

SEMINARIO 1

Paciente de 63 años de edad remitido desde Atención Primaria por presentar anemia ferropénica que no responde al tto. con suplementos oral de Fe⁺⁺ durante 2 meses.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Exfumador de 30 cig/día, bebedor de alcohol en las comidas, cardiopatía isquémica con IMA inferior en 1989 por lesión de 2 vasos coronarios con angor de esfuerzo II/IV no siendo revascularizable por tener malos lechos disales y controlado por especialista. Dislipemia, diabetes mellitas tipo II, tuberculosis pulmonar residual, intervenido de ulcus gástrico con técnica de Billrhot II. Medicación actual: Tardyferon, AAS, Nitradur, Zarator, Coronar, Glucobay.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde hace dos meses presentaba debilidad generalizada con astenia, anorexia y aumento de su disnea habitual que llegó a ser de mínimos esfuerzos (grado III/IV). Se practicó una analítica sanguínea donde se observó una anemia ferropénica por lo que se inició tto. con Fe oral. No existía sangrado digestivo alto, melenas, rectorragias, dispepsia, acidez ni reflujo gastro-esofágico.

No existían cambios en el hábito intestinal en los últimos meses, dolor abdominal ni diarreas.

EXPLORACION FISICA

Destacaba la presencia de palidez muco-cutánea. No se palpaban adenopatías periféricas.

AC: rítmica sin soplos.

AP: murmullo vesicular conservado.

Abdomen y resto de exploración sin hallazgos significativos.

EXPLORACION COMPLEMENTARIA

Hemograma: Leucocitos 6.200 con formula normal, Hb 7.2, VCM 73, HCM 23, Plaquetas 115.000.

Bioquímica: glucosa 154, GGT 112, Colesterol 111, resto normal.

Marcadores tumorales normales.

Rx tórax: engrosamiento pleural apical derecho y pérdida de volumen en LSD (**Imagen 1**).

1. ¿QUE OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS ESTARIA INDICADO SOLICITAR?

1. Endoscopia digestiva alta y colonoscopia.
2. TAC torax.
3. Broncoscopio.
4. Todas ellas.
5. Solo la 1.

TAC torácico: masa pulmonar en LSD de 6x5x3 de bordes espiculados que estenosa el bronquio del LSD sin producir atelectasia y que afecta la pleura parietal junto con 1ª y 2ª costilla derecha. Existe una adenopatía retrocava de 1.5 cm en área 4R. No existen

nódulos pulmonares ni pleurales. No se aprecian metástasis adrenales o hepáticas. **(Imagen 2).**

Se transfundieron 2 unidades de concentrado de hematíes mejorando la sintomatología.

2. ¿CUALES PODRIAN SER LAS CAUSAS DE ESTE CUADRO CLINICO?

1. Tuberculosis pulmonar
2. Neoplasia pulmonar
3. Neoplasia gástrica
4. Neoplasia colon
5. Todas ellas

Endoscopia digestiva alta: gastrectomía Bilroth II. Biopsia: gastritis aguda y crónica con intensos cambios regenerativos epiteliales.

Colonoscopia hasta ciego: normal.

Broncoscopio flexible: Infiltrado de pared de bronquio LSD siendo el diagnóstico citológico de Carcinoma epidermoide de pulmón. El estudio microbiológico del BAS mostró flora habitual.

Rastreo óseo: normal

3. ¿CUAL SERIA EL ESTADIO TUMORAL CLINICO INICIAL DE ESTE CANCER DE PULMON?

1. T1 N0 M0 (IA)
2. T2 N1 M0 (IIB)
3. T3 N1 M1 (IIIA)
4. T3 N2 M0 (IIIA)
5. Ninguna de ellas

4. ¿CUAL SERIA EL PLAN TERAPEUTICO MAS APROPIADO ?

1. Cirugía sólo
2. Quimioterapia sólo
3. Quimioterapia de inducción y cirugía posterior
4. Radioterapia sólo
5. Tto paliativo exclusivamente.

Se administraron 3 ciclos de quimioterapia según esquema mitomicina C, ifosfamida y cisplatino (MIP).

TAC tórax tras finalizar la quimioterapia: masa en vértice LSD que contacta con pared torácica habiéndose reducido su tamaño, no existen adenopatías mediastínicas, siendo el nuevo estadio clínico T3N0M0 (IIB) **(Imagen 3).**

5. ¿SEGÚN EL PLAN TERAPUETICO, QUE OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS SERIA NECESARIO PRACTICAR AL FINALIZAR LA QUIMIOTERAPIA?

1. Pruebas funcionales respiratorias.
2. Valoración cardiológica y ecocardiograma.
3. PET (Positron emission tomography)
4. Broncoscopia flexible.
5. La 1, 2 y 4.

Valoración cardiológica: Se trata de un paciente estable sin angina ni signos de insuficiencia cardiaca, normotenso y sin arritmias y con Ecocardiograma normal. El test de esfuerzo es anormal con cargas media-alta (7 Mets) con aparición de angor e isquemia a partir del minuto 6 de ejercicio y con recuperación precoz tras el cese del ejercicio, por lo que su capacidad funcional útil es aceptable para la cirugía pulmonar.

Pruebas funcionales respiratorias preope:

- CVF: 2.790 ml (75%)
- FEV1: 2.030 ml (70%)
- PO2 85, PCO2 36, Ph 7.4

Se programa para intervención quirúrgica y de acuerdo con el protocolo preoperatorio se retira el antiagregante plaquetario 4 días antes de la cirugía. Además en el preoperatorio inmediato se administra heparina de bajo peso molecular (HBPM), una cefalosporina de 2 generación (cefuroxima) y un ansiolítico (diazepam).

6. ¿QUE TIPO DE INTERVENCIÓN SERÍA LA INICIALMENTE INDICADA?

- 1- Neumonectomía derecha.
- 2- Neumonectomía derecha con resección costal.
- 3- Lobectomía superior derecha con resección costal.
- 4- Segmentectomía pulmonar típica.
- 5- Pleuro-freno-pericardio-neumonectomía derecha.

La CIRUGIA se llevó a cabo antes de los dos meses de finalizar la quimioterapia, mediante toracotomía posterolateral derecha por 4º espacio intercostal (**Imagen 4**). Los hallazgos operatorios fueron un tumor a nivel del segmento apical del LSD que se extendía al vértice torácico afectando a la 1 y 2 costilla. La técnica practicada fue lobectomía superior derecha con resección de 1 y 2 costilla y sus espacios intercostales en el arco posterior y lateral, añadiendo una disección sistemático del mediastino.

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA.

El paciente se pudo extubar en la unidad de Reanimación a las 5 h de finalizar la cirugía. El debito líquido y de aire por ambos drenajes pleurales era escaso. La evolución inicial fue muy favorable siendo dado de alta de la Unidad de Reanimación a las 24 h) (**Imagen 5**).

A las 30 h. de postoperatorio desarrolla un cuadro de insuficiencia respiratoria con taquipnea, SaO2 88% a FiO290%, y abundantes ronus bronquiales bilaterales. Se

práctica broncoscopia flexible objetivando la sutura bronquial en buen estado, con abundantes secreciones bronquiales purulentas bilaterales y traqueobronquitis difusa bilateral con edema y eritema.

En la analítica sanguínea aparece leucocitosis con desviación izquierda.

El estudio microbiológico del broncoaspirado diagnostica la presencia de gérmenes bacilares encapsulados gram negativos. Se inicia tto. antibiótico empírico con Ciproflxacino iv.

Tras la fibrobroncoscopia la AP detecta crepitantes bilaterales.

La radiografía tórax en esta ocasión muestra un discreto infiltrado intersticial en LII y en LMD (**Imagen 6 y 7**).

Con el fin de facilitar la aspiración de secreciones respiratorias y el aporte de oxígeno se practicó una minitraqueotomía, bajo anestesia local, en el espacio crico-tiroideo (**Imagen 8**).

La evolución respiratoria empeora por lo que se traslada a la Unidad de Reanimación precisando ventilación mecánica controlada por lo que se amplió la traqueotomía percutánea para permitir una intubación cervicotraqueal.

El cultivo de las secreciones respiratorias (BAS) informa de la presencia de Pseudomonas aeruginosa en cuantía de 10x6 UFC, siendo sensible al Ciprofloxacino.

Sin embargo, la evolución fue rápidamente desfavorable presentado anuria, hipotensión arterial refractaria, acidosis metabólica y parada cardiocirculatoria lo que motivó el exitus a las 48 de la resección pulmonar en el contexto de una neumonía postoperatoria por gérmenes Gram negativos.

La ANATOMIA PATOLOGICA de la pieza de resección quirúrgica fue Carcinoma Epidermoide de pulmón, moderadamente diferenciado, con infiltración de 1-2 costilla y ganglios hilio mediastínicos libres de infiltración tumoral.

El estadio patológico fue de T3N0M0 (IIB).

7. ¿QUE TECNICA DIAGNOSTICA QUEDO PENDIENTE DE REALIZAR EN ESTE CASO?

- a. Angioresonancia magnética torácica
- b. Necropsia.
- c. PET.
- d. Colonoscopia postoperatoria.
- e. No quedó por realizar ninguna técnica