



# SESIÓN CLÍNICA

# 19/11/2025

Dr. Carlos Lorente Larrañeta R4 MI  
Dr. Timoteo Cámara González Adjunto MI

Complejo Asistencial  
Universitario de León



**66** años



**Refiere 1 semana de disnea y cansancio.**

**Dolor torácico anterior mal definido, punzante, autolimitado. A veces dolor en ambos costados.**

**Tos con expectoración escasa de amarillenta.**

**Sangrado rectal ocasional** que atribuye a esfuerzo defecatorio y hemorroides

# Antecedentes Personales

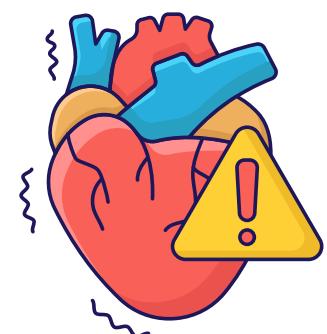


Alergia a Anisakis.

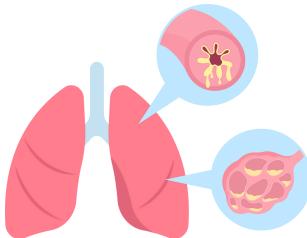


**Fumadora importante. Ex bebedora de alcohol importante** hasta hace 1 año (ahora algún vino con las comidas).

FRCV: HTA. Prediabetes



FA crónica. **Insuficiencia cardiaca congestiva con FEVI 45%** con IM moderada y dudosas alt. de contractilidad segmentaria (la paciente rechazo cateterismo cardiaco).



Criterios de **bronquitis crónica**.

Polineuropatía alcohólica de predominio en MMII. Cefalea tensional crónica.

Herpes zoster en 2007

Hemorroides. Colelitiasis. Estreñimiento crónico.

Tto actual: Tramadol Retard 100 mg (0-0-1). Amitriptilina 25 mg (1-0-0). Bisoprolol 2,5 mg (1-0-0). Acenocumarol 4 mg. Zolpidem 10 mg (0-0-1). Domperidona y Metamizol ocasional.

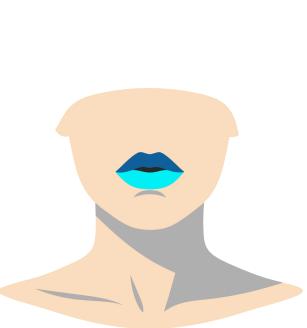
IQ: Apendicectomía.

# Exploración física

T<sup>a</sup>: 36°C. TA 152/93 mmHg. FC: 113 lpm. Sat O<sub>2</sub>: 80%.

Consciente y orientada. Bien hidratada y nutrida. **Leve taquipnea.**

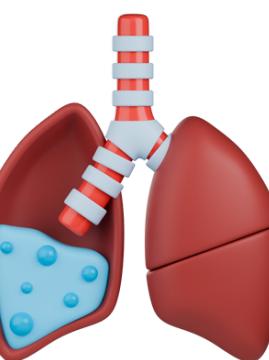
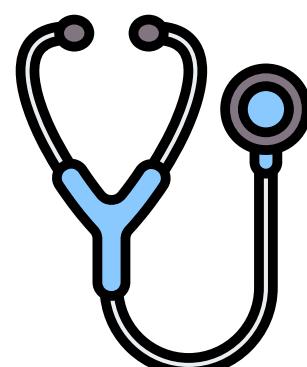
**Cianosis central y periférica. Ligera IY. Telangiectasias en cara y escote.**



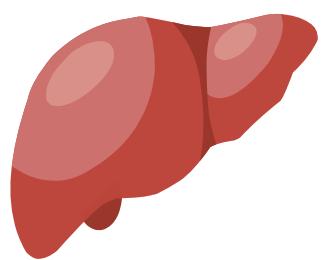
AC: rítmica. No soplos ni roces.

AP: **crepitantes en campos medios y bajos. Abolición del mv en tercio inferior izdo., con disminución de vibraciones vocales y matidez.**

**Hiperpigmentación en costado derecho** (atribuye a dormir con almohadilla eléctrica).



Abdomen: cicatriz de apendicectomía. Globuloso. Blando, depresible y no doloroso. **Hepatomegalia de 4 cm.** No esplenomegalia. No circulación colateral.



Extremidades: **Acropaquias y uñas en vidrio de reloj.**

**Eritrosis palmar. Edemas ligeros tibio-maleolares.** No flogosis. Pedios +.



# Analítica

Hemograma: Hem 5.070 , Hb 13,1 g/dl. Hcto 41,2 %. VCM 81 , Plaq 474.000 **Leuc 14.300 (88N-8L-3M)**. **VSG 63 mm/h**.

Coagulación: **A. prot 14 %.** **APTT 49 seg.** **INR 4,8.** **Fibrinogeno 386**

Bioquímica: Gluc 118, Urea 27, Urico 3,9 , Creat 0,52 , GOT 16 , GPT 16 , FA 119 GGT 59 , **PT 5,9** , Colest 113 , TG 78 , Ca 8,6 , **LDH 550** , Bil tot 0,87 , **Fe 21** , **IST 9 %.** **Ferritina 286** , **Alb 2,8** , Cloro 90 , Na 136 , K 3,8 , **PCR 139** , **HbA1c 6,4 %.** IgG 1417 , IgA 416 , IgM 79 , **T4L 0,87** , **TSH 0,327** , **VitD 6,2**

Gasometría: pH 7,45. pCO2 41. **pO2 40.** **HCO3 28,5.** **Sat O2 78 %.**

Marcadores tumorales: CEA 3,39, **CA-125 44,8**, Alfafetoproteina 2,34, . ENS 17,9 , SCC 1,4

Sistemático y sedimento de orina: cel epiteliales escasas. 1-3 hem/c. 10-20 leuc/c. Resto sin alt. significativas.



# Pruebas de imagen

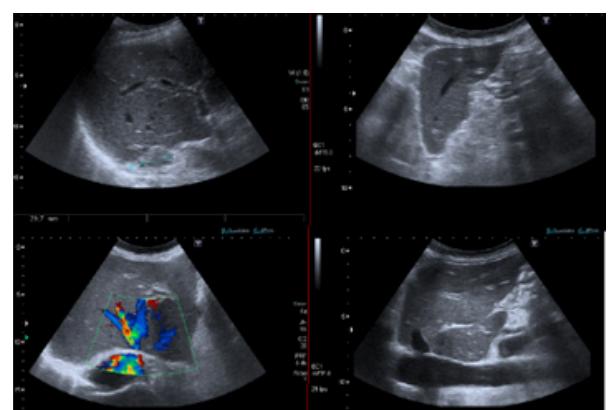
1

## Rx Tórax AP y lat



2

## Eco abdominal



Bazo de diámetro craneocaudal dentro de lo normal. El hígado presenta un borde liso y una ecogenicidad homogénea con un lóbulo caudado. **Vena porta principal aumentada de diámetro** (mide unos 1,6 cm) en la que se detecta flujo en el estudio Doppler. No se visualiza líquido libre intraperitoneal. No se visualiza dilatación de la vía biliar intrahepática. Colelitisisis. Parte vista de la cabeza, cuello y del cuerpo del páncreas vistos sin grandes hallazgos. Se visualiza un **nódulo adrenal derecho sólido e hipoeocoico de aproximadamente 1,9x2,1 cm**. Ambos riñones vistos sin grandes hallazgos con un pequeño quiste cortical renal izquierdo de 1,1 cm. Vejiga replecionada vista sin alteraciones significativas. De forma incidental se visualiza un **colapso parcial del lóbulo inferior izquierdo de ecogenicidad heterogénea por lo que no se descarta posible lesión subyacente y mínima cantidad de derrame pleural craneal al mismo**.

**Cardiomegalia. Derrame pleural bilateral (I>D) e infiltrado LID. Redistribución vascular. Bronquiectasias y granulomas calcificados.**

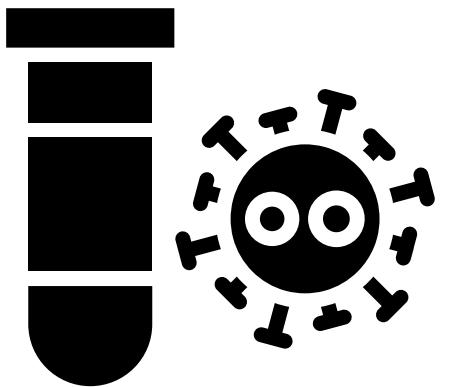
# ECG

Fibrilación auricular. BIRDHH



# Microbiología

Serologías: VIH, VHB y VHC negativos. Treponema negativo



Antígeno Legionella y Pneumococo en orina: negativos

Mantoux : 0 mm.



# Citología Esputo

Predominio de **polimorfonucleares**, negativa para céls. neoplásicas.

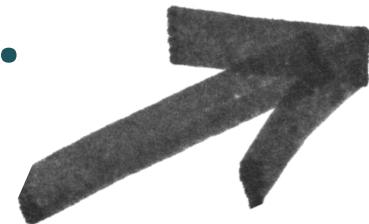
Inflamatoria aguda inespecífica.



# Toracocentesis

exudado  
pleural

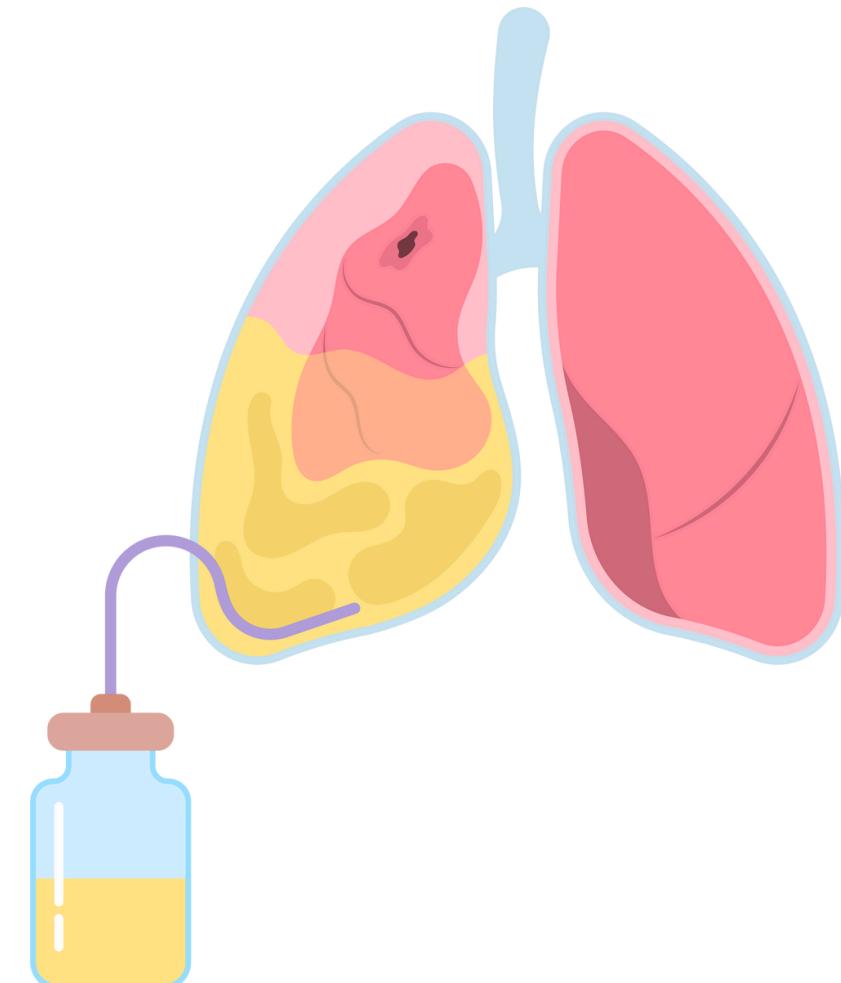
Líquido pleural: gluc 1 mg/dl. Prot 5,2 g/dl. LDH 56500 U/l.  
pH 7,50. TG 55 mg/dl. Colest 52 mg/dl. ADA 2 U/L.



Hem 14.000/mm<sup>3</sup>. Leuc 360.000/mm<sup>3</sup> (75% Polinucleares, 25% mononuc).

No se observan BAAR.

Cultivo liq. Pleural: **Streptococcus pneumoniae** y **Haemophilus influenzae**



# En resumen...

Mujer de 66 años con cuadro de 1 semana de **disnea , tos con expectoración amarillenta y dolor pleurítico**

**AP: fumadora y exbebadora severa. ICC con FEVI ligeramente deprimida . Bronquitis crónica**

EF:

**Cianosis central y periférica.**  
**Acropaquias**

**IVY. Crepitantes hasta campos medios con MV disminuido en hemicampo izq.**  
**Edemas en MMII**

**Teleangiectasias + eritrodesis palmar**

# En resumen...

**A/S:** Leucocitosis + PCR 139. LDH 550, VSG 60

Alb 2,8, PT 5,9, Vit D 6, INR 4,8

Fe 21 y IST 9% con ferritina elevada. TSH baja con T4 normal

**GAB: pH 7,45 , pCO<sub>2</sub> 41, pO<sub>2</sub> 40, HCO<sub>3</sub> 28,5. Sat O<sub>2</sub> 78 %.**



Insuficiencia Respiratoria Hipoxémica con compensación ácido-base  ¿IRC?

**RX Tórax: + Eco abdominal:** derrame pleural izq con colapso LII.

Redistribución vascular y cardiomegalia. Incidentaloma suprarrenal. Vena porta aumentada y hepatomegalia.

**Toracocentesis:** exudado pleural. Crecimiento de *S.pneumoniae* y *H.influenzae*

# Derrame pleural

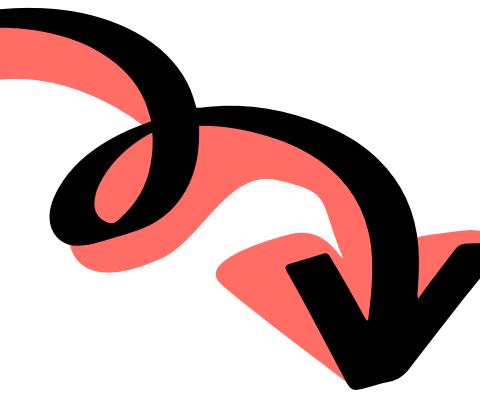
**Acumulación patológica de líquido en el espacio pleural**

## Criterios de Light

TRANSUDADOS	EXUDADOS
Insuficiencia cardíaca	Neoplasias
Hidrotórax hepático	Infecciones: Paraneumónico/TBC pleural
Hipoalbuminemia	Mesenquimopatías: Artritis reumatoide/ pleuritis autoinmune
Sd. Nefrótico	Asbestosis benigna
Diálisis peritoneal	Patología abdominal: pancreatitis/absceso intraabdominal
Atelectasia	Infarto miocárdico/ cirugía cardíaca
Pericarditis constrictiva	Linfopatías
Pulmón atrapado	Endocrinopatías
Obstrucción de la vena cava superior	Drogas
Urinotórax	

Debido a factores sistémicos que **alteran las presiones hidrostática y oncótica**, pero la pleura en sí está sana.

El líquido es **pobre en proteínas y células**



Debido a una **enfermedad local que afecta directamente la pleura** (aumentando la permeabilidad capilar o drenaje linfático)

El líquido es **rico en proteínas y células**

# Derrame pleural

## Nuestro caso

Líquido pleural: Glu 1, Prot 5,2 , LDH 56500 U/l.

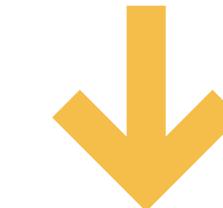
**pH 7,50.** TG 55, Colest 52, ADA 2

Hem 14.000, Leuc 360.000 (75%PMN, 25% MN).

Sangre: LDH 550, PT 5,9



Exudado pleural



Empiema



Estudio	Exudado	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Criterios de Light ( $\geq 1$ de los siguientes 3):		98	77
• Lactato deshidrogenasa (LDH) en el líquido*	$\geq 2/3$ LNS de la lactato deshidrogenasa (LDH) sérica	66	100
• Relación proteína total del líquido pleural:proteína total sérica	$\geq 0,5$	91	89
• Relación del LDH del líquido pleural:LDH sérica	$\geq 0,6$	93	82
Proteínas totales en el líquido	$\geq 3$ g/dL (30 g/L)	90	90
Colesterol en el líquido	$\geq 60$ mg/dL (1,55 mmol/L) $\geq 43$ mg/dL (1,11 mmol/L)	54 75	92 80
Relación colesterol del líquido pleural:colesterol sérico	$\geq 0,3$	89	71
Proteínas séricas - proteínas del líquido pleural†	$\leq 3,1$ g/dL (31 g/L)	87	92

\*Corrección por el aumento de la lactato deshidrogenasa (LDH) debido a lisis de los eritrocitos = LDH medida -  $0,0012 \times$  recuento de eritrocitos/mcL.

Cultivo



Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae

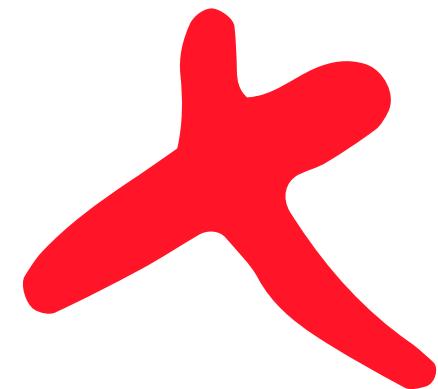
# Derrame pleural

## Etiología exudados

<b>Infeccioso</b>
Neumonía bacteriana
pleuresia tuberculosa
Parásitos
Enfermedad fungica
Neumonías virales (p. ej., influenza, enfermedad por coronavirus 2019 [COVID-19])
Nocardia, Actinomycetes
absceso subfrénico
absceso hepático
absceso esplénico
Hepatitis
Ruptura esofágica espontánea
Colecistitis
<b>Iatrogénico o traumatismo</b>
Colocación incorrecta/migración del catéter venoso central
Inducido por fármacos (p. ej., nitrofurantoína, dantroleno, metisergida, dasatinib, amiodarona, interleucina-2, procarbazina, metotrexato, clozapina, fenitoína, betabloqueantes, derivados del cornezuelo de centeno)
Perforación esofágica
Escleroterapia esofágica
Sonda de alimentación enteral en el espacio pleural
Ablación por radiofrecuencia de neoplasias pulmonares
Hemotórax
Quilotórax
<b>relacionado con la malignidad</b>
Cáncer
Linfoma
Mesotelioma
Leucemia
Quilotórax
Paraproteinemia (mieloma múltiple, macroglobulinemia de Waldenström)
Derrames paramalignos
<b>Otros trastornos inflamatorios</b>
Pancreatitis (aguda, crónica)
Derrame pleural benigno por asbesto
embolia pulmonar
Radioterapia
pleuresia urémica
Sarcoidosis
Síndrome postraumático cardíaco
Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
Enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 (fibroinflamatoria)

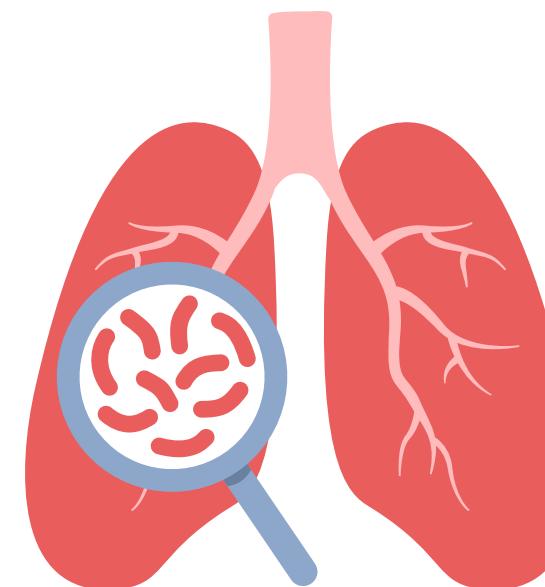
<b>Aumento de la presión intrapleural negativa con neoplasia maligna o inflamación pleural concomitante.</b>
Atrapamiento pulmonar
Derrame de colesterol (p. ej., debido a tuberculosis, artritis reumatoide)
<b>enfermedad del tejido conectivo</b>
pleuritis lúpica
pleuresia reumatoide
enfermedad mixta del tejido conectivo
Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (Churg-Strauss)
Granulomatosis con poliangeítis (Wegener)
Fiebre mediterránea familiar
<b>Disfunción endocrina</b>
Hipotiroidismo
Síndrome de hiperestimulación ovárica
<b>Anomalías linfáticas</b>
Malignidad
Quilotórax (p. ej., síndrome de las uñas amarillas, linfangioleiomomatosis, linfangiectasia)
<b>Movimiento de líquido desde el abdomen hacia el espacio pleural</b>
Pancreatitis
Pseudoquiste pancreático
Síndrome de Meigs
ascitis quílosa
ascitis maligna
absceso subfrénico
Absceso hepático (bacteriano, amebiano)
Absceso esplénico, infarto
<b>Misceláneas</b>
Endometriosis
Ahogo
quemaduras eléctricas
Síndromes de fuga capilar
Hematopoyesis extramedular

# Tuberculosis pulmonar/pleural



- **Cuadro infeccioso respiratorio con expectoración amarillenta**
- **Exudado pleural**
- **AP de fumadora/exbebedora + bronquitis crónica**

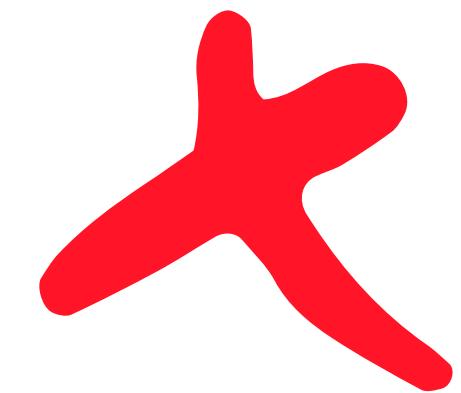
- **Curso agudo**
- **No síndrome general , no fiebre.**
- **ADA 2 en líquido pleural sin hallazgo de BAAR en citología de esputo**
- **Mantoux negativo**



# Neoplasia pulmonar/extrapulmonar



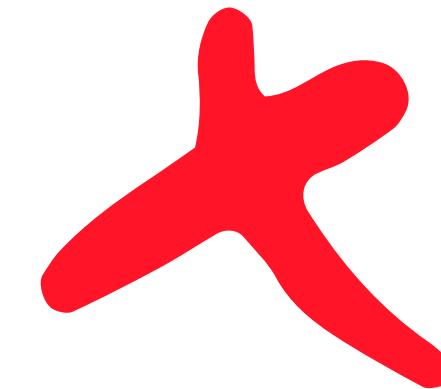
- Exudado pleural
- LDH , VSG y PCR elevadas
- Fumadora y exbebadora importante
- Hallazgos radiológicos: colapso parcial de LII sin poder descartar lesión subyacente + adenoma suprarrenal
- Acropaquias



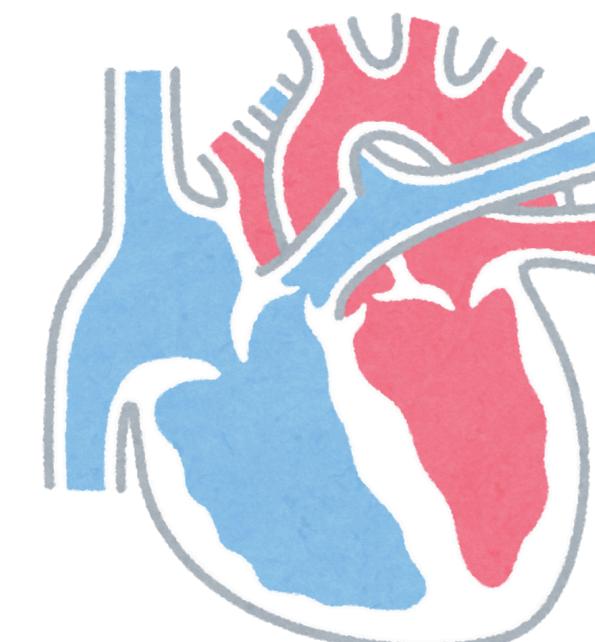
- No síndrome general
- Citología esputo sin datos de malignidad



# Insuficiencia cardiaca congestiva descompensada



- **Disnea, astenia, IVY y aumento de edemas en MMII.**
- **Cuadro agudo desencadenante** (infección de origen respiratorio)
- Hallazgos radiológicos compatibles:  
**redistribución vascular y derrame pleural bilateral en Rx tórax** + aumento de volumen de vena porta en eco abdominal (**IC derecha**)
- **AP de IC con FEVI 45%**
- **CA 125 elevado**

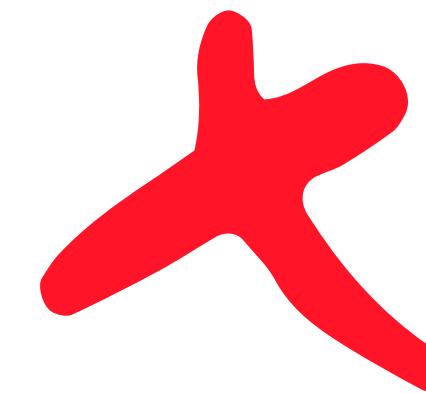


- **Líquido pleural no compatible con trasudado**

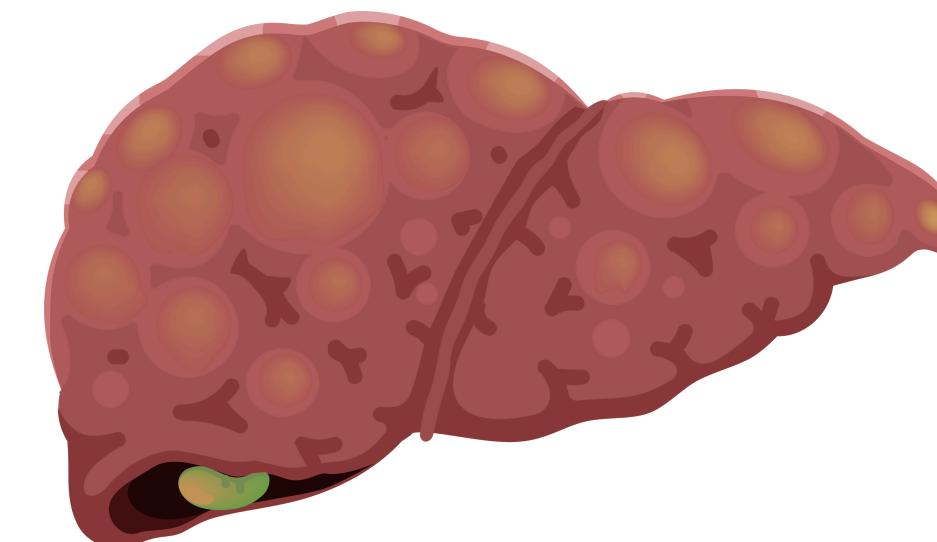
# Enfermedad hepática crónica



- **Ex-bebedora severa**
- **Alteración de coagulación (anticoagulado con Sintrom)**
- **Teleangiectasias + eritrodesis palmar**
- **Hipoalbulinemia moderada e hipoproteinemia leve**
- Hallazgos ecográficos:  
**Hepatomegalia vena porta aumentada y caudado prominente**

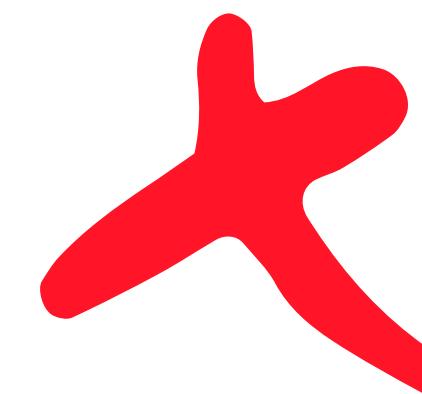


- **Bilirrubina normal y PFH normales**
- **No citopenias**
- **¿Hepatopatía congestiva?**
- **Borde liso y ecogenicidad homogénea**



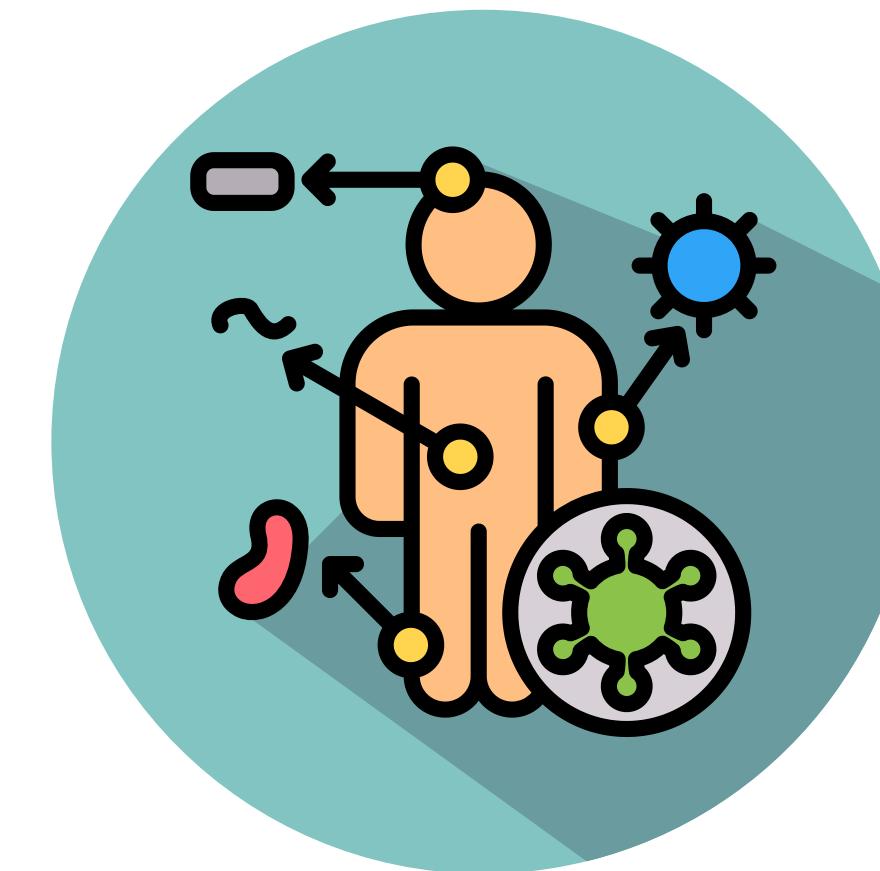
Etapas iniciales cirrosis hepática vs hepatopatía congestiva

# Patología autoinmune (AR / LES / Esclerosis sistémica)



- **Exudado pleural--> pleuritis**
- **Teleangiectasias + eritrodesis palmar**
- **VSG y PCR elevadas**
- **AP de polineuropatía**

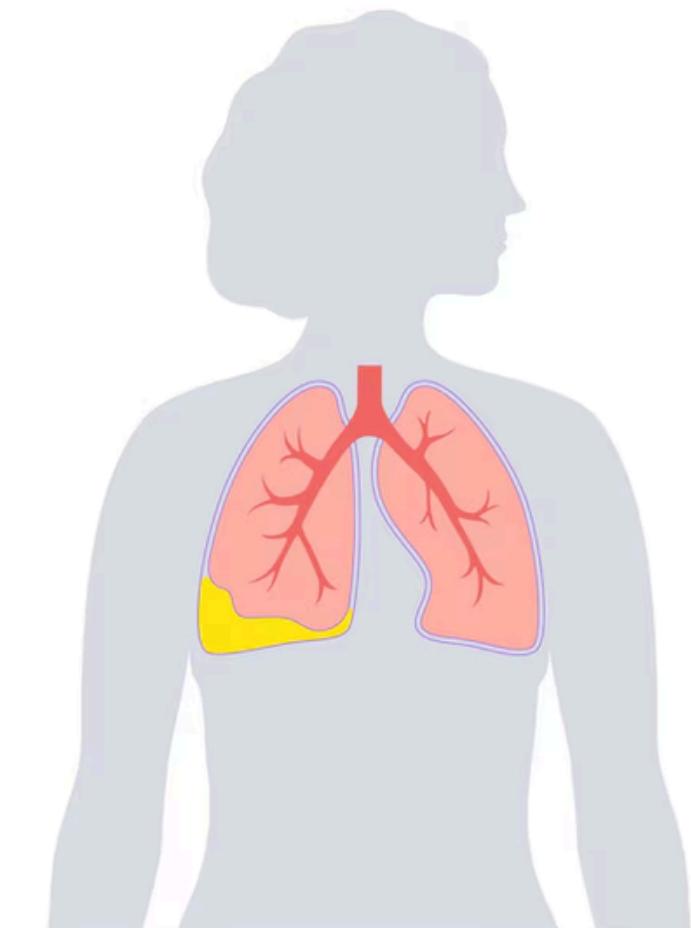
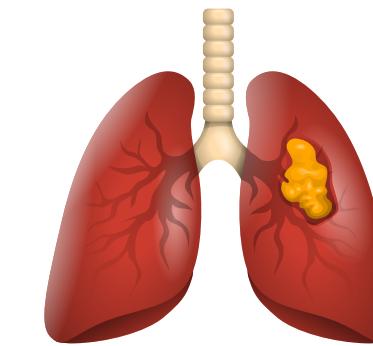
- **No afectación articular**
- **Exudado compatible con empiema/derrame paraneumónico complicado ; no serositis**



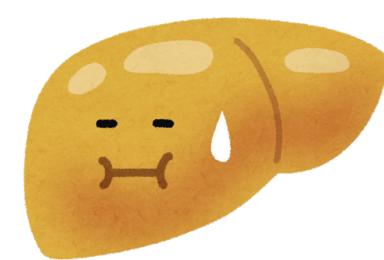
# Impresión diagnóstica



**Empiema por S.pneumoniae y H.influenzae**



**Neoplasia pulmonar subyacente**

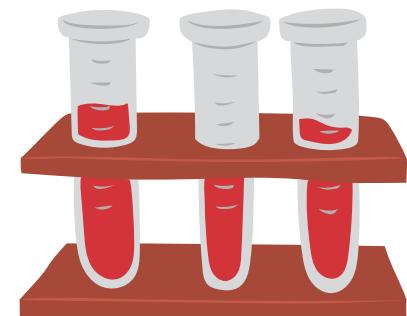


**Insuficiencia cardiaca congestiva descompensada secundaria**



**Hepatopatía crónica a estudio**

# Pruebas a solicitar

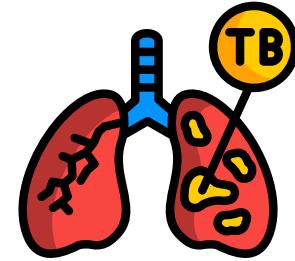


A/S →

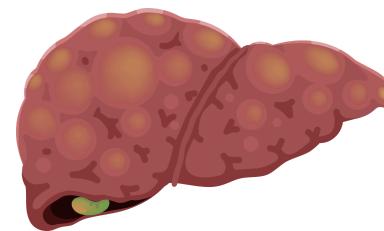
proBNP, fólico y B12 y PTH  
Autoinmunidad  
Renina/Aldosterona  
Cortisol/ACTH  
Metanefrinas y catecolaminas  
en Orina 24h



HHCC



Esputo con BK  
Quantiferón-TB



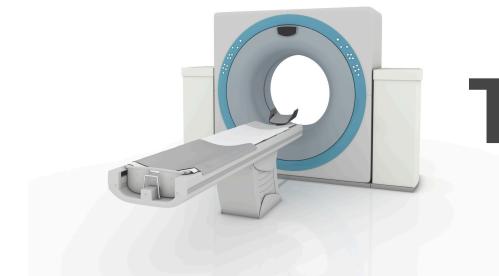
Elastografía hepática

+

Estudio endoscópico

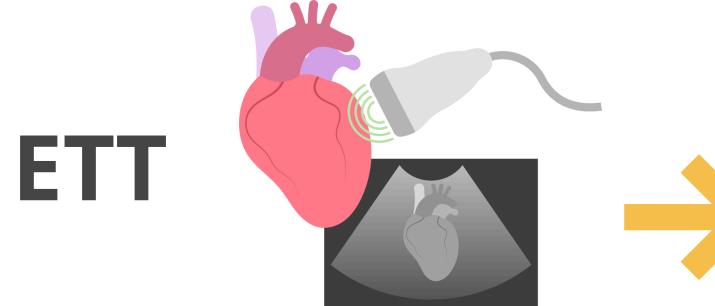


Estudio de probable  
hepatopatía crónica



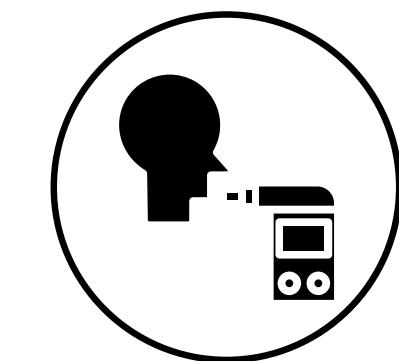
TC body →

Estudio probable  
**neoplasia pulmonar**  
Estudio **nódulo adrenal**  
derecho



ETT

Re-estadificar IC  
Estudio de HTP  
¿Cor pulmonale?

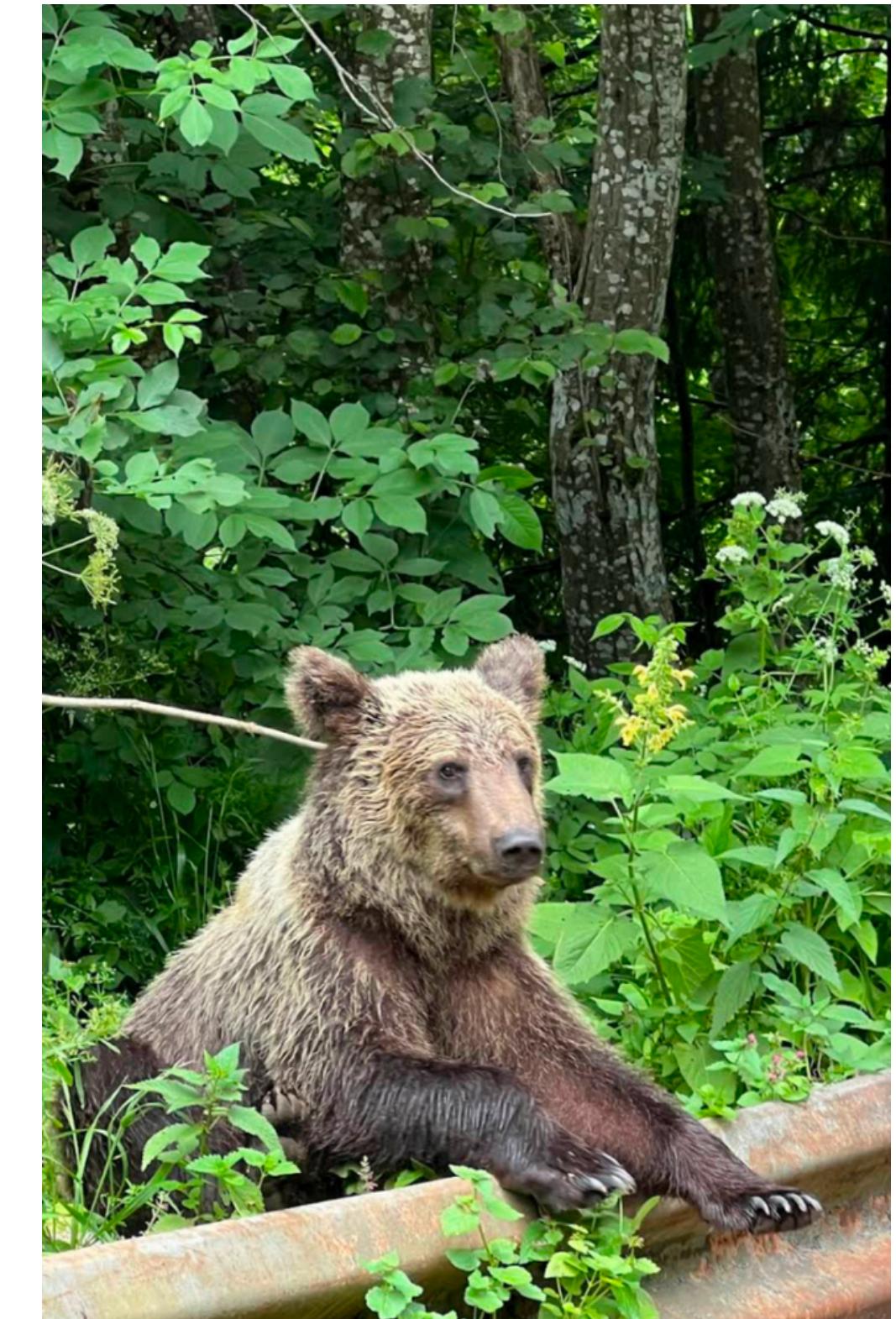


Pruebas de  
función  
respiratoria

# Bibliografía

- Pleural fluid analysis in adults with a pleural effusion. UpToDate  
[https://www.uptodate.com/contents/pleural-fluid-analysis-in-adults-with-a-pleural-effusion?search=derrame%20pleural&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pleural-fluid-analysis-in-adults-with-a-pleural-effusion?search=derrame%20pleural&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
- Guía práctica sobre la evaluación inicial, seguimiento y tratamiento de los incidentalomas adrenales. Grupo de patología - SEEN  
<https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-guia-practica-sobre-evaluacion-inicial-S2530016420300756>
- Revisión bibliográfica de los hallazgos ecográficos en la enfermedad hepática difusa. Piper - SERAM
- <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediast%C3%ADnicos-y-pleurales/derrame-pleural>
- Diagnóstico y tratamiento médico .Rodríguez García - Marbán - 2023

# Transilvania, Rumanía



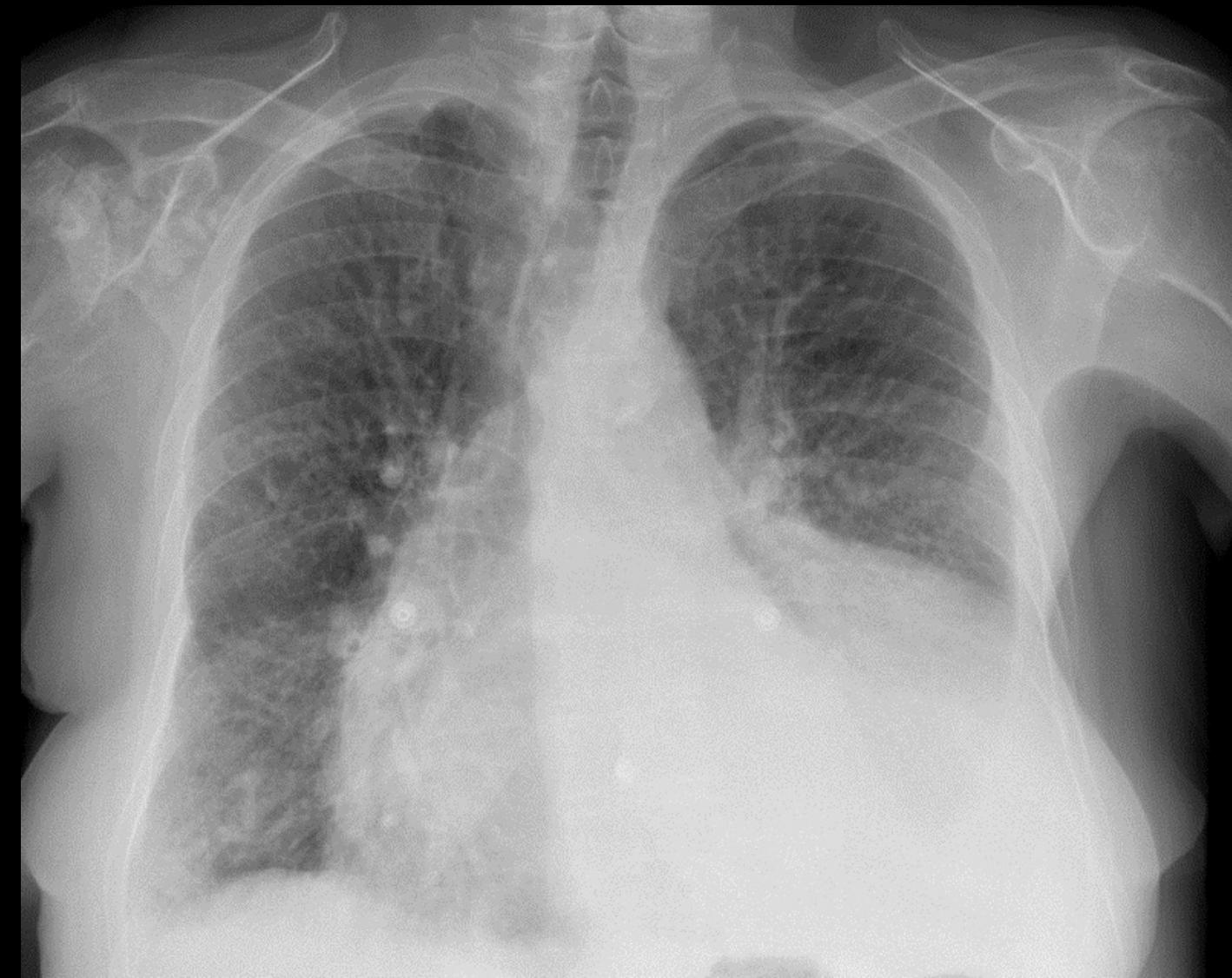
**¡Muchas gracias por vuestra atención!**



## Disnea, astenia, dolor torácico, tos con expectoración

# Pensamos en ...

- ICC
  - Infección respiratoria con empiema (Neumococo y H. influenzae)
  - FA con sobredosificación de Sintrom inicial
  - Cardiopatía hipertensiva/isquémica.



# ECO abdomen

... de forma incidental se visualiza un colapso parcial del lóbulo inferior izquierdo de ecogenicidad heterogénea por lo que no se descarta posible lesión subyacente y mínima cantidad de derrame pleural craneal al mismo.

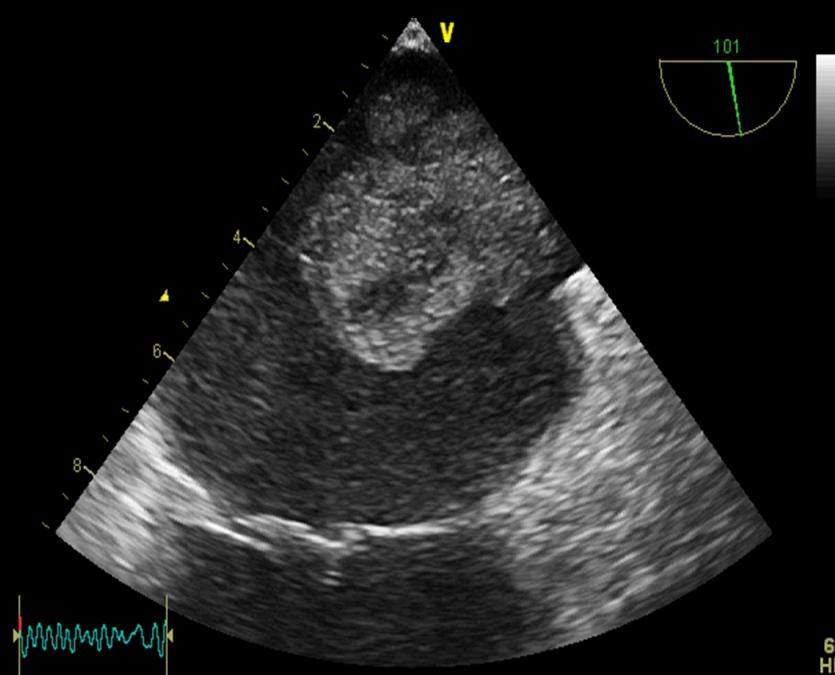
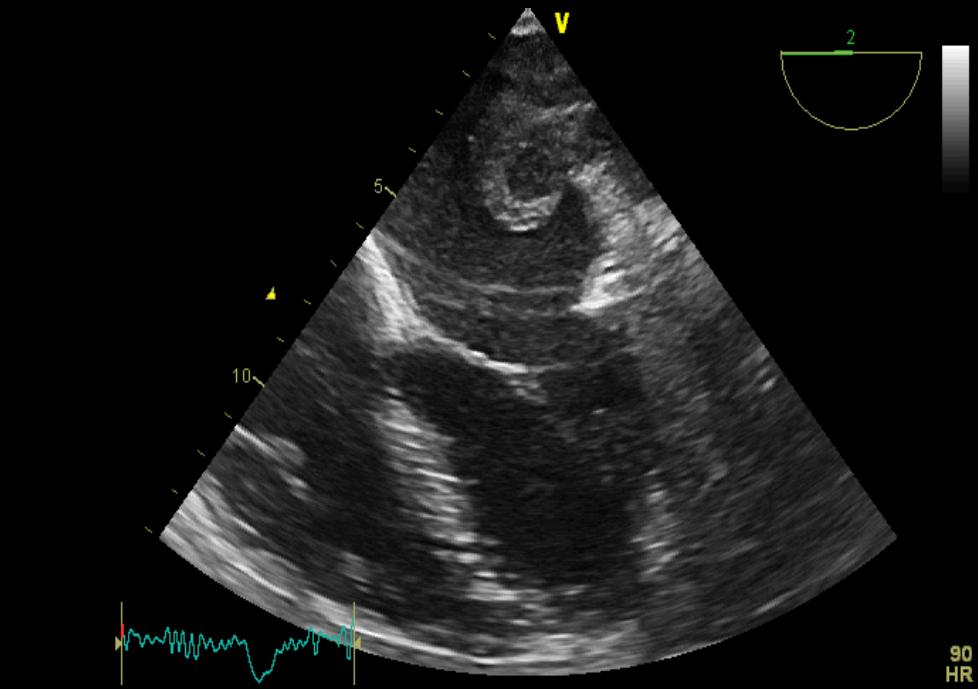
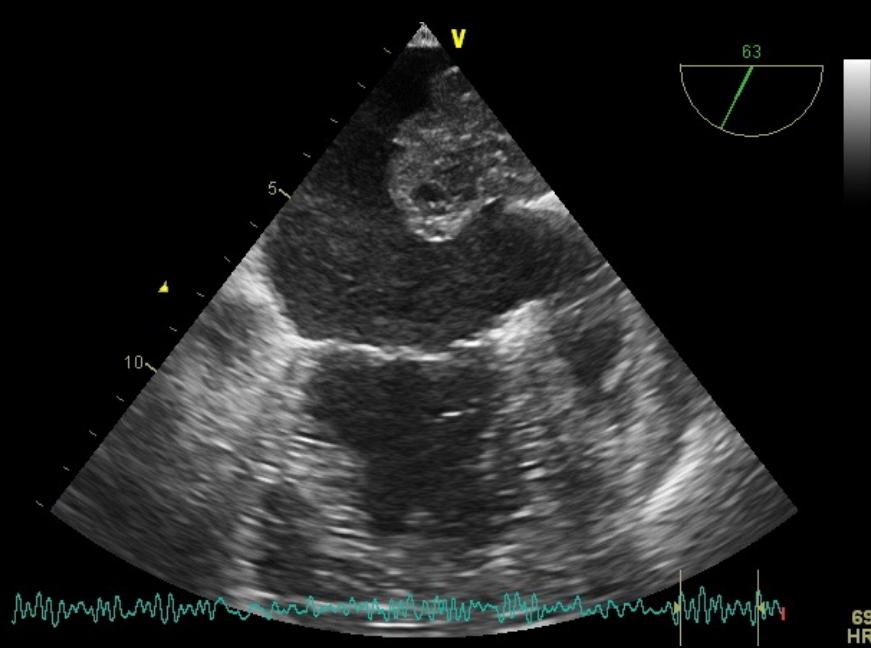
# Ecocardiograma transtorácico

- VI no dilatado ni hipertrófico con función sistólica normal.
- Mitral con leves estigmas degenerativos, no estenótica y con una IM ligera. V. aórtica sin alteraciones significativas. Dilatación de AI y ambas cavidades derechas, con VD de función conservada. Insuficiencia tricúspide moderada, con gradiente VA derecho de unos 32 mmHg (HAP ligera). No derrame pericárdico.

NOTA: Se observa una **imagen, en principio de naturaleza trombótica, con pedículo adherido a la pared lateral de la AI, entre la desembocadura una vena pulmonar izquierda y la orejuela**, de 3x2 cm aprox, móvil dentro de la cavidad auricular.

# Ecocardiograma transesofágico

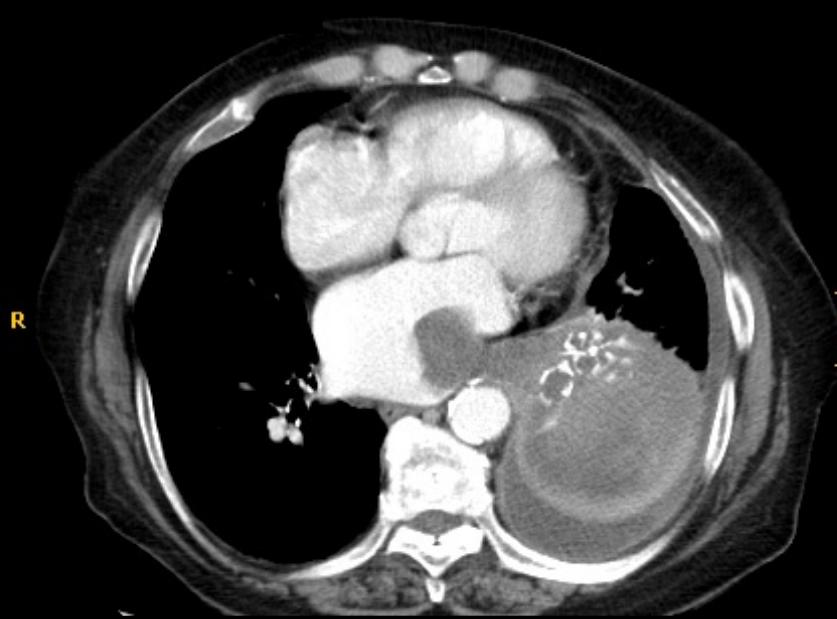
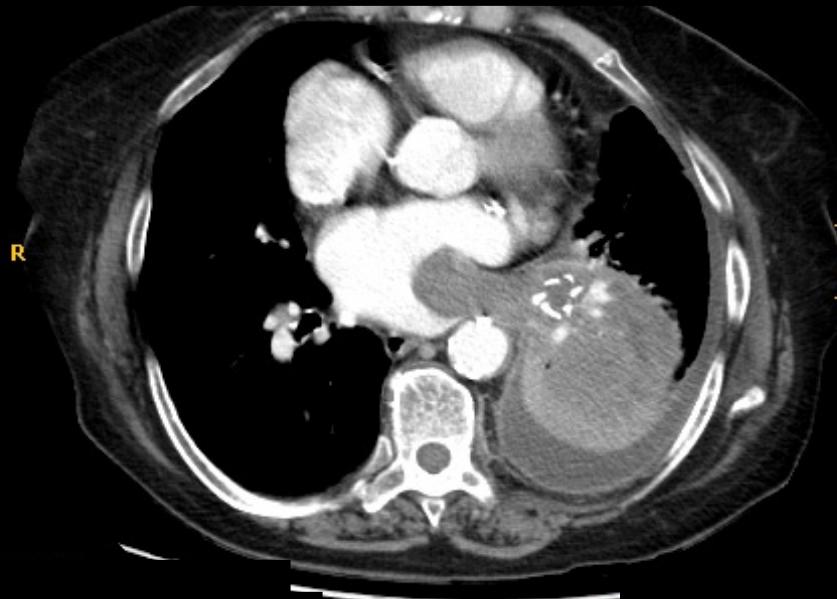
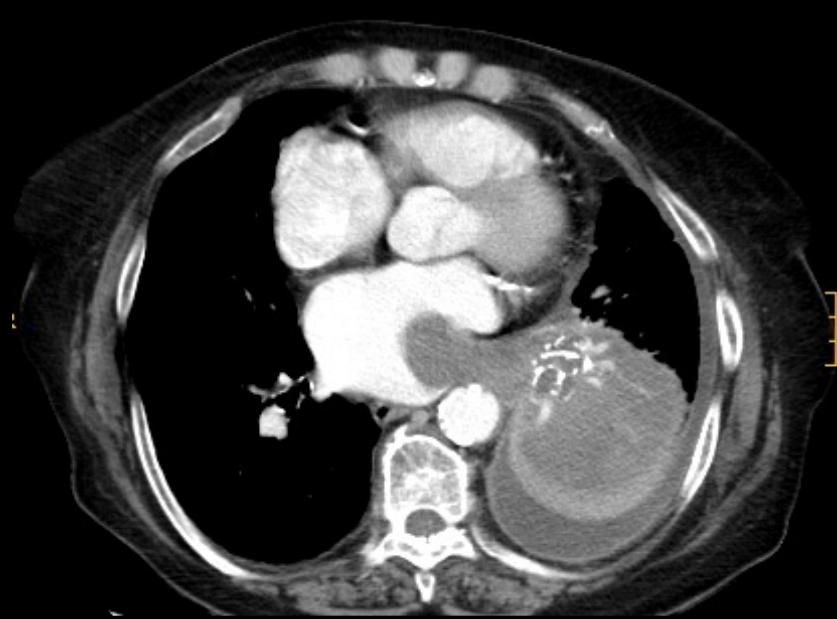
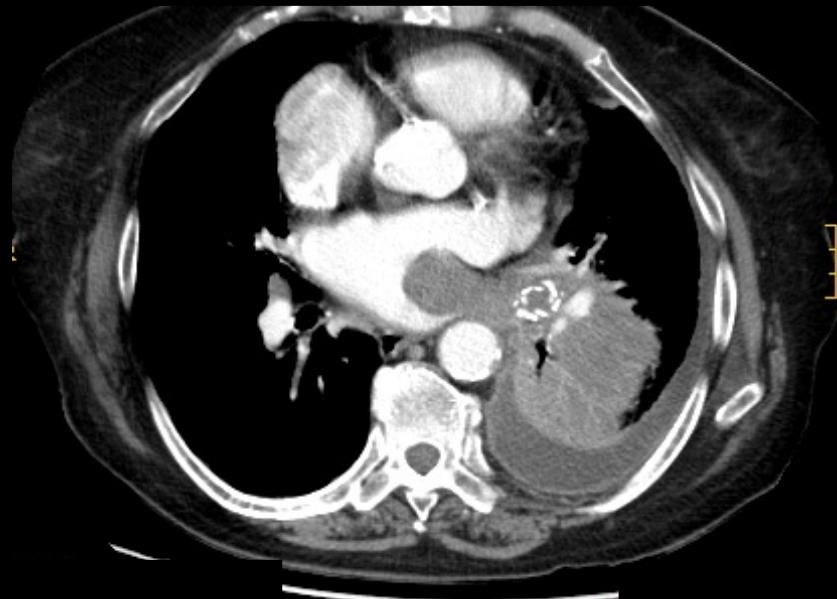
- Masa que se origina en la vena pulmonar sup. izda. (VPSI). La parte visible pediculada mide 3x4 cm a lo que hay que añadir el trayecto dentro de la VPSI. Es ligeramente sésil y está cavitada.
- La orejuela izquierda está libre.
- Todo ello hace pensar que pueda tratarse de una **tumoración cardiaca, probablemente un mixoma** anclado en venas pulmonares (VPSI) : no recojo flujo en dicha vena.

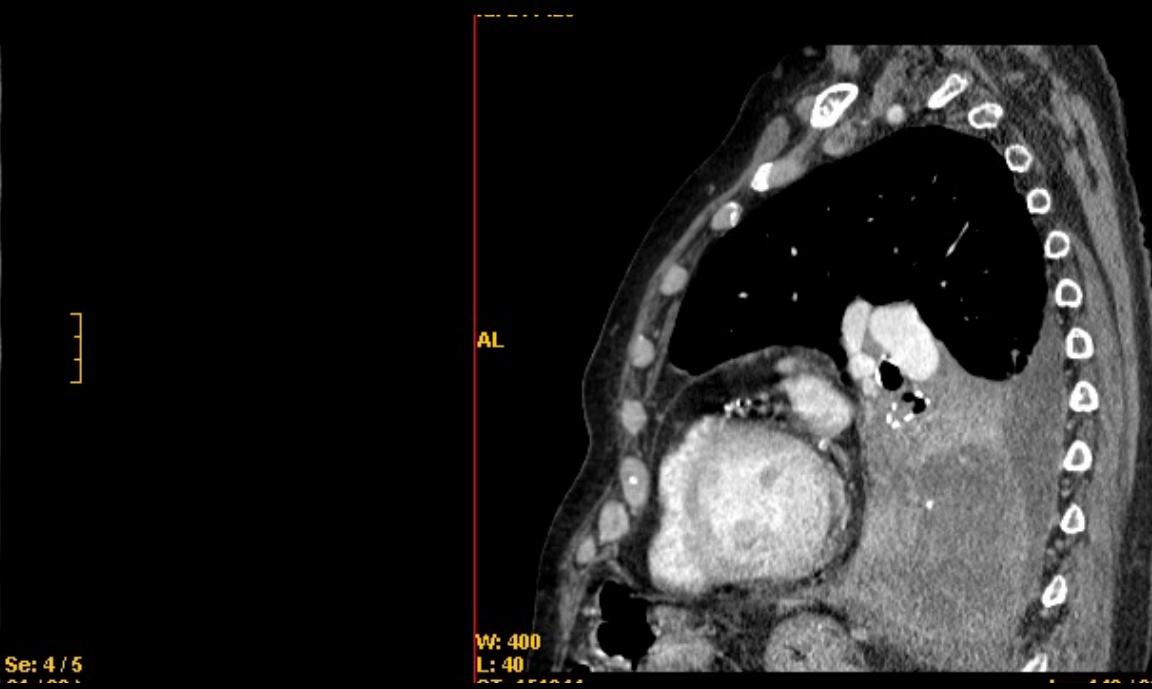
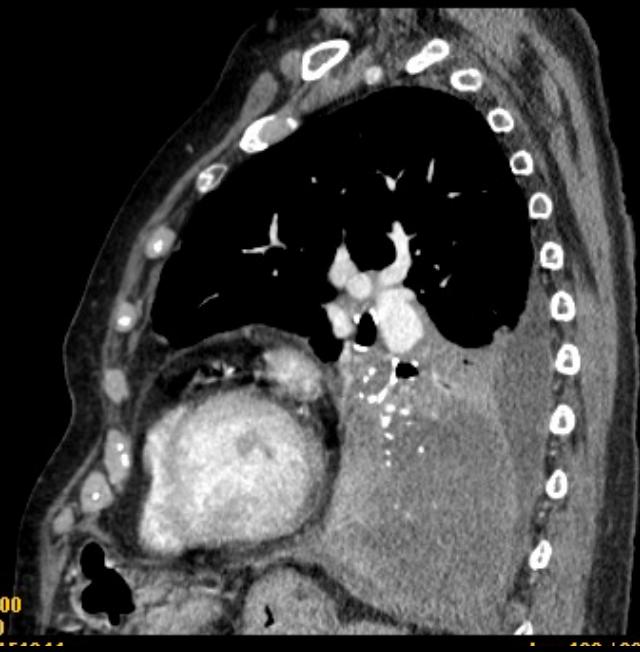
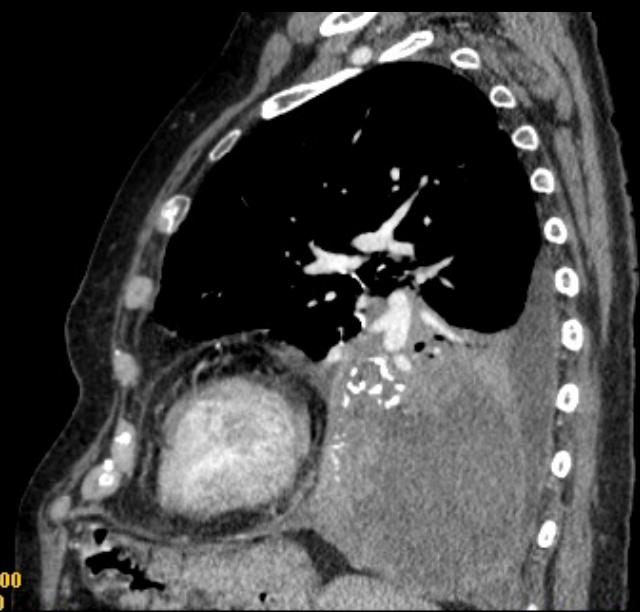




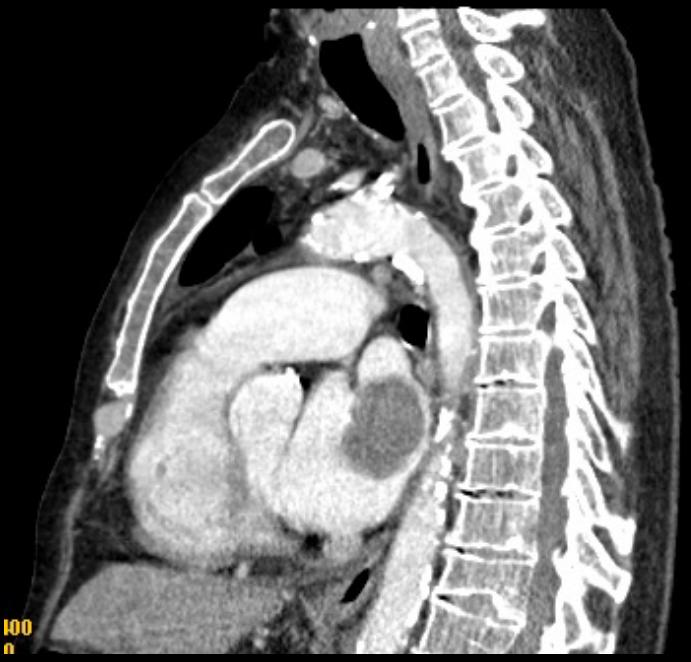
# TAC

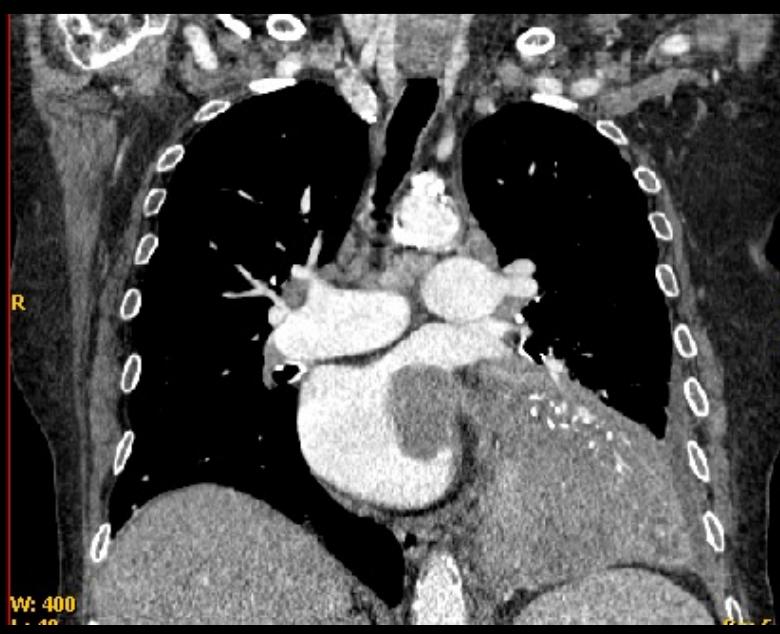
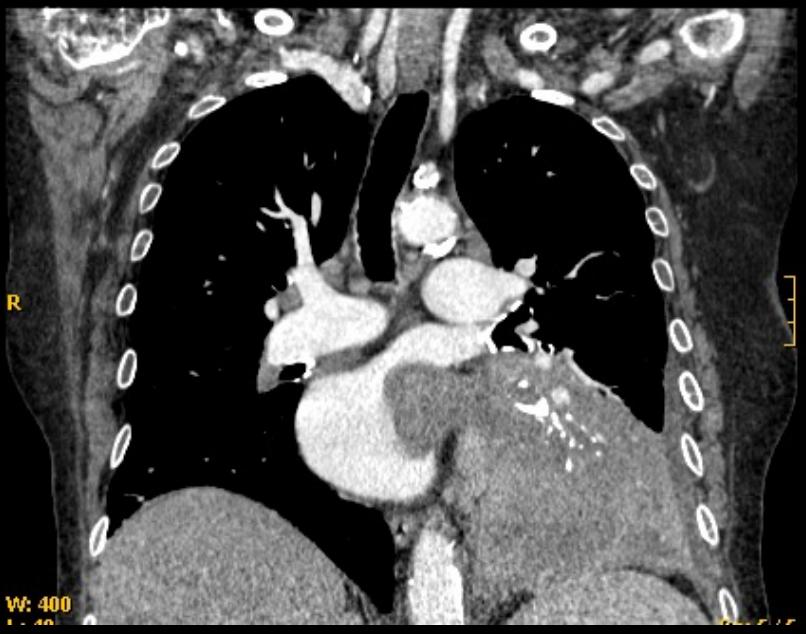
- Lóbulo inferior del pulmón izquierdo se encuentra ocupado prácticamente en su totalidad por una **lesión heterogénea**, con área hipodensa central, de márgenes mal definidos, de unos 10x8 cm; que afecta al tercio inferior de hilio ipsilateral, **con ocupación completa de los bronquios** hasta prácticamente el bronquio lobar inferior, quedando únicamente permeable algún bronquio del segmento apical.
- Se visualiza además una **trombosis de la vena pulmonar inferior izquierda** que se extiende hasta la aurícula izquierda, donde se visualiza un trombo de aproximadamente 4,3x3,6 cm.
- Mínimo derrame pleural izquierdo.
- **Múltiples adenopatías** hiliares y mediastínicas de aspecto patológico.
- Discretos signos de enfisema.
- Alguna atelectasia laminar en base derecha, lóbulo medio y língula.
- Cambios degenerativos en esqueleto axial. Acusados cambios degenerativos en hombro derecho.



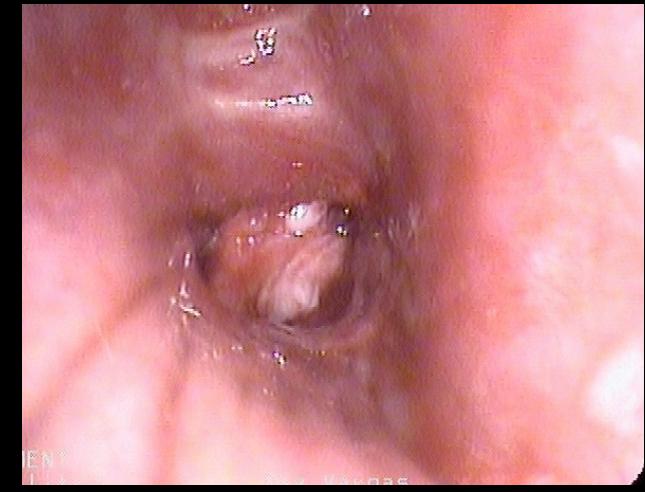
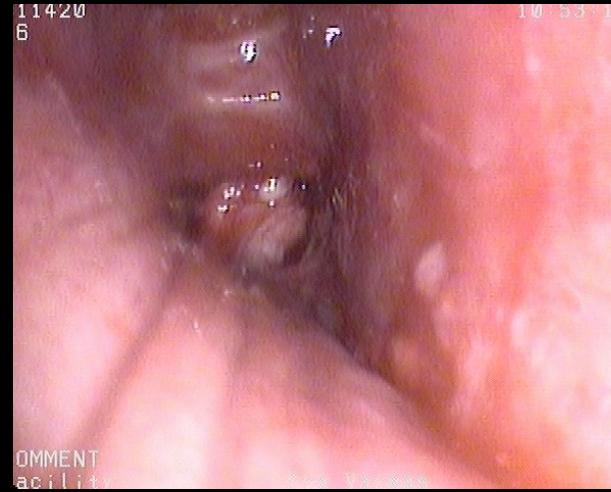








# Broncoscopia

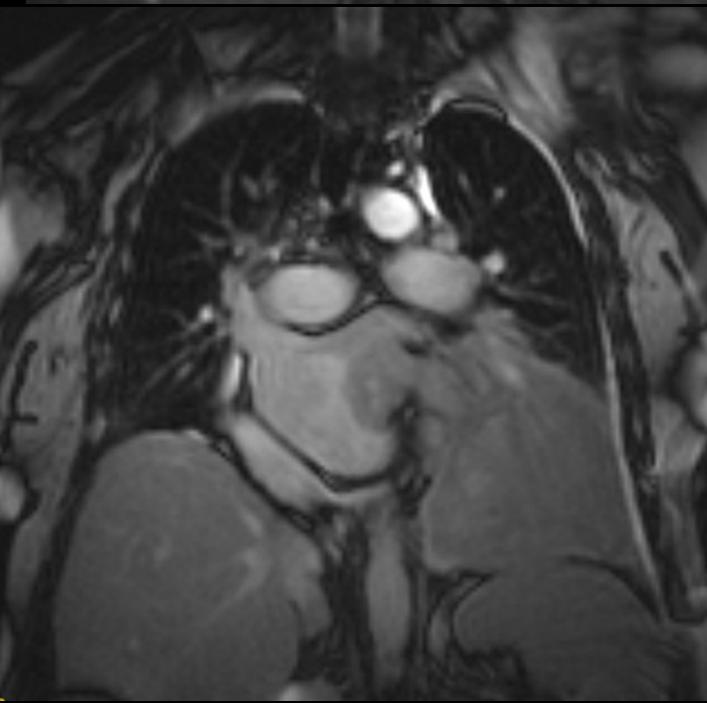
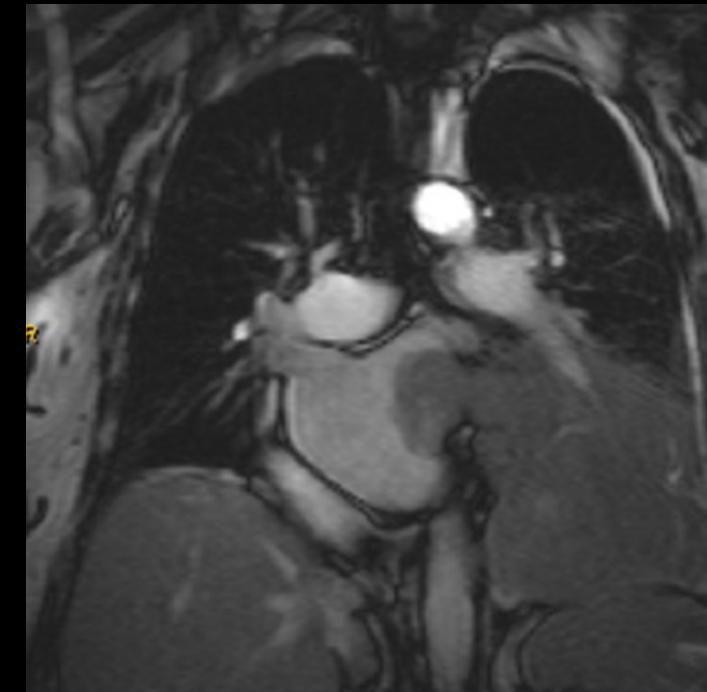


- Tráquea sin hallazgos.
- Árbol bronquial derecho sin hallazgos ni lesiones endobronquiales,
- Árbol bronquial izquierdo: culminar y lingula sin hallazgos. Se observa a nivel de la **entrada del LII** , **lesión de aspecto necrosado** de donde se toma biopsia con sangrado que se controla con adrenalina. Signos de neoplasia a nivel de LII

**Broncoaspirado:** no se observan BAAR. No se observan microorganismos.  
Cultivos estériles

# RMN

- Gran **masa pulmonar inferior izquierda necrosada** de aspecto neoplásico, con engrosamiento irregular y **derrame pleural** homolateral, **adenopatías mediastínicas patológicas**, **extensión trombótica** (de carácter mixto: tumoral y hemático) a la vena pulmonar inferior y la aurícula izquierda
- **Metástasis adrenal derecha.**
- Insuficiencias mitral y tricúspide leves-moderadas. Dilatación biauricular, del VD y del tronco arterial pulmonar.





# Anatomía Patológica

- **Citología Esputo:** Citología con predominio de polimorfonucleares, negativa para céls. neoplásicas. Inflamatoria aguda inespecífica.
  - **Aspirado bronquial:** Citología marcadamente hemática, muy escasamente celular, inespecífica; no valorable para diagnóstico.
- 
- **Biopsia bronquial:** mucosa bronquial con infiltración por un Carcinoma no microcítico pobremente diferenciado con rasgos neuroendocrinos (CK AE1-AE3 y CD56 positivos)

# Diagnósticos

Cáncer broncogénico no microcítico indiferenciado, con masa pulmonar en base izda. que infiltra vena pulmonar y entra en aurícula izda. cardiaca, con adenopatías mediastínicas y metástasis en adrenal dcha.

- Empiema asociado por Neumococo y *Haemophylus influenzae*
- Insuficiencia respiratoria probablemente crónica
- ICC

- FA con sobredosificación de Sintrom inicial
- Cardiopatía hipertensiva/isquémica.
- Insuficiencias mitral y tricúspide leves-moderadas.
- Bronquitis crónica
- Hipertiroidismo subclínico
- Déficit de vit D
- Colelitiasis.
- Tabaquismo

## Tratamiento

- Oxígeno.
- Antibióticos
- Bisoprolol 2,5 mg: 1-0-0
- Enoxparina 60 mg: 1 vial al día s.c.
- Furosemida: 1-1-0
- Lorazepam 1 mg: 0-0-1
- Oncología => paliativos => éxitus (en un mes desde el inicio)

# Neoplasias cardiacas

## Primarias (raros)

- Benignas (85%)
  - Mixomas
  - Fibroelastomas papilares, lipomas, rabdomiomas y fibromas
- Malignas (15%)
  - Sarcomas
  - Linfomas, paragangliomas, plasmocitomas
  - Mesotelioma de pericardio

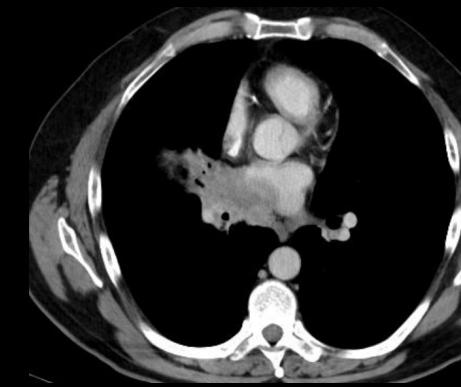
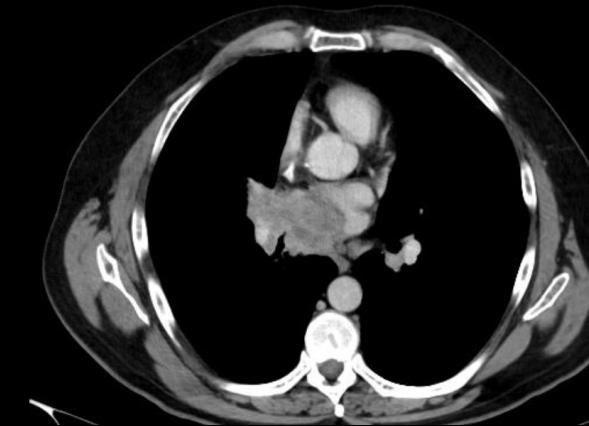
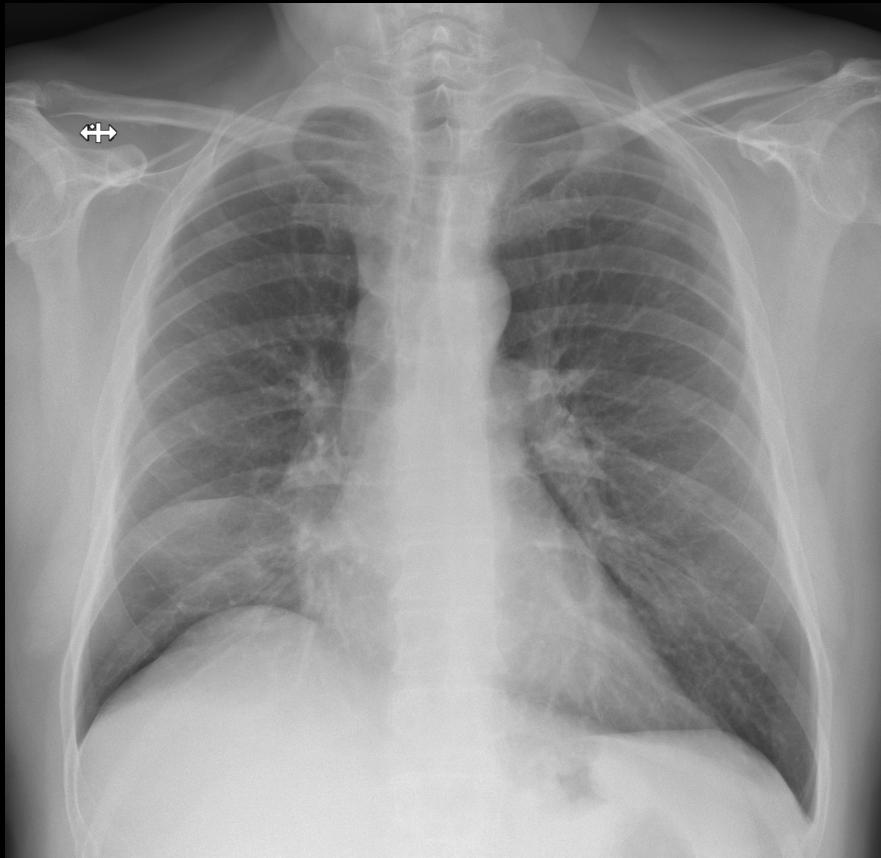
## Secundarias (frecuente)

- Melanomas
- Pulmón (35%), mama (11%), mesotelioma (9%), esófago (6%), estómago, páncreas, renal, hepatocelular, tiroides, sarcomas.
- Leucemia y linfoma (10%)

## Vías de extensión tumoral a corazón

- Hemática
- Linfática
- Directa (por contigüidad o infiltración directa) => esófago, mama, pulmón, ..
- Invasión a través de venas (poco frecuente)
  - Por vena cava (a aurícula dcha.)
  - Por venas pulmonares (a aurícula izda.) => la menos común de las vías. En cáncer de pulmón

- Hombre 56 años. Julio-2024
- **TAC:** Masa/conglomerado adenopático hilar derecho que condiciona obstrucción y atelectasia del LM, con datos de infiltración mediastínica, pericárdica y de AI. Adenopatías mediastinohiliares. Metástasis suprarrenales bilaterales, ganglionares retroperitoneales y peritoneales.
- **Biopsia bronquial :** CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUEÑAS.





La seo de Egara. Santa María, San Miguel y San Pedro. Tarrasa.  
Siglos II-V-VII-IX-XII

