

ANATOMÍA PATOLÓGICA
CASOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 1:

Varón de 22 años trabajador de la construcción, fumador de 35 cigarrillos diarios desde los 13 años. Dice que en su infancia fue tratado durante un tiempo por asma (ventolin) aunque ya hace muchos años que no ha tenido síntomas ni ha requerido tratamiento. Resto de antecedentes sin interés.

El motivo de la consulta es por un cuadro de varios meses de evolución de disnea de moderados esfuerzos (al andar unos 150 metros) con autoescucha de sibilancias. Al cuadro se acompaña de tos sin expectoración y dolor en hemitórax izquierdo punzante que empeoraba con la respiración profunda y con los movimientos del tronco, sugestivo de origen pleurítico.

Se le prescribe antibioterapia empírica con penicilinas de amplio espectro ante la sospecha de proceso infeccioso, pero tras una pauta de seis días el paciente no mejora y acude a urgencias. A la exploración destacaba disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo sin otros hallazgos relevantes.

La radiografía simple de tórax evidencia aumento de tamaño del hilio izquierdo, mal definido y borrado, con aumento también mal definido de la región paratraqueal izquierda. Se revisan exploraciones previas y se informa que estos hallazgos no estaban presentes.

Ante la presentación clínica y hallazgos radiológicos, se decidió ingreso en planta de Neumología para completar estudio.

El TCtoracico-abdomino-pélvico objetiva una masa hilar izquierda de 5,2 x 5,4 de densidad heterogénea, numerosas áreas hipodensas sugestivas de necrosis. Hay extensión a mediastino en la ventana aortopulmonar y espacio paratraqueal izquierdo bajo en estrecho contacto con el bronquio principal izquierdo.

La broncoscopia informa de una tumoración endobronquial polilobulada de toda la circunferencia del bronquio principal. Se toman biopsias sin complicaciones.

1. La información aportada en la Historia Clínica hasta este momento es suficiente para orientar el caso. ¿Requeriría algo más?
2. El estudio histológico informa de proliferación difusa de tamaño pequeño e intermedio, indiferenciadas, con núcleos de tamaño medio, irregular, cromatina granular y ocasionales nucléolos. Se acompaña de una intensa reacción inflamación aguda, muy característica de este tipo tumoral. Ante esta descripción ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que usted establece?
3. Qué panel de tinción histológica y/o inmunohistoquímica pediría a una muestra biológica sólida de este paciente.
4. ¿Llegaría a un diagnóstico concluyente con lo recopilado hasta este momento? ¿Ampliaría el panel diagnóstico con pruebas moleculares? ¿Cuáles?

ANATOMÍA PATOLÓGICA
CASOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 2:

Mujer de 46 años, fumadora desde los 16 hasta los 30 años de 20 cigarrillos día. Es seguida en consulta de neumología por asma y desde hace un año en consulta monográfica de enfermedades intersticiales por sarcoidosis con pauta de corticoesteroides.

En el último control por seguimiento, se descubre en el TC de tórax un pseudonódulo localizado en lóbulo superior derecho, que mide 13x11 mm y presenta una mínima cavitación central. Por PET-TC de Tórax y abdomen (F18.FDG), dicha lesión muestra un metabolismo glicolítico elevado (SUVmáx. 13.40), sugestivo de malignidad.

Dada la información radiológica y el carácter solitario de la lesión se decide realizar una resección atípica del pseudonódulo, se envía una biopsia intraoperatoria y se toma muestra para cultivo microbiológico. Los cirujanos torácicos describen pulmón con antracosis generalizada, zonas de fibrosis en todos los lóbulos y un nódulo duro, móvil de 2 cm, acompañado de adenopatías duras y fibrosas en grupos 8 y 4.

1. La información aportada en la Historia Clínica hasta este momento es suficiente para orientar el caso. ¿Requeriría algo más?
2. El estudio macroscópico describe nódulos bien definidos que generalmente presentan necrosis central y cavitación, sin calcificaciones.
3. El examen microscópico muestra un parénquima pulmonar con inflamación crónica granulomatosa necrotizante, con histiocitos en empalizada, junto a células gigantes multinucleadas que contienen organismos intracelulares. Se observan múltiples esporas fúngicas, redondeadas, grisáceas o eosinófilas con refuerzo capsular (halo refráctil) y gemación única. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que usted establece?
4. Qué panel de tinción histológica y/o inmunohistoquímica pediría a una muestra biológica sólida de este paciente.
5. ¿Llegaría a un diagnóstico concluyente con lo recopilado hasta este momento? ¿Ampliaría el panel diagnóstico con pruebas moleculares? ¿Cuáles?

ANATOMÍA PATOLÓGICA
CASOS PRÁCTICOS

CASO CLINICO 3:

Varón de 46 años con clínica de lumbociatalgia irradiada a pie izquierdo de manera no permanente de varios años de evolución. La resonancia magnética muestra una lesión ocupante de espacio intracanal y extraaxial de 4.8 x 4.1 x 3.2 cm, bien delimitada, heterogénea en secuencias T1 y T2, que capta contraste y depende de la raíz nerviosa S1 izquierda, sugestiva de neurinoma. Se realiza hemilaminectomía izquierda de L5, S1, S2 y S3, observándose una tumoración negruzca azulada que se extirpa de forma incompleta por ser muy sangrante de 3 litros. El diagnóstico macroscópico de Anatomía Patológica dice: múltiples fragmentos irregulares pardos oscuros de 6 x 5 x 1 cm. que se incluyen en su totalidad en 1 bloque.

1. La información aportada en la Historia Clínica hasta este momento es suficiente para orientar el caso. ¿Requeriría algo más?
2. Los hallazgos histopatológicos comprenden células epitelioideas a fusiformes, dispuestas en fascículos cortos entrecruzados, con núcleos atípicos redondos u ovoides, a veces de carácter vesiculoso, con nucleolo prominente y pigmento melánico intracitoplasmático. Desde el punto de vista de la inmunohistoquímica, expresan S100, HMB45, Melan A, SOX10 y p16 de forma variable, con un índice proliferativo (Ki67) mayor al 5%. El estudio de colágeno tipo IV (CIV22+PHM-12) y laminina muestra un patrón de tinción en membrana basal que rodea grupos de células tumorales
3. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que usted establece?
4. Qué panel de tinción histológica y/o inmunohistoquímica pediría a una muestra biológica sólida de este paciente.
5. ¿Llegaría a un diagnóstico concluyente con lo recopilado hasta este momento? ¿Ampliaría el panel diagnóstico con pruebas moleculares? ¿Cuáles?