



LA IMAGEN DEL MES

Dolor torácico y disnea en una paciente con nódulos pulmonares bilaterales



Chest pain and dyspnoea in a patient with bilateral pulmonary nodes

María Fernández, Raquel Ferreira, Joaquín Fra y Álvaro Sanz*

Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España

Mujer de 84 años estudiada por padecer síndrome constitucional con una pérdida de peso superior al 10% y rectorragia. En los análisis se evidenciaron niveles elevados de CEA (935) y CA19.9 (426). La TAC mostró un engrosamiento de la pared del colon izquierdo que condicionaba una estenosis de la luz y se asociaba a una probable infiltración local y a la presencia de adenopatías regionales. También se encontraron numerosas lesiones hepáticas (fig. 1) y nódulos pulmonares bilaterales de hasta 1,6 cm, algunos de ellos cavitados (fig. 2). Los datos clínicos y radiológicos eran compatibles con la sospecha diagnóstica de neoplasia de colon metastásica. A pesar de la recomendación de completar el estudio, la paciente no llegó a realizar una colonoscopia que hubiera permitido obtener una confirmación histológica. Dos meses más tarde ingresó desde urgencias por padecer de manera aguda dolor costal izquierdo y disnea de mínimos esfuerzos. También refería tos seca en los días previos. En la exploración llamaban la atención el deterioro físico, taquicardia de 127 lpm y taquipnea de 36 rpm. Los resultados de la gasometría arterial basal mostraron una insuficiencia respiratoria con pO_2 52 (saturación 86%), pCO_2 33 y pH 7,38.

La radiografía de tórax evidenció la presencia de un neumotórax izquierdo y nódulos pulmonares bilaterales (fig. 3). El tratamiento inicial fue la colocación de un tubo de drenaje torácico con aspiración que permitió que el pulmón se reexpandiera. Por desgracia la evolución de la paciente fue desfavorable y falleció a las 48 h del ingreso.



Figura 1 TAC abdominal: lesiones hepáticas múltiples, compatibles con metástasis; también se aprecia el engrosamiento de la pared del colon izquierdo.

Hasta el 1% de los neumotórax espontáneos, en ocasiones bilaterales¹ se pone en relación con la presencia de metástasis en el pulmón². La probabilidad de que aparezca un neumotórax espontáneo en el contexto de una neoplasia con afectación pulmonar depende del tipo histológico del tumor. Esta probabilidad se sitúa por debajo del 0,1% en neoplasias primarias del pulmón³, pero llega a alcanzar el 7% en algunos tipos de sarcoma⁴; también se describe una incidencia mayor en neoplasias de estirpe germinal¹. Se supone que este tipo de neumotórax aparece como

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asrubiales@hotmail.com (Á. Sanz).



Figura 2 TAC torácico: nódulo pulmonar izquierdo cavitado.



Figura 3 Radiografía de tórax en que se aprecia un neumotórax izquierdo junto con nódulos pulmonares bilaterales.

consecuencia de la rotura de una metástasis subpleural necrótica o cavitada que crea una solución de continuidad entre el bronquio y la cavidad pleural⁵. Este fenómeno puede estar favorecido por el efecto del propio tratamiento oncológico con quimioterapia^{1,3,4} o inhibidores de la angiogénesis como bevacizumab⁶ o pazopanib⁷. . . En esta paciente suponemos que el desarrollo del neumotórax se debió a que la presencia de una metástasis cavitada que

infiltraba la pleura (fig. 2), junto con los esfuerzos debidos a la tos persistente, pudo favorecer la aparición de una fístula bronco-pleural. Aunque se ha sugerido que la aparición de un neumotórax espontáneo en un enfermo con metástasis pulmonares puede empeorar el pronóstico⁸, no es algo que se acepte en todos los casos. Por lo demás, el tratamiento del neumotórax espontáneo debido a la presencia de metástasis pulmonares no difiere del que se plantea en otros escenarios.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Srinivas S, Varadhachary G. Spontaneous pneumothorax in malignancy: a case report and review of the literature. *Ann Oncol.* 2000;11:887-9.
2. Fayda M, Kebudi R, Dizdar Y, Gorgun O, Gun F, Aksu G, et al. Spontaneous pneumothorax in children with osteosarcoma: Report of three cases and review of the literature. *Acta Chir Belg.* 2012;112:378-81.
3. Stein ME, Haim N, Drumea K, Ben-Itzhak O, Kuten A. Spontaneous pneumothorax complicating chemotherapy for metastatic seminoma A case report and a review of the literature. *Cancer.* 1995;75:2710-3.
4. Fiorelli A, Vicidomini G, Napolitano F, Santini M. Spontaneous pneumothorax after chemotherapy for sarcoma with lung metastases: Case report and consideration of pathogenesis. *J Thorac Dis.* 2011;3:138-40.
5. Lee MJ, Kim EK, Kim MJ, Kwak JY, Hong S, Park CS. Spontaneous pneumothorax in metastatic thyroid papillary carcinoma. *J Clin Oncol.* 2007;18:2616-8.
6. Zhang Y, Yang H, Zhao M, He J. Bilateral pneumothorax after bevacizumab-containing chemotherapy in fibrosarcoma. *J Thorac Dis.* 2012;4:229-31.
7. Verschoor AJ, Gelderblom H. Pneumothorax as adverse event in patients with lung metastases of soft tissue sarcoma treated with pazopanib: A single reference centre case series. *Clin Sarcoma Res.* 2014;4:14.
8. Hoag JB, Sherman M, Fasihuddin Q, Lund ME. A comprehensive review of spontaneous pneumothorax complicating sarcoma. *Chest.* 2010;138:510-8.