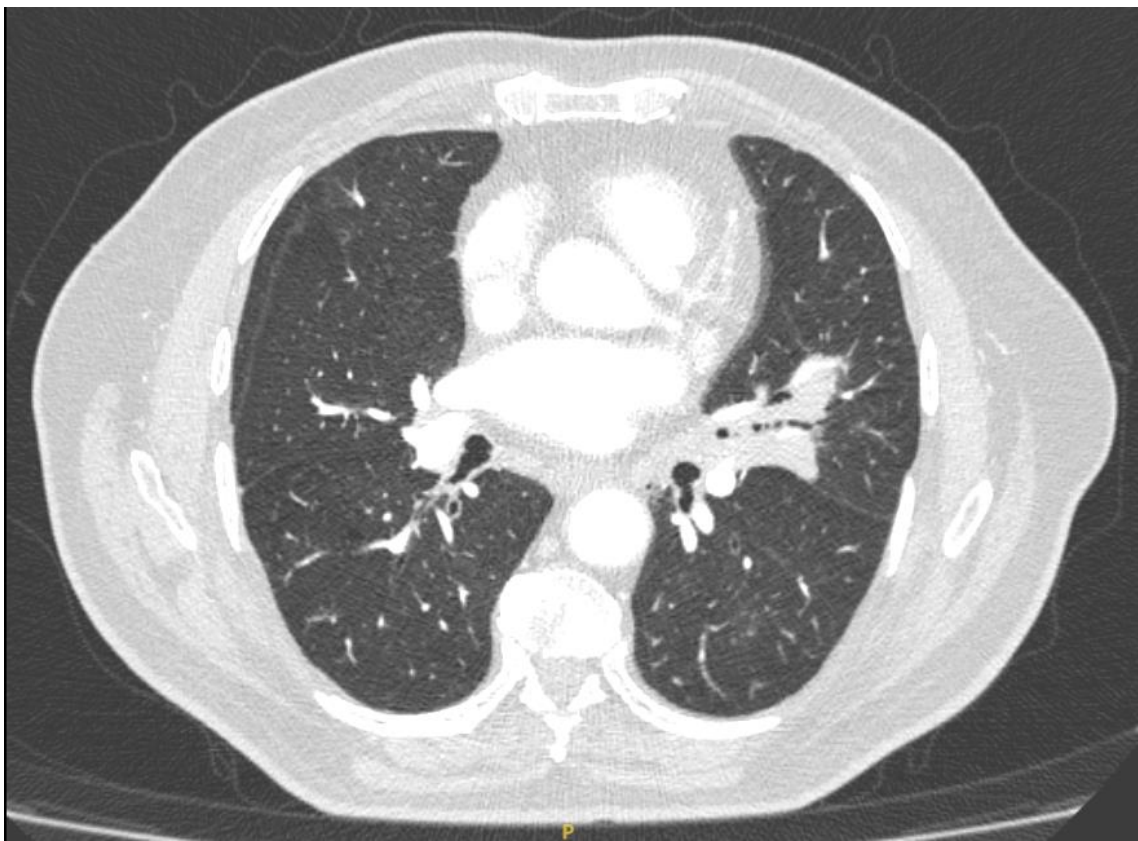
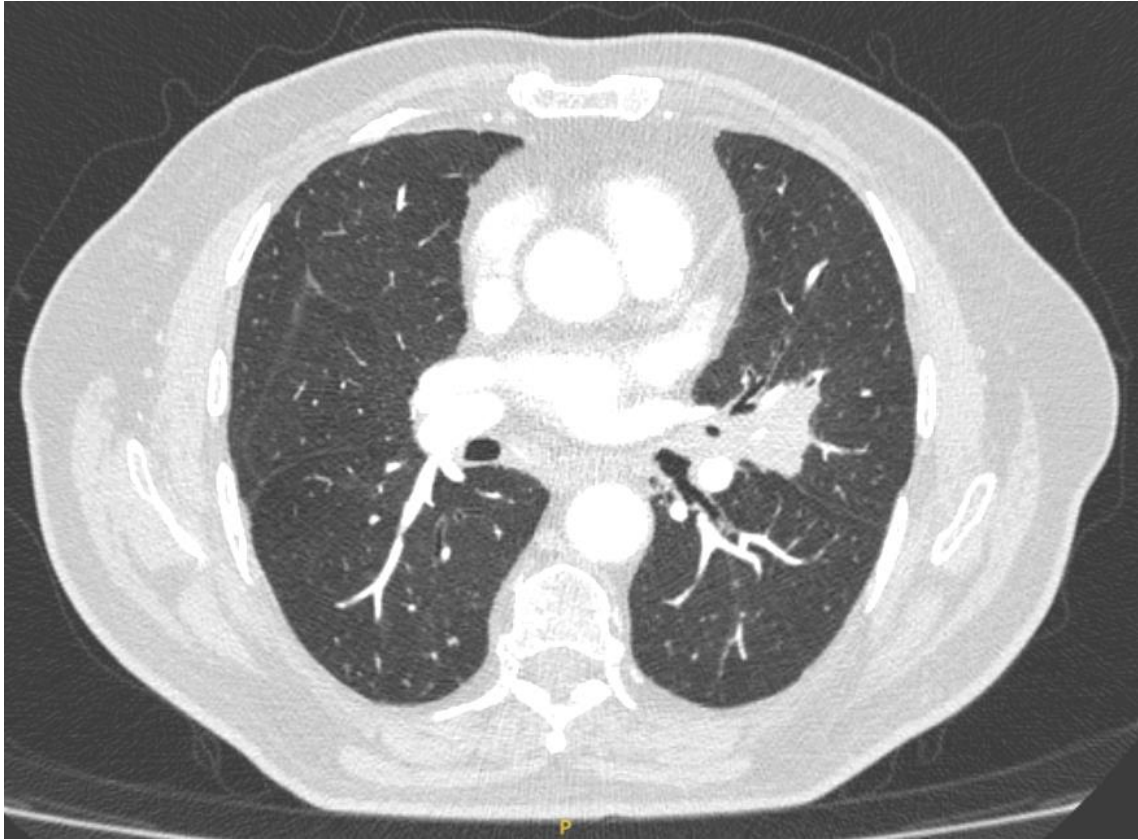
Pequeño quiste biliar en región subpleural del lóbulo hepático derecho. Quistes corticales en ambos riñones.

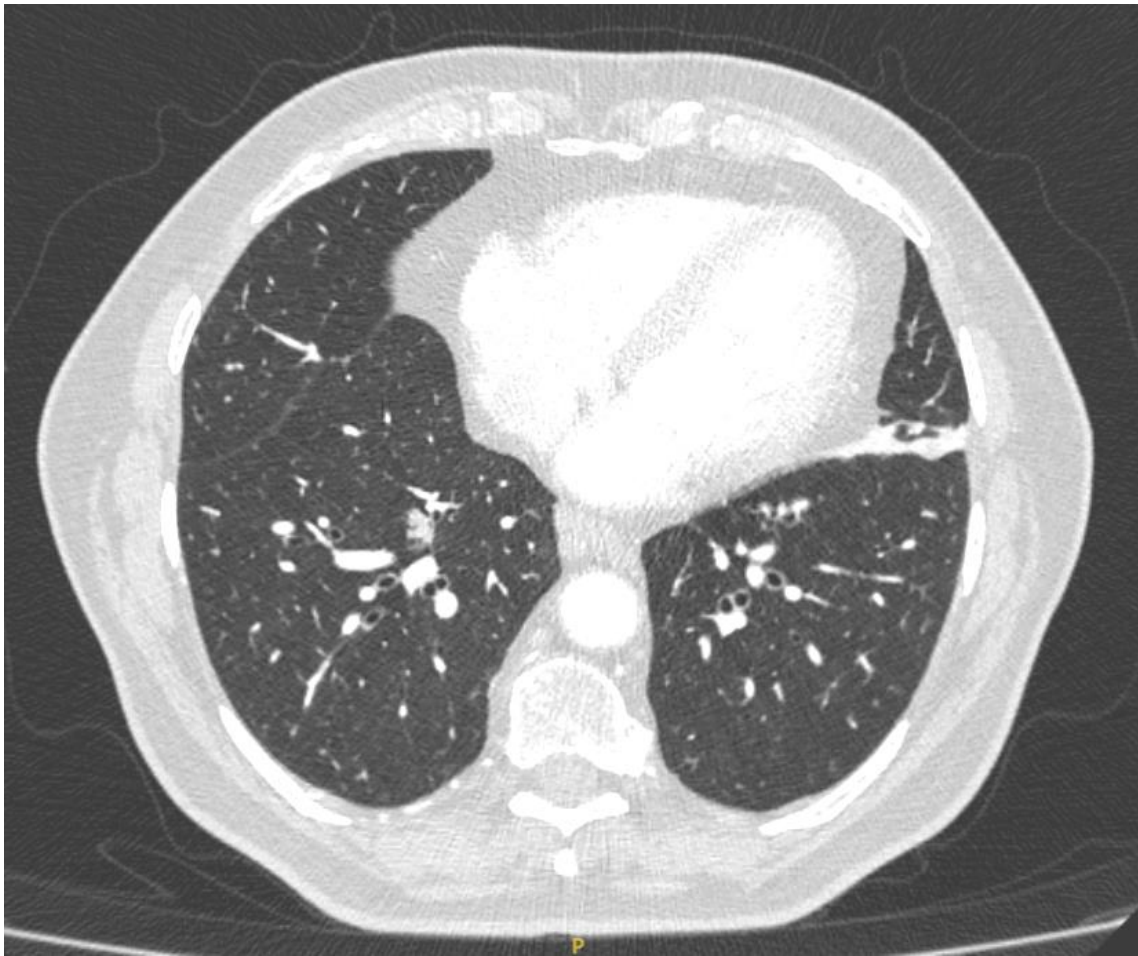
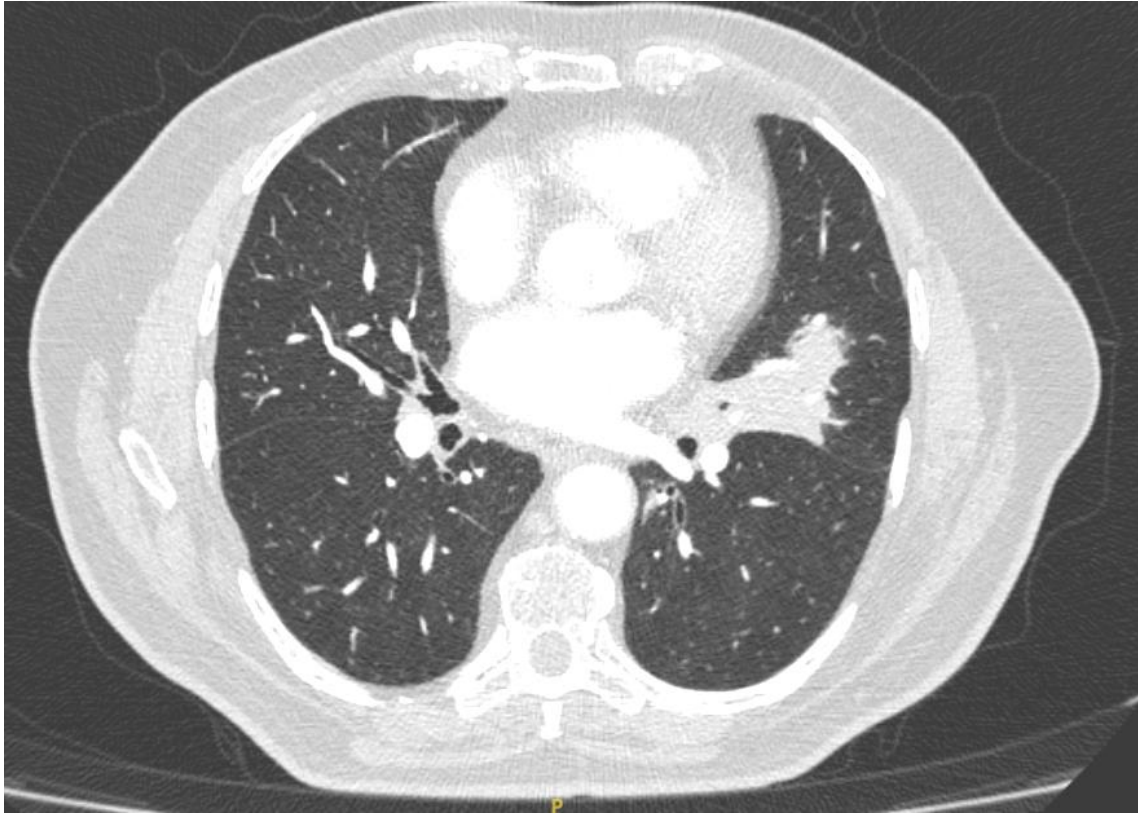
Paniculitis mesentérica.

Cambios degenerativos en el esqueleto axial visualizado.

No otros datos reseñables.





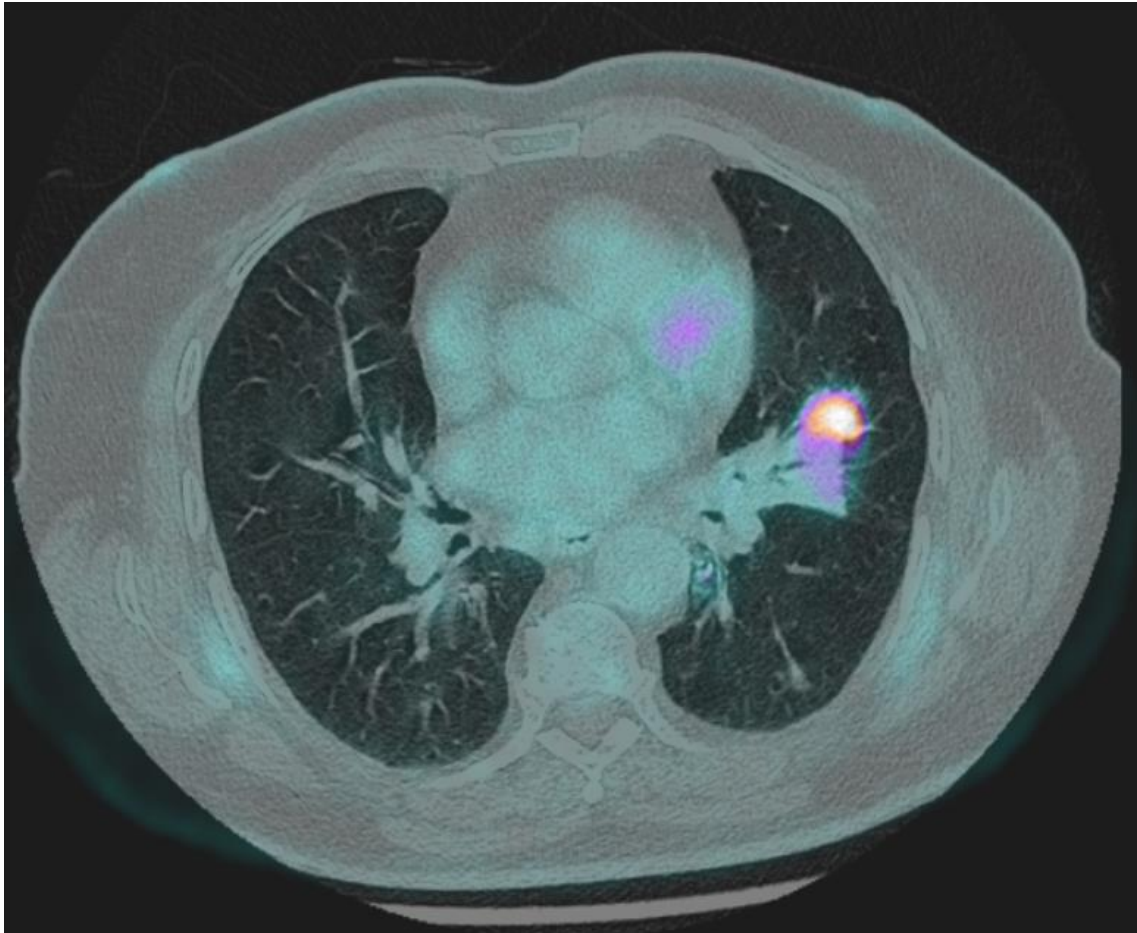


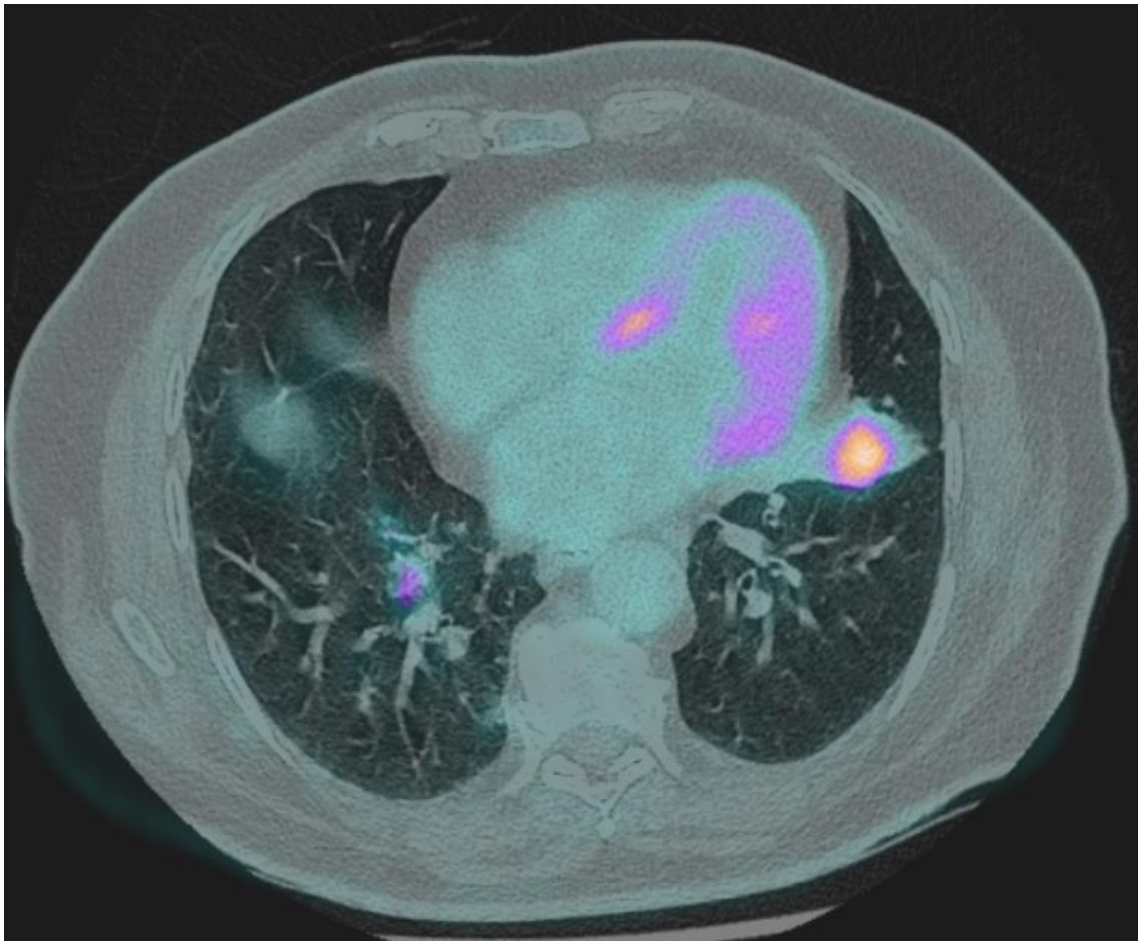
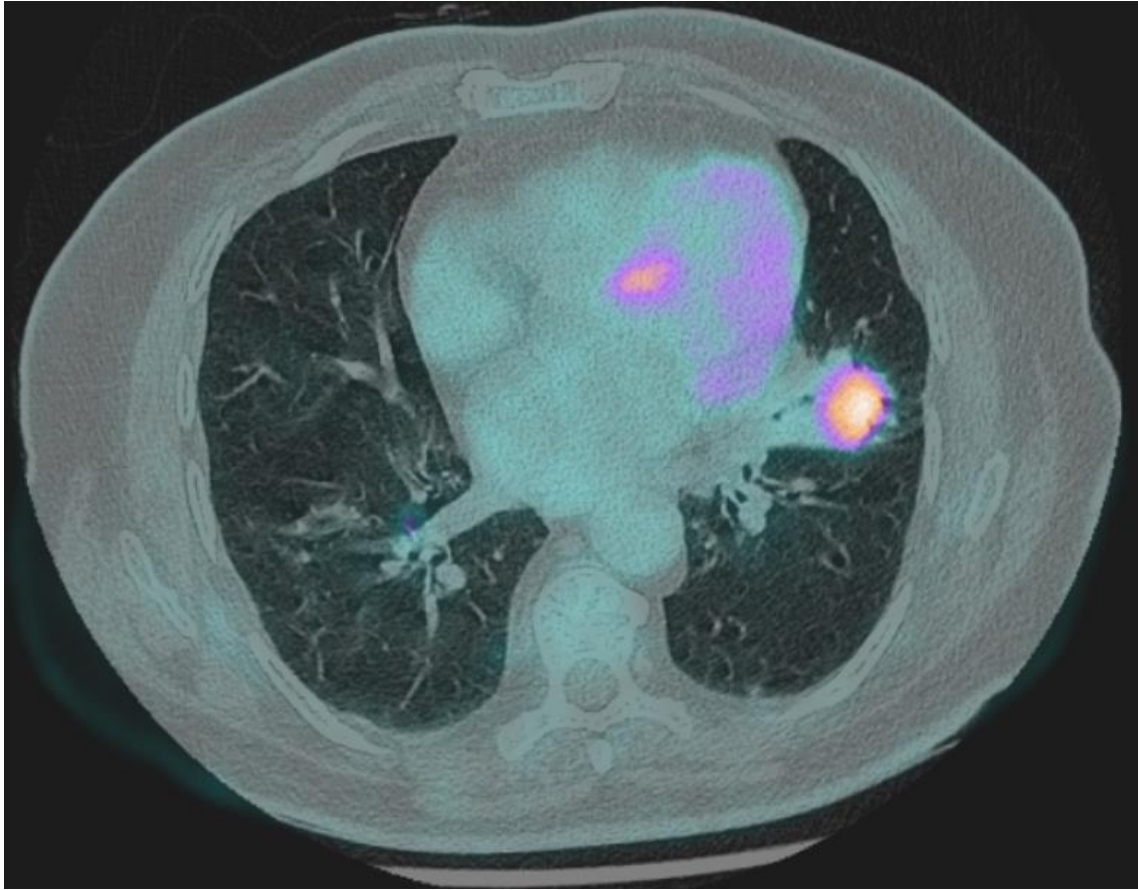
Ante la persistencia de las lesiones se propone nuevamente realización de broncoscopia y PET.

- **PET TAC 11/10/2023**

Masa parahiliar izquierda con características radiológicas y metabólica sugestivas de malignidad. Nódulos pulmonares, con predominio en LID, con metabolismo incrementado altamente sospechosos de malignidad. Estudio sugestivo de progresión de la enfermedad tanto radiológica como metabólicamente.

Resto sin hallazgos reseñables.







- **Broncoscopia 04/10/2023**

Cuerdas vocales normales. Tráquea normal. Carina principal normal. Arbol bronquial izquierdo: Mucosa friable a la entrada del Br. LSI con sangrado al mínimo roce del BF, en la embocadura de la lín-gula se observa una lesión blanquecina sobre-elevada que se biopsia , además se realiza cepillado bronquial en br. subsegmentario inferior de lín-gula. Resto del árbol bronquial permeable hasta límites de visión óptica. Árbol bronquial derecho: obstrucción completa de B7 por una mucosa de aspecto normal que parece tapizar su entrada, de donde se realizan varias biopsias. Resto de árbol derecho permeable hasta visión óptica.

JUICIO ENDOSCÓPICO:

LESIÓN BLANQUECINA SOBREELEVADA EN LA EMBOCADURA DE BR. LÍNGULA CON MUCOSA FRIABLE. OBSTRUCCIÓN COMPLETA DE B7 POR MUCOSA QUE TAPIZA SU ENTRADA. RESTO DE ÁRBOL BRONQUIAL PERMEABLE HASTA LÍMITES DE VISIÓN ÓPTICA.

** Citología BAS: negativo para malignidad.

** Microbiología BAS: flora habitual. Baciloscopia y cultivo micobacterias pendiente.

** Cepillado bronquial: negativo para malignidad.

Biopsia bronquial de lín-gula::

- Mucosa bronquial con presencia de infiltrado plasmocitoide subepitelial.

- El estudio inmunohistoquímico ha resultado positivo frente a CD138. Sin embargo, las técnicas frente a CD56,CD20,Ciclina D1,IgG4 y CISH de cadenas ligeras K y L han resultado no valorables por agotamiento de la población de células plasmáticas en los cortes sucesivos

Biopsia bronquial B7 derecho:

-Fragmentos superficiales de mucosa respiratoria sin alteraciones histopatológicas relevantes

El paciente se encuentra clínicamente bien, asintomático en octubre de 2023.

En noviembre de 2023 presenta cuadro febril con datos de infección respiratoria y que mejora con tratamiento antibiótico y broncodilatadores.

Posteriormente se propone un procedimiento diagnóstico.