

MASA CAVITADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

D. Iturbe Fernández, M. Jiménez Ruiz, P. Rodríguez Antón, M. Iglesias Heras
(HUMV-Santander)

Mujer de 54 años, ama de casa, fumadora de 40 paquetes/año, con antecedentes personales de HTA, dislipemia y AITs de repetición en el 2002 secundarios a estenosis carotídea bilateral precisando endarterectomía carotídea derecha.

Refería tos seca y episodios aislados de febrícula de varias semanas de evolución. En la analítica destacó VSG elevada, y en la radiografía de tórax se apreciaba una masa no cavitada en LSD de bordes mal definidos. Como parte del estudio de masa pulmonar se solicitaron:

- TAC toraco-abdominal: Masa de bordes mal definidos de 5,3 cm de diámetro mayor en LSD

- PAAF: Frotis inflamatorio

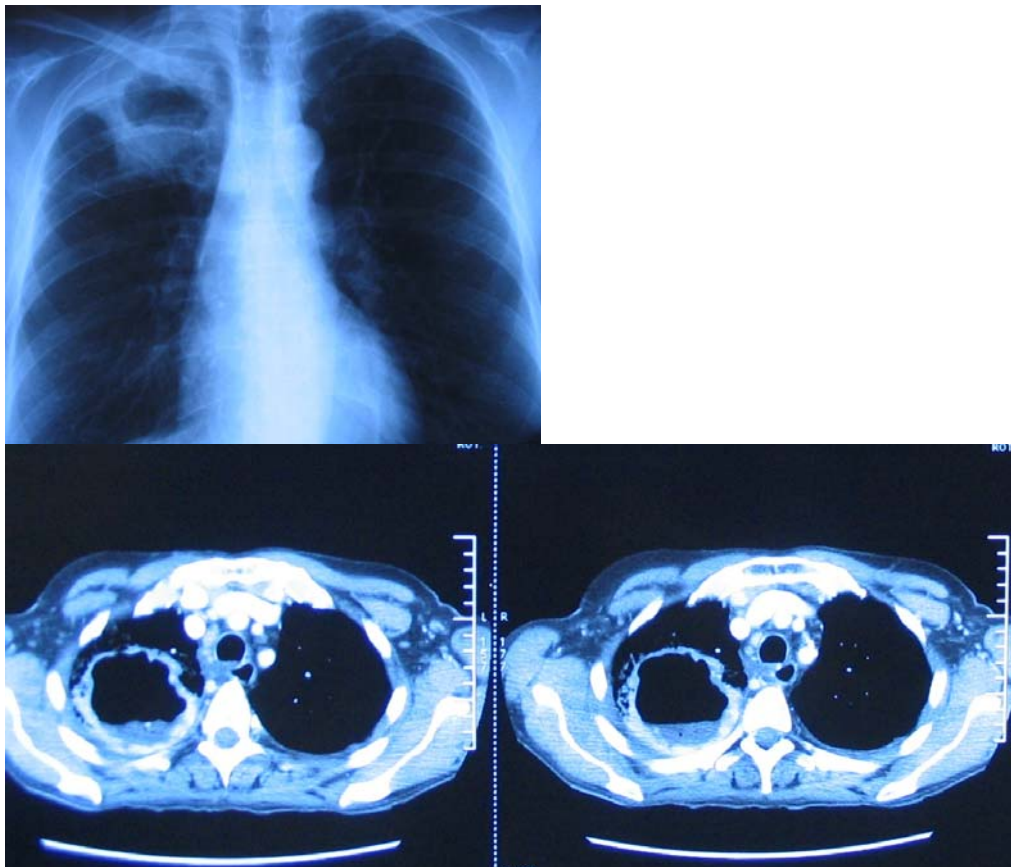
- BFC: Estenosis del bronquio segmentario posterior del LSD sin infiltración mucosa aparente. BAS y BAL negativos para estudios AP y microbiológicos

- PET: Masa en lóbulo superior derecho con captación SUV max 13,37 y adenopatías hiliares derechos con SUV 2,17)



Ante la sospecha de malignidad en estadio T2 N1 M0 se decidió realizar toracotomía derecha con intento explorador-curativo, debiendo aplazarse la misma debido a la aparición clínica de parestesias y pérdida de fuerza en ESD. La TAC craneal reveló la presencia de ictus isquémico en el territorio de la CMI por lo que fue ingresada

en el Servicio de Neurología, comenzando entonces con clínica de tos, fiebre y expectoración herrumbrosa refractarias a tratamiento antibiótico con Levofloxacino. Una nueva Rx de tórax y TAC confirmó la presencia de masa cavitada de paredes gruesas e irregulares con pequeño nivel hidroaéreo de unos 7 cm a nivel de LSD.



Diversas muestras obtenidas en esputo y mediante BAS/BAL de una nueva broncofibroscopia fueron negativas tanto para estudios microbiológicos como para AP.

Ante el empeoramiento clínico de la paciente se modificó el tratamiento iniciándose antibioterapia con Piperacilina-Tazobactam y Miconazol, mejorando clínica y analíticamente mientras la radiografía de tórax se mantuvo sin cambios. En este período se recogieron nuevas citologías de esputo apareciendo en dos de ellas células compatibles con carcinoma pulmonar no microcítico y se decidió realizar definitivamente la intervención quirúrgica anteriormente programada, pudiendo efectuar lobectomía de LSD sin complicaciones, con informe anatomopatológico definitivo de CARCINOMA PLEOMÓRFICO (ADENOCARCINOMA SARCOMATOIDE) estadio pT2 N1 (IIb).

Posteriormente la paciente ha iniciado tratamiento citostático con protocolo oportuno.