

Patrón micronodulillar pulmonar bilateral. ¿Variedad de posibilidades?

Anoro-Abenoza L¹., Lozano-Cartagena D.A¹., Rodero-Hernández F.J.²

Sanid. mil. 2022; 78 (1): 28-29, ISSN: 1887-8571

Bilateral pulmonary micronodulillary pattern. Variety of possibilities?

ABSTRACT:

The bilateral micronodulillary pattern involves multiple diagnostic possibilities that include inflammatory, infectious, neoplastic, interstitial and autoimmune pathologies, among others. We present a clinical case with definitive diagnosis of carcinomatous lymphangitis secondary to pulmonary adenocarcinoma and the different diagnostic tests needed to obtain an accurate diagnosis.

KEY WORDS: Micronodules, lung, neoplasm.

INTRODUCCIÓN:

El patrón micronodulillar bilateral implica múltiples posibilidades diagnósticas que incluyen las patologías inflamatorias, infecciosas, neoplásicas, intersticiales y autoinmunes, entre otras. La anamnesis detallada y exploración física adecuada nos orientan en el posible diagnóstico, pero es necesario realizar pruebas complementarias que nos ayuden para establecer el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 65 años, sin alergias conocidas ni patologías médicas, nunca fumadora ni expuesta a tóxicos, ama de casa y sin medicación habitual crónica. Acudió a consulta por cuadro de inicio insidioso de disnea progresiva de leve a moderada intensidad y pérdida de 2 Kg de peso en los últimos dos meses, sin astenia ni otros síntomas.

Exploración física: Normal, no signos semiológicos que sugieran patología. Contantes vitales normales. SatO₂: 97% basal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Radiografía de tórax: Patrón intersticial difuso bilateral de aspecto micronodular.
- Tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR): Extenso patrón intersticial bilateral y difuso

micronodulillar. Nódulo mal delimitado en LII. Adenopatía hilar izquierda. Derrame pleural bilateral.

- Toracocentesis guiada con Ecografía: Exudado linfocítico. No células malignas.
- Micobacterias: Baciloscopia, cultivo y PCR TBC: Negativo.
- VIH: Negativo.
- Estudio de Autoinmunidad: Normal.
- Fibrobroncoscopia: No lesiones endoluminales. BAL en LM: S. maltophila, tratada con Trimetropim/Sulfametoxazol según antibiograma. Citología: Negativa para malignidad. Predominio PMN. Cociente CD4/CD8: 0,4%
- Tomografía por emisión de positrones (PET-TAC): Patrón micronodular pulmonar bilateral con captación patológica medida por valor estandarizado de captación máxima (Suv-max): 3,9. Imagen nodular mal definida en LII con Suv-max: 4,5. Adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales, la más hipermetabólica hilar izquierda Suv-max: 4,7. Siguiere: Patología inflamatoria - infecciosa tipo Sarcoidosis sin poder descartar procesos neoplásico.
- Ecobroncoscopia Lineal (EBUS): Adenopatías puncionadas: 4R, 11R, 4L y 11L: Resultados preliminares: Carcinoma pulmonar No microcítico. No se realiza EBUS radial del nódulo.

DISCUSIÓN:

Tras evaluar las diferentes opciones diagnósticas, se dirigió el estudio mediante exploraciones complementarias inicialmente encaminadas a descartar patología infecciosa y autoinmune, por la mayor prevalencia de las mismas en relación con los hallazgos obtenidos en las pruebas de imagen (1). Tras descartar estas opciones diagnósticas, fue preciso la toma de muestras de anatomía patológica mediante biopsia ganglionar, llegando al diagnóstico definitivo de: Linfangitis carcinomatosa por cáncer pulmonar no microcítico tipo Adenocarcinoma de pulmón estadio IV. La paciente está en la actualidad recibiendo tratamiento quimioterápico.

¹ Facultativo Especialista de Área en Neumología. Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España.

² Coronel Médico Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital General de la Defensa. Zaragoza, España.

Dirección para correspondencia: Dra. Laura Anoro Abenoza, Vía ibérica 1, Servicio de Neumología; Hospital General de la Defensa de Zaragoza; Código postal: 50009; Teléfono: 976305000, E-mail: lauraanoro@hotmail.com

Recibido: 14 de enero de 2019

Aceptado: 20 de mayo de 2020

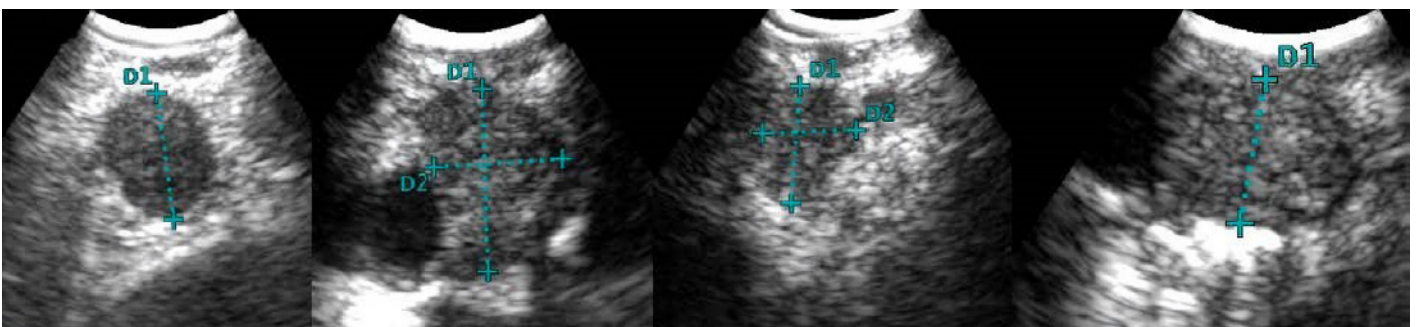
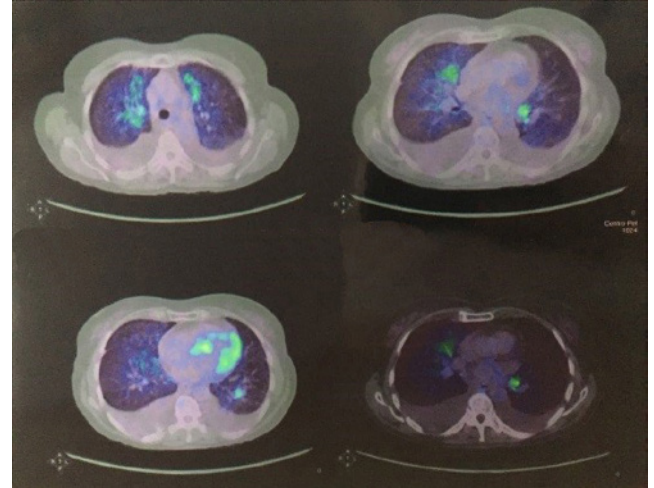
doi: 10.4321/S1887-85712022000100005

Patrón micronodulillar pulmonar bilateral ¿Variedad de posibilidades?

La presentación del adenocarcinoma pulmonar mediante un patrón micronodular bilateral en las pruebas de imagen, además asociado a una escasa sintomatología clínica como ocurre en este caso, aunque está descrita es extremadamente infrecuente (2). Recomendamos tener presente esta opción diagnóstica debido a las implicaciones pronósticas que conlleva (3).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Alta resolución en TC de pulmón. W. Richard Webb, MD, Nestor L. Müller, MD, David P. Naidich MD. Capítulo 3, Tabla 3-6, p 99.
2. The small nodular pattern of primary and secondary lung neoplasia. Radiology, 19 (1979), pp. 475-482.
3. Nodular ground-glass opacity at this-section CT: histologic correlation and evaluation of change at follow-up Radiographics, 27 (2007), pp. 391-408.



Estación 4R

Estación 11R

Estación 4L

Estación 11L