

CASO CLÍNICO

CASO INUSUAL DE METÁSTASIS CAVITADA DE PULMÓN POR CARCINOMA EPIDERMOIDE PRIMARIO DE CUELLO UTERINO Y TUBERCULOSIS PLEURAL

Yoinner Mora Ardila*

Médico internista, residente de neumonología hospital Dr. Luis Gómez López
Barquisimeto estado Lara, Venezuela
Yoinnermora92@gmail.com

Paciente femenina de 29 años de edad procedente de Santa Inés municipio Urdaneta, estado Lara-Venezuela, quien acude por presentar enfermedad actual cuatro meses previo a su ingreso caracterizado por tos seca sin predominio horario y disnea progresiva alcanzando un patrón MMRC 2, por lo que es evaluada en facultativo médico de su localidad donde es tratada con esteroides sistémicos (Dexametasona) sin mejoría del cuadro clínico; manteniendo la clínica durante un mes; posteriormente tornándose la tos húmeda con expectoración blanquecina escasa, asociando a la clínica dolor en punta de costado en hemitorax izquierdo esporádico por lo que se es evaluada por médico de la localidad quien indica analgesia con meloxicam, asociando tiocolchicosido y antibioticoterapia por diez días, sin presentar mejoría, alcanzando un patrón de disnea MMRC3 por lo que se indica estudios de imagen (radiografía de tórax) y en vista a los hallazgos es referida a nuestro centro de salud.

Presenta el antecedente de carcinoma epidermoide de cuello uterino diagnosticado en el mes de diciembre del año 2021 el cual se trató con quimioterapia (no específica) y radioterapia. Refiriendo resolución sin controles posteriores. A los 19 años de edad se le realiza excresis de quiste mamario benigno. Niega otros antecedentes e intervenciones quirúrgicas. Refiere como antecedentes familiares padre vivo aparentemente sano; madre viva con diabetes tipo 2 y seis hermanos de los cuales una hermana fue diagnosticada con cáncer de cuello uterino. Refiere menarquia a los 13 años; sexarquia a los 15 años, refiere cuatro parejas sexuales; cuatro gestas; tres partos y un aborto.

Niega habito tabáquico y otros de relevancia. Niega drogas ilícitas. Ocupación oficios del hogar. Graffar IV, niega mascotas. Niega contacto con personas que cursaran con infecciones

respiratorias como tuberculosis o SARS COV2.



Manifiesta pérdida de peso de 3-4 kg aproximadamente durante cuatro meses no asociado a hipoingesta, relacionándose al inicio de la enfermedad actual. Niega otros síntomas previos a la enfermedad actual descrita

Al evaluarse se constata presión arterial 110/80 mmhg; frecuencia cardiaca 100 lpm; frecuencia respiratoria 21 rpm; saturación de oxígeno en 94% con fio2 21%. En estable condiciones generales piel y faneras: sin lesiones cabeza: normocéfalo ojos: globos oculares simétricos, pupilas isocóricas reactivas a la luz oídos: pabellón auricular normoimplantado nariz: pirámide nasal centrada, fosas nasales permeables, sin secreciones boca: mucosa oral seca





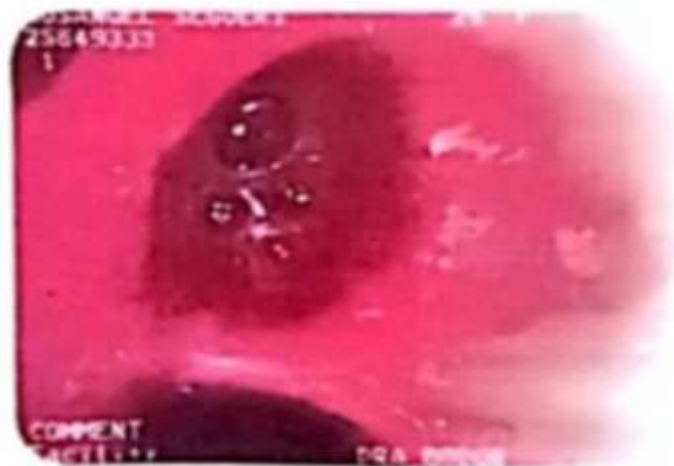
lengua central sin lesiones cuello: central, simétrico sin ingurgitación yugular ni adenopatías palpables. Tórax: asimétrico a predominio de hemitorax izquierdo hipoexpansible, hipoelástico con leve tiraje intercostal. Murmullo vesicular presente en hemitorax derecho sin agregados y abolidos en 2/3 superiores de hemitorax izquierdo con crepitantes en base izquierda a la palpación se constata disminución del frémito en y a la palpación timpanismo en 2/3 superiores de hemitorax izquierdo. Ruidos cardíacos, rítmicos, normofonéticos sin soplo no se ausculta r3 ni r4 abdomen ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación sin megalias. Bazo no palpable puntos ureterales negativos. Genitales externos: normoconfigurados extremidades: simétricas sin edema. Neurológico: vigil atenta orientada en tiempo espacio y persona. Resto del neurológico sin alteración. Los laboratorios de ingreso reportan leucocitos: 13.100mm³; segmentados: 83%; linfocitos: 18%; hemoglobina: 10.6 g/dl; hematocrito: 33.8%; plaquetas: 475.000mm³; procalcitonina: 0.51ng/ml; serología para HIV: no reactiva. Se realiza baciloscopia (Ziehl Neelsen) y XPERT de esputo ambas negativas para M. Tuberculosis. Con una radiografía de tórax en proyección PA donde se evidencia un aumento del diámetro del campo pulmonar izquierdo con una radiolucidez hasta tercio medio de campo pulmonar izquierdo con una radiopacidad heterogénea en parte de la base; constatando borramiento de los senos contofrenico y diafragmático con nivel hidroaereo; hallazgos subjetivo de hidroneumotorax; por lo que se realiza toracostomía con tubo de tórax 20 fr y se conecta a pleur evac, para realizar posterior control radiológico y estudios de líquido pleural. En radiografía de control se constata radiopacidad homogénea en base izquierda logrando observar una lesión de forma ovalada de borde fino radiopaco subjetivo de cavitación por lo que se solicita tomografía simple de tórax donde se evidencia en el corte sagital de la ventana pulmonar una lesión de bordes bien definidos con un grosor de 4.5mm en la zona de mayor diámetro sin constatar nivel hidroaereo en su interior. En los estudio de líquido pleural reporta en citoquímico leucocitos: 4.900mm³; mononucleares: 70%;

proteínas 4.8 g/dl; glucosa: 41mg/dl; LDH: 1.605 U/L con ADA de líquido pleural en 141 U/L y citológico de líquido pleural que reporta inflamación crónica sin hallazgos de malignidad.

Se realiza videobroncoscopia el cual reporta en bronquio principal izquierdo oclusión del 100% del mismo por engrosamiento de la mucosa se toma muestra para biopsia y se realiza lavado bronquial para realizar ziehl neelsen y XPERT los cuales ambos salieron negativo para M. tuberculosis. Se realiza toracoscopia evidenciado: edema en pared torácica; pleura parietal engrosada; abundante fibrina; colección purulenta tabicada y tejido de aspecto cerebroide, friable en toda la superficie pulmonar. Se toma muestra de tejido de fibrina y pleura el cual se le realiza XPERT arrojando positivo para M. tuberculosis; por lo que se concreta diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar (pleural) he inicia primer régimen de tratamiento anti TB. Días después se obtienen los resultados de la biopsia de pleura y tejido bronquial que reporta carcinoma epidermoide metastasico moderadamente diferenciado. Se solicita inmunohistoquímico el cual describe carcinoma epidermoide metastasico moderadamente diferenciado de células grandes queratinizantes el estudio inmunohistoquímico demuestra la naturaleza epitelial escamosa. La inmunopositividad de las células neoplásicas para la proteína p16 indica asociación del tumor con infección por virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo oncogénico. Considerando el antecedente de carcinoma epidermoide de cuello uterino el cual no se mantuvo un seguimiento, se concluye que este haya sido el primario generando una lesión metastasica cavitada complicada con hidroneumotorax, descartando ante estudios previos que dicha lesión sea de otra etiología.



La presencia de lesiones cavitadas en el cáncer de pulmón primario suele ser común sin embargo las metástasis pulmonares rara vez logran cavitarse, con una incidencia reportada del 4% siendo el carcinoma de células escamosas el



tipo más común que genera metástasis cavitadas, representando dos tercios de los casos (4) (5). La cavitación puede dar su origen a necrosis del tumor o de un mecanismo de válvula de retención que se desarrolla por medio de la infiltración del tumor en la estructura bronquial (5). Por lo general, las cavitaciones por metástasis en su mayoría suelen ser de bordes irregulares y paredes gruesas > 15mm siendo inusual metástasis cavitada de bordes delgados y aquellos casos reportados han sido en sarcomas y adenocarcinomas, ya que esas características son frecuentes en infecciones por hongos, trastornos inmunológicos y otras etiologías (6); siendo la más frecuente en nuestro país aquellas provocadas por el mycobacterium tuberculosis, por este motivo se estudió a profundidad nuestra paciente con el fin de descartar o confirmar que esta fuera la causa de la cavitación pero no se llegó a aislar en pulmón. Las metástasis cavitadas fueron descritas por primera vez por Bristowe en 1871, reportando una cavitación en una metástasis pulmonar de un carcinoma de faringe, diagnosticada en la necropsia (2). Estas metástasis cavitadas suelen darse de lesiones primarias localizadas en orden de frecuencia por cáncer colorrectal, pancreático y de pulmón, siendo menos frecuente la metástasis por cáncer de cuello uterino (3). En el caso de nuestra paciente cursaba con un hidroneumotorax que aunque podría ser una complicación de la tuberculosis pleural, que suelen darse con mayor frecuencia, también existen reportes de neumotórax como complicación de metástasis cavitada de pulmón (1). Con respecto a las metástasis cavitadas de pulmón por carcinoma de cuello uterino se han informado cuatro casos siendo el último publicado en el año 2013 en una serie antigua de 25 casos y luego se han publicado unos pocos informes de casos.

1. Grant LA, Babar J, Griffin N. Cysts, cavities, and honeycombing in multisystem disorders: differential

- diagnosis and findings on thin-section CT. Clin Radiol. 2009 Apr; 64(4):439-48. PubMed | Google Scholar
2. Chaudhuri Sr. Metástasis pulmonares cavitarias. Tórax. Mayo de 1970. PubMed | Google Académico
3. Dodd GD, Boyle JJ. Excavar metástasis pulmonares. Am J Roentgenol Radio Ther Nucl Med. Febrero de 1961; 85: 277-93. PubMed | Google Académico
4. Soundouss Raissouni¹, Rais Ghizlane¹, Houda Mouzount¹, Kharmoum Saoussane¹. Unusual case of cavitary lung metastasis from squamous cell carcinoma of the uterine cervix. Published: 27/01/2013. Pan African medical journal. PubMed/ Google Académico
5. Luis López Calderón, M^a Luisa Domingo Montañana, Santiago Isarria Vidal, Ronny Rodelo Haad. Manifestaciones radiológicas atípicas de las metástasis torácicas: lo infrecuente de lo frecuente. 2018. Sociedad española de radiología médica. Google académico
6. Abi Khalil S, Gourdiér AL, Aoun N, Nedelcu C et al. Cystic and cavitary lesions of the lung: imaging characteristics and differential diagnosis. J Radiol. 2010 Apr. PubMed | Google Scholar

