

Caso clínico

07/06/23

SARAY SUÁREZ GARCÍA

PAULA DIOS DÍEZ

Varón de 61 años...

Remitido a la consulta para estudio de adenopatías mediastínicas.

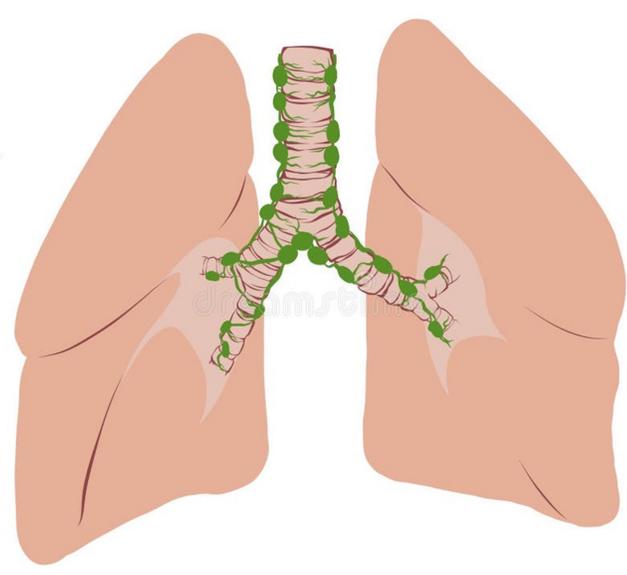
ANTECEDENTES PERSONALES:

- No alergias farmacológicas.
- Vida activa. Medio urbano. Trabajó como minero de interior durante 13 años (Silicosis simple).
- Exfumador de 10 paquetes/año.
- FRCV: HTA grado I. Diabetes mellitus tipo 2 buen control. Dislipemia. Esteatosis hepática.
- Adenocarcinoma de colon descendente estadio III (pT3 N1a M0) intervenido 1 mes antes de la valoración en consulta (diagnóstico tras cribado SOH).
- Hipertrofia benigna de próstata.
- Hernia de hiato.
- Tratamiento habitual: losartán/HCT 50/12.5 1-0-0, atorvastatina 10 mg 0-0-1, metformina 1-1-0, tamsulosina 0.4 mg 0-0-1.

Varón de 61 años...

ENFERMEDAD ACTUAL:

En el estudio de extensión de la neoplasia de colon izquierdo se objetivan unos conglomerados adenopáticos hiliares bilaterales y subcarinales. El paciente está asintomático desde el punto de vista respiratorio, no tiene síndrome general ni fiebre.



Varón de 61 años...

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 127/83, FC 75 lpm, peso 78, talla 173.

- Buen estado general. Eupneico en reposo. Bien perfundido e hidratado.
- No se palpan adenopatías periféricas.
- No lesiones cutáneas.
- Cavidad oral: piezas dentales en buen estado. Mucosa íntegra.
- ACP: rítmico, no soplos. Mvc.
- Abdomen: blando, no doloroso, cicatriz laparoscopia en proceso de cicatrización.
- EEl: sin hallazgos.



Pruebas complementarias



Pruebas complementarias

Análisis de sangre:

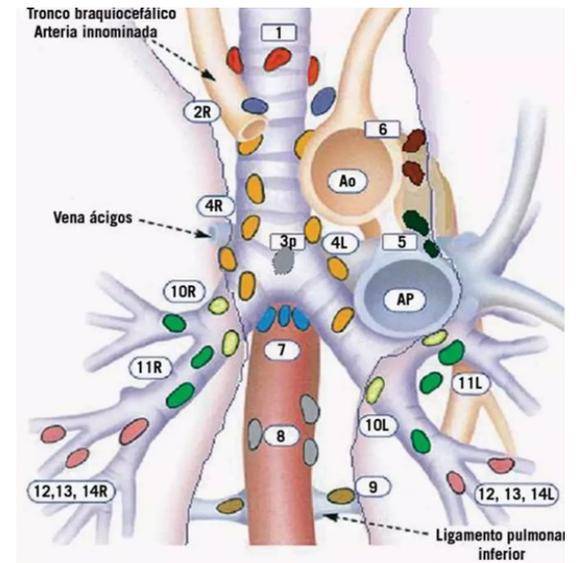
- Bioquímica: glucosa 142, Hb1AC 6.7%, PCR 30, VSG 26, LDL 89, HDL 36, GOT 35, GPT 41, FA 140, GGT 32.
- Hemograma: Hb 13.1, plaquetas 167000, leucos 8300 (fórmula normal).
- Coagulación normal.

ECG: ritmo sinusal a 81 lpm. Eje QRS estrecho a 0°. Sin alteraciones de la repolarización.

Pruebas complementarias

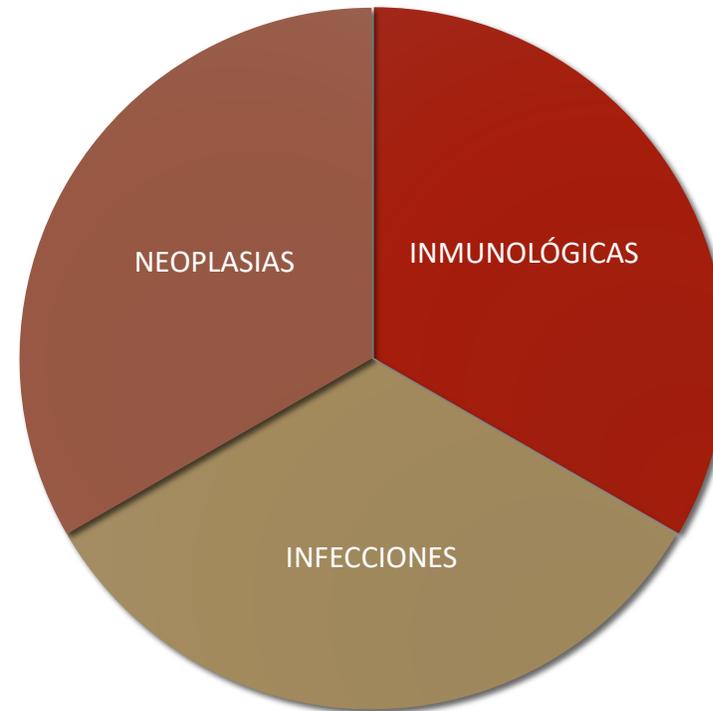
TC tórax y abdomen:

Posible bocio multinodular con crecimiento intratorácico a expensas de LTI asocia signos de compresión traqueal. Conglomerados adenopáticos mediastínicos parcialmente calcificados, el más significativo en región pretraqueal retrocava mide 29x27 mm de diámetro. Conglomerados adenopáticos hiliares, el más significativo en hilio pulmonar derecho mide 28 mm de diámetro. Conglomerado adenopático subcarinal en la porción cefálica de receso pleuroácigoesofágico parcialmente calcificado de 35x23 mm de diámetro. Pequeña hernia de hiato. Signos de afectación intersticial, inespecífica desde punto de vista radiológico, con presencia de una masa de contornos espiculados hilar derecha u múltiples lesiones nodulares a valorar relación con la clínica, analítica y antecedentes clínicos profesionales del paciente. Esteatosis hepática. Litiasis biliar. Quistes renales bilaterales. Ateromatosis aortoiliaca. Adenopatías subcentimétricas retroperitoneales y en raíz del mesenterio. Hipertrofia de próstata.



RESUMEN

- 61 años.
- Silicosis simple.
- Adenocarcinoma de colon descendente estadio III.
- Conglomerados adenopáticos mediastínicos



Neoplasias

ADENOPATÍAS PRIMARIAS

- Linfoma
- Leucemia (LLC)
- Enfermedad de Castleman



ADENOPATÍAS METASTÁSICAS

- Pulmón
 - Mama
 - Melanoma
 - Mesotelioma maligno
 - Renal
 - Testicular
 - Cabeza y cuello
 - Primario desconocido
- PRIMARIO INTRATORÁCICO
- PRIMARIO EXTRATORÁCICO

Neoplasias

ADENOPATÍAS PRIMARIAS

- Linfoma
- Leucemia (LLC)
- Enfermedad de Castleman

Enfermedad de Hodgkin

- 25% limitada al tórax.
- Más frecuente con adenopatías cervicales y supraclaviculares asociadas.
- Variante más frecuente: esclerosis nodular.
- Puede existir afectación parenquimatosa.

Linfoma no Hodgkin

- Más frec. Linfoma de células grandes y linfoblástico.
- Adultos jóvenes.
- Extensión extratorácica frecuente.

Neoplasias

ADENOPATÍAS PRIMARIAS

- Linfoma
- Leucemia (LLC)
- Enfermedad de Castleman



Enfermedad de Castleman

- Hiperplasia linfoide angiofolicular.
- Pacientes <30 años.
- Calcificaciones centrales y realce en anillo.

Neoplasias

Carcinoma broncogénico

- Mayor frecuencia de adenopatías mediastínicas.
- ¿Masa de contornos espiculados?
-> Microcítico vs escamoso
- Ex fumador



ADENOPATÍAS METASTÁSICAS

- Pulmón
 - Mama
 - Melanoma
- PRIMARIO INTRATORÁCICO
- Mesotelioma maligno
 - Renal
 - Testicular
 - Cabeza y cuello
 - Primario desconocido
- PRIMARIO EXTRATORÁCICO

Neoplasias

Adenocarcinoma de colon

- ADC III (pT3 N1a M0) colon descendente.
- Diseminación linfática y hematológica, aunque poco probable en este caso.

ADENOPATÍAS METASTÁSICAS

- Pulmón
 - Mama
 - Melanoma
 - Mesotelioma maligno
 - Renal
 - Testicular
 - Cabeza y cuello
 - Primario desconocido
- PRIMARIO INTRATORÁCICO
- PRIMARIO EXTRATORÁCICO
-

Infecciones

COMUNES

- Tuberculosis
- Fúngicas: histoplasmosis, coccidiomicosis

**Frecuente en VIH en fase de inmunodepresión severa*

NO COMUNES

- Virales: VEB
- Bacterianas: ántrax, tularemia, yersinia pestis.

TBC

- Presentación variada, síndrome constitucional.
- Granuloma caseificante con necrosis central.
- Calcificación ganglionar

Infecciones

COMUNES

- Tuberculosis
- Fúngicas: histoplasmosis, coccidiomicosis

**Frecuente en VIH en fase de inmunodepresión severa*

NO COMUNES

- Virales: VEB
- Bacterianas: ántrax, tularemia, yersinia pestis.

Histoplasmosis mediastínica

- Hongo dimórfico. Escasos casos en Europa.
- Inflamación y necrosis de los ganglios linfáticos mediastínicos, con compromiso de estructuras subyacentes. Puede persistir durante años.
- Adenopatías calcificadas.
- En inmunocompetentes suele ser asintomática.

Infecciones

COMUNES

- Tuberculosis
- Fúngicas: histoplasmosis, coccidiomicosis

**Frecuente en VIH en fase de inmunodepresión severa*

NO COMUNES

- Virales: VEB
- Bacterianas: ántrax, tularemia, yersinia pestis.

Coccidiomicosis

- Hongo dismórfico.
- Distribución: América
- En casos agudos, clínica sistémica. Menos del 5% cronifican (nódulos, fibrocavitación...). Afectación parenquimatosa.

Infecciones

COMUNES

- Tuberculosis
- Fúngicas: histoplasmosis, coccidiomicosis

**Frecuente en VIH en fase de inmunodepresión severa*

NO COMUNES

- Virales: VEB
- Bacterianas: ántrax, tularemia, yersinia pestis.

Otras

INFLAMATORIAS

- Sarcoidosis
- Silicosis
- Neumoconiosis del minero de carbón
- Exposición a asbesto
- Beriliosis crónica
- GPA
- Neumonía intersticial
- Enfermedad vascular del colágeno



Sarcoidosis

- Pacientes jóvenes con múltiples conglomerados.
- Enfermedad granulomatosa (no necrotizante).
- Mujeres entre 20-40 años.
- Afectación pulmonar en el 95% de los casos.
- Adenopatías intratorácicas en el 80-90%.
Las más frecuentes hiliares, bilaterales y simétricas.

Otras

INFLAMATORIAS

- Sarcoidosis
- Silicosis
- Neumoconiosis del minero de carbón
- Exposición a asbesto
- Beriliosis crónica
- GPA
- Neumonía intersticial
- Enfermedad vascular del colágeno



Silicosis

- EPID por inhalación de sílice.
- Silicosis simple con nódulos de <1 cm (lóbulos superiores).
- Adenopatías hiliares bilaterales con calcificación en cascara de huevo.
- Puede progresar a silicosis complicada.
- Pueden presentar con mayor frecuencia TBC, neoplasias pulmonares enfermedades inmunológicas.

Otras

INFLAMATORIAS

- Sarcoidosis
- Silicosis
- Neumoconiosis del minero de carbón
- Exposición a asbesto
- Beriliosis crónica
- GPA
- Neumonía intersticial
- Enfermedad vascular del colágeno



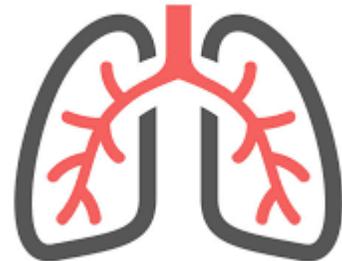
MISCELÁNEA

- Hiperplasia reactiva
- Amiloidosis
- Enfermedad de Whipple
- Neumonía eosinofílica crónica
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Linfadenopatía por fármacos

Impresión diagnóstica

Silicosis crónica con afectación intersticial
y tuberculosis ganglionar asociada.

¿Histoplasmosis?



Pruebas complementarias

- Completar analítica con calcio, proteínas totales y calcio en orina 24h. Subpoblaciones linfocitarias e inmunoglobulinas.
- Interferon gamma.
- Serología VIH.
- Broncoscopia con lavado (microbiología, anatomía patológica y subpoblaciones linfocitarias). Biopsia ganglionar.
- Pruebas funcionales respiratorias.

gracias

CASO CLÍNICO MEDICINA INTERNA

7 de junio de 2023

Saray Suárez García. R5 Medicina interna

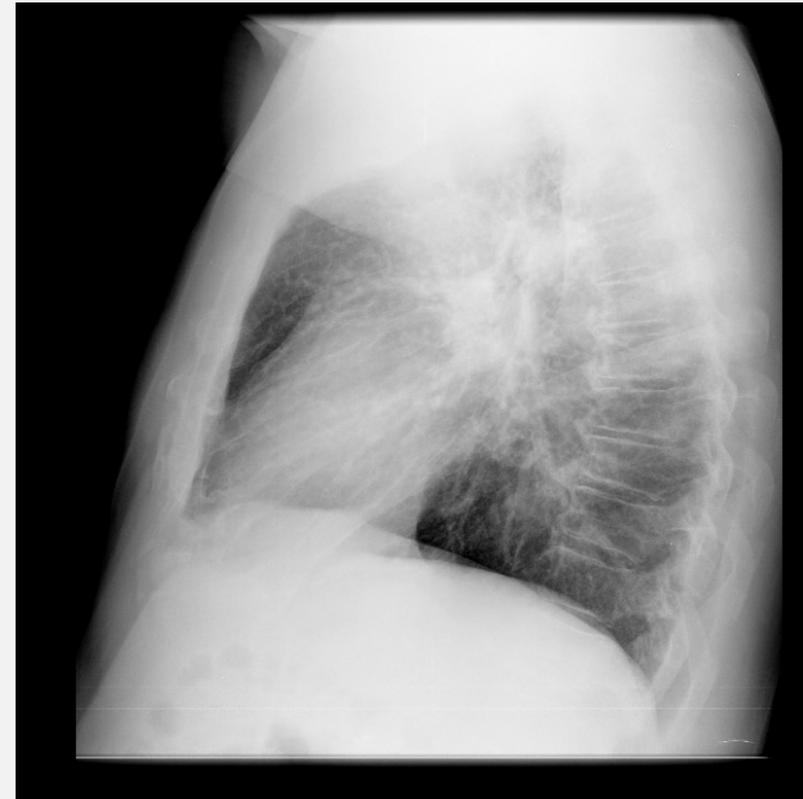
Paula Dios Díez. LE Medicina interna

RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

- Varón 62 años exfumador, silicosis simple y varios factores de RCV
- Postoperatorio neoplasia de colon descendente (estadio III -pT3 N1a M0-)

Adenopatías mediastínicas patológicas calcificadas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- TC tórax y abdomen:

Posible bocio multinodular con crecimiento intratorácico a expensas de LTI asocia signos de compresión tranqueal. Conglomerados adenopáticos mediastínicos parcialmente calcificados, el más significativo en región pretraqueal retrocava mide 29x27 mm de diámetro. Conglomerados adenopáticos hiliares, el más significativo en hilio pulmonar derecho mide 28 mm de diámetro. Conglomerado adenopático subcarinal en la porción cefálica de receso pleuroácigoesofágico parcialmente calcificado de 35x23 mm de diámetro. Pequeña hernia de hiato. Signos de afectación intersticial, inespecífica desde punto de vista radiológico con presencia de una masa de contornos espiculados hilar derecha y múltiples lesiones nodulares a valorar relación con la clínica, analítica y antecedentes clínicos profesionales del paciente. Esteatosis hepática. Litiasis biliar. Quistes renales bilaterales. Ateromatosis aortoiliaca. Adenopatía subcentimétricas retroperitoneales y en raíz del mesenterio. Hipertrofia de próstata.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- PET TAC:

Acúmulo de FDG en tercio medio del esófago que mide 1x1x1.2 cm y que se caracteriza por un SUVmáx de 7.9. Valorar junto con informe de la gastroscopia. En tórax se aprecia acúmulo en un nódulo 1.7x2.2x1.8 en segmento basal del óvulo superior de pulmón derecho con SUVmax de 7.53; y a nivel de numerosas adenopatías mediastínicas de predominio paratraqueal derecho (conglomerado de 3 cm son SUVmáx de 6.51) hiliares derechas con SUVmáx. de 4.58-7.13. **En conjunto sugiere estar en relación con el proceso inflamatorio crónico pulmonar en el contexto de paciente con silicosis conocida, sin embargo considerando la posibilidad de biopsiar alguna adenopatía y seguir el nódulo pulmonar.** Resto de la exploración sin hallazgos significativos de interés.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Gastroscoopia:

Lesión esofágica media de aspecto excrecente, sobreelevada y ulcerada de unos 2 cm. Impresiona de tener origen submucoso y que ocupa aproximadamente un tercio de la circunferencia, presentando en su cúspide una ulceración ovalada recubierta de material de color grisáceo. Se toma biopsias.

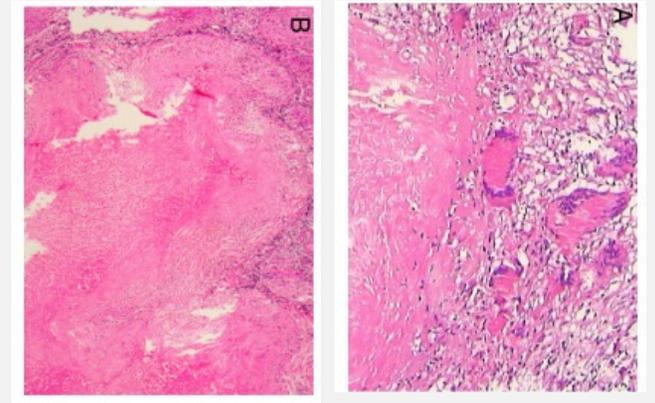
Khanna V, Kumar A, Alexander N, Surendran P. A case report on esophageal tuberculosis - A rare entity. Int J Surg Case Rep. 2017;35:41-43.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Biopsia esofágica:

Biopsia remitida muestra fragmentos revestidos por mucosa esofágica no displásica sin signos de malignidad. En zonas la mucosa aparece ulcerada objetivándose una **muy importante respuesta granulomatosa, submucosa, epiteliode, con mínima necrosis y con abscesificación zonal**. Con técnicas de ZiehlNeelsen, de Pas y de Grocott no se han objetivado bacilos ácido-alcohol resistentes ni hongos. Se ampliará informe con el resultado de estudio inunohistoquímico para leishmanias. **La biopsia remitida corresponde a un proceso granulomatoso submucoso del tipo de granulomas epitelioides supurativos, dicho proceso no es patognomónico de una enfermedad concreta y se deben descartar procesos infeccioso como una micobacteriosis (preferentemente micobacterias atípicas) o una micosis profunda**. También pueden verse este tipo de granulomas en la enfermedad de Crohn. En ningún caso se han objetivado malignidad en estos fragmentos. Se ampliará el informe con el resultado del estudio molecular para micobacterium tuberculosis así como para micobacterias atípicas.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Mantoux: positivo 15 mm.
- Serologías: negativas.
- Microbiología biopsia esofágica:
 - PCR micobacterias negativo *.
 - Cultivo micobacterias negativo.

* PCR micobacterias atípicas	
<i>Avium complex</i>	<i>Escrofulaceum</i>
<i>Chelonae</i>	<i>Szulgai</i>
<i>Abscessus complex</i>	<i>Interjectum</i>
<i>Fortuitum</i>	<i>Kansasii</i>
<i>Gordoniae</i>	<i>Malmoense</i>
<i>Intracelulare</i>	<i>Tuberculosis complex (africanum, bovis, calmette guerin, caprae, tuberculosis)</i>

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Ecoendoscopia (H. Río Hortega): adenopatía a nivel paraesofágico a 30 cm de la arcada dentaria), de 40 mm máximo, de bordes poco definidos, con pequeña zona hipoecogénica, sugestiva de necrosis, y cuyo polo inferior contacta con la pared esofágica (sugestivo de fistulización a través de la pared). Los hallazgos son compatibles con agregados adenopáticos de gran tamaño, con áreas de antracosis y posible sobreinfección por tuberculosis. Se realiza PAAF. A nivel del ligamento máximo, patrón hipoecogénico, de origen indeterminado sin poder descartar malignidad. Adyacente a la cabeza de páncreas se observan otras adenopatías de menor tamaño y de patrón ecogénico similar.
- Anatomía patológica ecoendoscopia: negativo para mg. Inflamación crónica granulomatosa no necrotizante en ambas, en las mediastínicas: depósito de material antracótico.
- Microbiología: BAAR negativo. PCR tuberculosis negativo. Cultivo micobacterias negativo.

TRATAMIENTO

- Rimstar 5 comprimidos por la mañana
- Claritromicina 500 mg cada 12 horas.
- Piridoxina comprimidos: 3 días a la semana.

- Tras 2 meses, continuamos con Rifinah 2 comprimidos cada 24 h y piridoxina hasta completar 6 meses.

DIAGNÓSTICO

- Infección ganglionar por probable micobacteria con fistulización esofágica
- Silicosis simple
- Adenocarcinoma de colon estadio III
- Los previos

EVOLUCIÓN

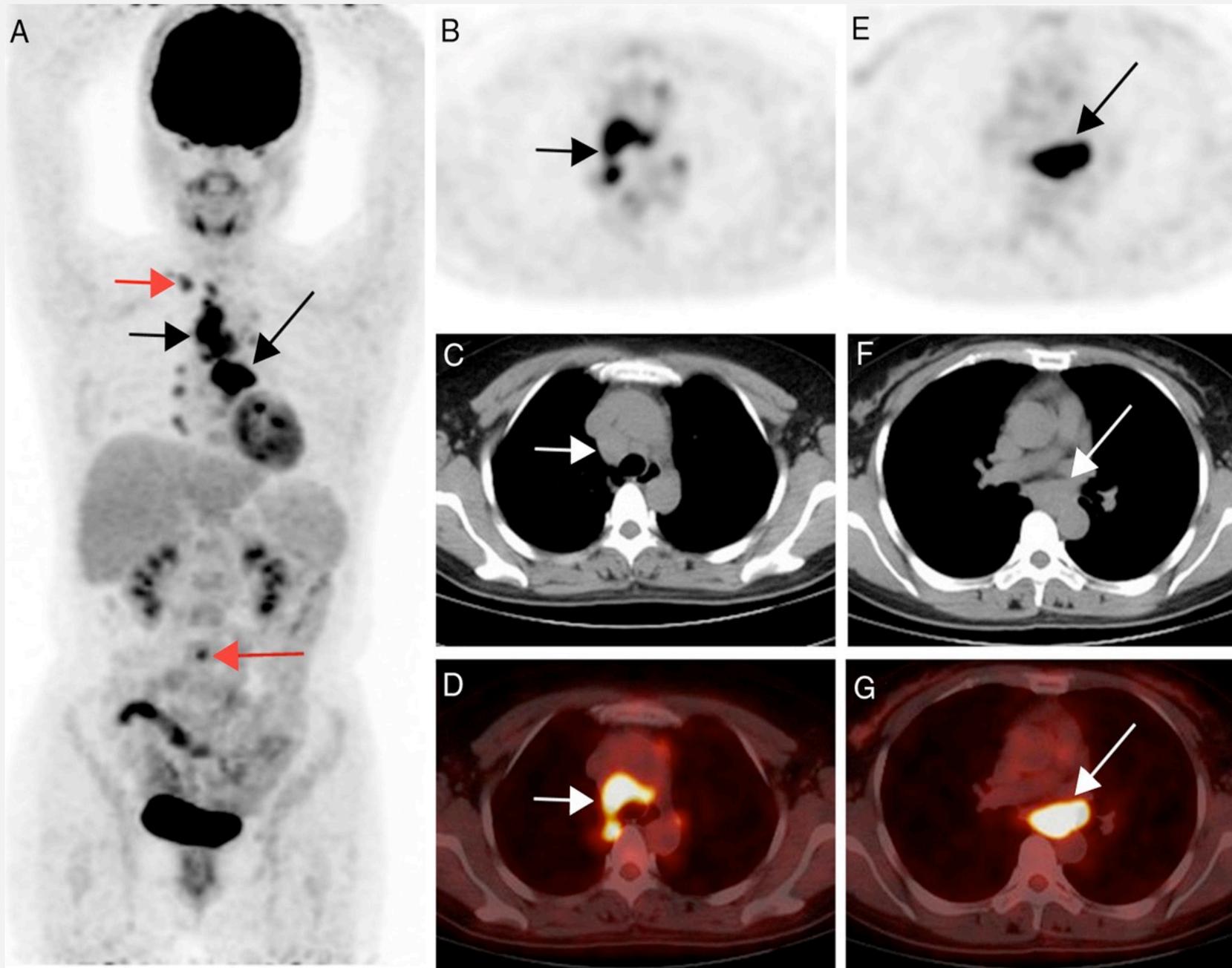
- Desaparición de las lesiones esofágicas y reducción de las adenopatías mediastínicas tras 6 meses de tratamiento (gastroscopias seriadas).
- La neoplasia progresa, el paciente fallece en julio de 2021.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

- Tuberculosis extrapulmonar 10-20% casos (hasta 75% en pacientes con VIH)
- Tuberculosis esofágica 0,15-2.8% de los casos de TBC extrapulmonar
- Síntomas: disfagia (90%), odinofagia, síndrome general, fiebre, tos...
- Generalmente la afectación esofágica es a partir de la afectación ganglionar
- El diagnóstico diferencial incluye neoplasia esofágica, E. Crohn e infección fúngica.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

- Típica la ulceración con márgenes irregulares y base grisácea con borde infiltrado irregular de esófago medio.
- **Endoscopia:**
 - lesiones ulcerativas (ulcerativas, 60% hipertrófica 10%, úlcero proliferativa 30%),
 - Estenosis
 - Fístulas... el diagnóstico diferencial incluye la neoplasia esofágica. Y enfermedad de Crohn e infección fúngica.
- Diagnóstico definitivo: **microbiológico** (PCR sensibilidad en extrapulmonar entre 27-81%).



- Puede ayudar a conocer la extensión
- Difícil diferenciar procesos neoplásicos

Autores	Casos	Clínica	Afectación	Otros
Hidalgo 2005	Mujer 79 años	Disfonía	Abscesos paraesofágicos+ fistulización	
Hidalgo 2005	Mujer 73 años	Disfonía+ disfagia	Estenosis esofágica+ fistula	Linfoma. Exitus.
Rozo-Ortiz 2020	Varón 40 años	Disfagia+ síntomas respiratorios	Pulmonar+ esofagitis	VIH
Garg R 2017	Mujer 57 años	Disfagia+ síndrome general	Diseminada	VIH
Martins M 2016	Mujer 82 años	Disfagia+ síndrome general	Esofágica primaria	
Kumar 2016	Mujer 60 años	Dolor retroesternal+ síndrome general		
Zuleta 2012	Varón 46 años	Sereción anorrectal+ epigastralgia		
Kumar	Varón 57 años	Disfagia	Esofágica	Trasplante renal
Bresky 2007	Varón 55 años	Síndrome genreal+epigastralgia	Pulmonar + esofágica	VIH

Autores	Casos	Clínica	Afectación	Otros
Xu 2020	Mujer 42 años	Disfagia, vómitos.	Estenosis esofágica- ganglionar	
Sala Lozano 2011	Varón 73 años	Disfagia+ síndrome general	Pulmonar+ esofágica	Chagas
Manrique 2014		Hematemesis	No visualizo	
Moreno 1990 *	Mujer 63 años	Disfagia	Ganglionar-esofágica	
Suarez-Zamora 2019	Varón 24 años	Disfagia	Pulmonar+ esofágica	VIH
Gómez cedenilla 2003	Varón 68 años	Disfagia y síndrome general.	Pulmonar + esofágica	

TABLA I
Casos de tuberculosis esofágica publicados (1980-1989)

Caso	Ref.	Edad/ sexo	Raza ^a	Clínica ^b	PPD	Radiografía tórax ^c	TAC torácico ^c	Esofagograma baritado ^d	Esofagos- copia ^d	Diagnóstico ^e	Evolución
1	6	40/M	As	D	+	N	nr	TM, LH	LH	C	Curación
2	6	40/M	As	D, TD, SC	+	N	nr	TM, FETB	N	BEE	Curación
3	6	37/V	As	D	+	N	nr	TM, CE	LVH	BEE	Curación
4	6	43/M	As	D, SC	+	AM	nr	TM, CE	CE	C	Curación
5	7	36/V	Ng	D, SC	+	N	AM	TM, CE, FM	LV	BIE	Curación
6	8	26/V	As	D, DT, SC	+	N	nr	TM, LV	LVH	H	Curación
7	9	46/M	As	D, DT	+	N	nr	TM, LVH	LVH	H	Curación
8	9	26/V	As	D, DT	+	AM	nr	TM, CE, LV	LV	C	Curación
9	10	29/V	As	D, DT, SC	+	N	nr	TM, LVH	LVH	C	Curación
10	11	19/M	As	D	nr	N	N	TM, CE	LVVH	H	Curación
11	12	75/V	nr	D, TD, SC	nr	NB	nr	TM, FETB	LH	BIE	Curación
12	13	33/M	As	D, SC	nr	nr*	nr ²	TM, CE	nr	H	Curación
13	13	22/M	As	D, TD, SC	nr	AM	nr	TM, LVH, FETB	nr	BEE	Curación
14	14	67/M	nr	D, TD, SC	+	N	AM	TM, LVH	LVH	BIE#	Curación
15	15	87/M	nr	D	nr	nr**	nr**	TD, LH, FM	LH	BIE	Exitus ⁺
16	16	87/M	nr	D	nr	N	N	TD, LH, FM	LH	BIE	Exitus ⁺
17	17	39/V	Ng	D, SC	nr	AM	AM	TM, LVH, FM	LV	BIE	Exitus ⁺⁺
18	17	39/V	Ng	D, SC	—	NB	N	TM, FETB	F	BIE	Curación
19	18	58/V	nr	D, SC	nr	nr	nr	TD, LH	LH	BEE	Curación
20	19	21/M	nr	D, SC	+	N	AM	TM, CE	LVH	H	Curación ⁺⁺
21	20	67/M	nr	D, DT, SC	nr	AM	AM	TM, FM	nr	BEE	Exitus ⁺⁺⁺
Presente		63/M	Bl	D	+	N	AM	TM, FM	LVH	BIE#	Curación

*Moreno et al. Tuberculosis esofágica. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Esp Enf Dig. 1990. 78(4).

Table 1. Clinical characteristics of six patients with a subepithelial lesion diagnosed as esophageal tuberculosis

Case no.	Sex	Age (years)	Symptoms	Previous history of TB	Location	Gross shape [†]	Color	Pus	Follow-up (months)	Follow-up endoscopy
1	M	73	Dysphagia	-	Mid-	II	Bluish	-	10	Divertic
2	F	58	Retrosternal pain	+	Mid-	I	Normal	+	11	Scar
3	F	39	Dysphagia	+	Lower	I	Normal	-	17	Scar
4	F	55	None	-	Mid-	I	Bluish	-	21	Divertic
5	M	66	None	+	Mid-	I	Normal	-	54	Divertic
6	M	79	None	-	Mid-	II	Normal	-	74	Scar



G R A C I A S