

Mesotelioma pleural maligno variante epitelioid. Presentación de caso.
Malignant pleural mesotelioma type epithelioid. Case presentation.

Autores:

Msc. Masleidy Valladares Valle. Especialista de I grado en MGI e Imagenología. Profesor asistente. ORCID. 0000-0002-8482-5100

Msc. Yanelka Bouza Jiménez. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor asistente. ORCID. 0000-0002-2493-8016

Teresa Amparo Fonseca Fernández. Especialista de I grado en Medicina Interna. Profesor instructor. ORCID. 0000-0002-6508-3711

Hospital Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos. Cuba.

Correo: masleidy.valladares@gal.sld.cu

RESUMEN

El Mesotelioma Pleural Maligno (MPM) se considera una patología rara, muy agresiva. Se trata de un tumor maligno primario y más frecuente de la pleura, predominando en los hombres, en la 5 y 6 década. El factor de riesgo principal es la exposición a asbesto, radioterapia y el virus SV40, con una sobrevida de 6 meses a 5 años, no existiendo un consenso en el tratamiento.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el caso de un paciente, masculino, de 62 años, blanco, que acude al Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos con tos, disnea y dolor torácico. Al examen físico presencia de vibraciones vocales aumentadas, murmullo vesicular globalmente disminuido y crepitantes en base pulmonar izquierda. En la radiografía, ecografía y tomografía de tórax se visualizó engrosamiento, nódulos y masas pleurales. La BAAF y la necropsia confirmaron la presencia de Mesotelioma maligno variante epiteliode de pulmón izquierdo.

PALABRAS CLAVES: mesotelioma pleural maligno; diagnóstico del mesotelioma pleural; mesotelioma pleural; neoplasias mesoteliales.

ABSTRACT

Malignant Pleural Mesothelioma (MPM) is considered a rare, very aggressive pathology. It is a primary and more frequent malignant tumor of the pleura, predominantly in men, in the 5 and 6 decade. The main risk factor is exposure to asbestos, radiotherapy and the SV40 virus, with a survival of 6 months to 5 years, with no consensus on treatment. The present work aims to present the case of a 62-year-old white male patient who attended the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University General Hospital in Cienfuegos with cough, dyspnea and chest pain. On physical examination there was increased vocal vibrations, globally decreased vesicular murmur and crackles in the left lung base. The chest x-ray, ultrasound, and tomography revealed thickening, nodules, and pleural masses. BAAF and autopsy confirmed the presence of epithelioid variant malignant mesothelioma of the left lung.

Keywords: malignant pleural mesothelioma; diagnostic in pleural mesothelioma; pleural mesotheliomas type epithelioid; neoplasms mesotelial.

INTRODUCCIÓN

El Mesotelioma Pleural Maligno (MPM) se considera como una patología rara y muy agresiva. ⁽¹⁾ Se trata de un tumor maligno primario y más frecuente de la pleura.⁽²⁾ Es una neoplasia que se origina principalmente en la pleura parietal y que puede diseminarse a través de las cisuras. Puede también infiltrar el pericardio y/o diseminarse a través, de tractos de agujas e incisiones. ⁽³⁾

El principal factor de riesgo para desarrollar MPM es la exposición a cualquier fibra de asbesto. Otra de las etiologías documentadas del MPM es la radioterapia utilizada para el tratamiento de cáncer de mama, pulmón y linfoma. El virus SV40 también ha sido propuesto como agente causal. ⁽⁴⁾

En los Estados Unidos se reportan cerca de 3 000 nuevos casos cada año de mesoteliomas y alrededor del 80 % de estos son pleurales. ⁽⁵⁾ En Cuba, aparecen varios reportes de casos en la literatura^(6,7) y en Cienfuegos se reporta un caso. ⁽⁸⁾

El MPM puede presentar inicialmente un cuadro clínico de disnea, generalmente relacionada con el desarrollo de derrame pleural, y también es muy frecuente que se acompañe de dolor pleural, que no suele guardar clara relación con los movimientos respiratorios. ⁽⁹⁾

La supervivencia media desde el inicio de los síntomas sin tratamiento es generalmente de 6 meses, con una modalidad de tratamiento se incrementa de 9 a 12 meses y con tratamiento multimodal en dependencia del estadio y el tipo histológico se describen supervivencias de entre 2 y 5 años. ⁽¹⁰⁾

El presente trabajo tiene como objetivo referir el caso de un paciente con mesotelioma pleural maligno variante epitelioides, que fue prescrito por un equipo multidisciplinario del servicio de medicina interna y centro de diagnóstico por imágenes del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente de 62 años, blanco, masculino, de procedencia extranjera (británico) y residencia en Cuba. Con Antecedentes Patológicos Personales de enfisema pulmonar y de ser fumador inveterado y Antecedentes Familiares de Diabetes Mellitus. Acudió a Cuerpo de Guardia de Medicina Interna el pasado 16 de junio refiriendo que hacía aproximadamente 10 días había comenzado con tos seca, dolor intenso en la región izquierda de la espalda, con poco alivio con analgésicos, dificultad respiratoria ocasional y varios picos febriles de 38 °C. Por todo lo anterior se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

Al Examen Físico se constataron cifras elevadas de tensión arterial (140/90 mmHg) y en el aparato respiratorio se precisaron vibraciones vocales aumentadas en base pulmonar izquierda, murmullo vesicular globalmente disminuido y crepitantes en base pulmonar izquierda. Resto sin alteraciones.

Exámenes complementarios:

Examen	Resultado
Hemoglobina	12.3 g/L
Hematocrito	40
Velocidad de sedimentación globular	41 mm/seg
Leucograma: Leucocitos	18.1 x 10 ⁹ /L
Segmentados	75
Stabs	0
Eosinófilos	0
Monocitos	0
Linfocitos	25
Glicemia	3.05 mmol/l
Creatininas	97 mmol/l

Colesterol	4.32 mmol/l
TGP	100 U/l
TGO	74 U/l
Tiempo de coagulación	9 minutos
Tiempo de sangrado	1 minuto
Conteo de plaquetas	200 x 10 ⁹ L
Serología y VIH	No reactivos
Espudo bacteriológico	Negativo
Espudo BAAR	Codificación 0
Espudo GRAM	-25 PMN +10 <E por campo

Se le realiza una radiografía de tórax (Figura 1) donde se informa una imagen radiopaca algo ovalada, regular, bordes casi indefinidos de aproximadamente 5cm en región parahiliar y base izquierda que crece desde la periferia. Índice cardiotorácico (ICT) normal.



Figura1. Radiografía de Tórax vista PA.

En el ultrasonido abdominal se observan riñones de tamaño normal con parénquima conservado y varias imágenes quísticas, la mayor en riñón derecho que mide 70 mm. Resto sin alteraciones.

La ecografía de pulmón (figura 2) confirmó la presencia de una masa de aspecto tumoral, sésil, a predominio hipoecogénico con calcificaciones en su interior que mide aproximadamente 35x44 mm de diámetro en el espacio pleural.



Figura2. Ecografía de pulmón. Masa tumoral en el espacio pleural.

Posteriormente se realiza una tomografía de tórax simple (Figura 3) evidenciándose afectación del hemitórax izquierdo por engrosamientos parciales de la pleura parietal y visceral de bordes lobulados con aspecto nodular y masas. Presencia en el parénquima pulmonar ipsilateral áreas de aumento de la densidad que preservan los márgenes broncovasculares, patrón en vidrio deslustrado con engrosamiento de los septos interlobulares con superposición de líneas intralobulares (patrón en empedrado). No adenomegalias mediastínicas.

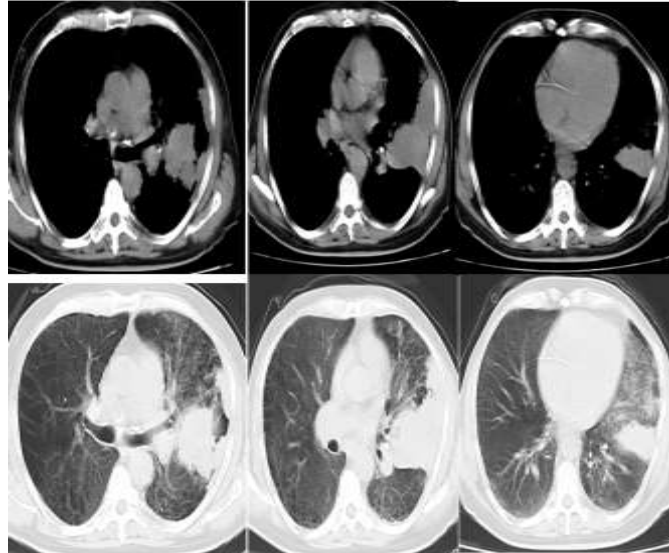


Figura 3. TAC de tórax simple, cortes axiales, ventana mediastínica y pulmonar. Engrosamientos parciales de la pleura parietal y visceral de bordes lobulados con aspecto nódular y masas pleurales.

Se le realiza una Biopsia Pleural con aguja fina guiada por ultrasonido para el estudio histológico de la lesión donde se plantea un Mesotelioma maligno con infiltración de partes blandas.

La evolución del paciente fue tórpida falleciendo el mismo a los 10 días del diagnóstico y realizándose necropsia teniendo como resultado:

Causa básica: Mesotelioma maligno variante epitelioides de pulmón izquierdo.

Causa intermedia: Infiltración de la pared torácica y parénquima pulmonar.

Causa directa: Estadio final de la neoplasia.

DISCUSIÓN

El mesotelioma pleural maligno (MPM) es una neoplasia que ha sido atribuida a diversas causas tales como la exposición directa o indirecta a asbestos (anfíboles), zeolitas, radiación, fibrosis pleural, factores hereditarios e infección por virus SV40. Se ha descrito proporción hombre-mujer de 2,7:1 y edad promedio de presentación entre 51 y 60 años para ambos géneros.⁽⁹⁾ En el paciente de nuestra presentación, es un masculino de 61 años, con antecedentes de enfermedad pulmonar y de ser fumadora. Prácticamente

cualquier persona puede considerarse expuesta al asbesto debido al uso tan difundido que tuvo globalmente, que llegó a sumar hasta 3000 productos en su máximo auge, durante la mayor parte del siglo XX. Se empleaba no sólo en la industria, sino también en objetos de uso doméstico. ^(4,11)

El cuadro clínico que predominó fue la tos, dolor torácico y disnea. Clínicamente, se caracteriza por disnea progresiva acompañada de dolor torácico no pleurítico, anorexia y pérdida de peso en los casos más avanzados, un pequeño número de pacientes se encuentra asintomático al momento del diagnóstico. En la enfermedad avanzada casi siempre existe invasión local de la pared torácica, pericardio o diafragma. Las metástasis a distancia son raras. La invasión al pulmón contralateral y el peritoneo ocurre en el 10-20 % de los casos. La invasión local puede provocar raramente disfagia, síndrome de Horner, síndrome de vena cava superior, compresión medular, taponamiento cardíaco, parálisis de cuerdas vocales o parálisis diafragmática. ⁽¹²⁾

El primer paso en la evaluación de una lesión en la radiografía de tórax es determinar su localización en el pulmón, la pleura o la pared torácica. En el caso que nos incumbe, la pleura, existen una serie de signos radiológicos que nos ayudan a diferenciar estas entidades. Las masas cuyo origen se encuentran fuera de los pulmones (pleurales y extrapleurales), tienen forma lenticular, ángulo obtuso con respecto a la pared torácica, comprimen a los vasos pulmonares, presentan densidad homogénea con borde nítido, liso y a menudo incompleto en la radiografía de tórax, (solo se visualiza parte de la masa). La diferenciación entre masa pleural y extrapleural se hará teniendo en cuenta que estas últimas causan afectación costal y desplazan la grasa extrapleural hacia la cavidad torácica, mientras que los tumores pleurales típicos rechazan la grasa hacia fuera y no producen afectación costal. ⁽¹³⁾

La TC es la principal modalidad de imagen utilizada para la evaluación de MPM, coincidiendo con la literatura que los hallazgos clave de la TC que sugieren MPM incluyen derrame pleural unilateral, engrosamiento pleural nodular y engrosamiento de fisuras interlobar. También es frecuente la

contracción del hemitórax afectado con el desplazamiento mediastínico ipsilateral asociado, los espacios intercostales estrechados y la elevación del hemidiafragma ipsilateral. ⁽⁹⁾

Los hallazgos en TAC son característicos de MPM, pero no patognomónicos, ya que puede ser indistinguible de la afectación metastásica tumoral. Estos hallazgos pueden ayudar a orientar sobre benignidad o malignidad de la afectación pleural, por lo que puede evitar procesos invasivos innecesarios. También, puede servir para localizar el mejor sitio de punción y para guiarla. Los datos que orientan más hacia malignidad ante un engrosamiento pleural son: ⁽¹⁴⁾

Afectación de la pleura parietal con un grosor mayor de 1 cm. Afectación de pleura mediastínica o pericardio. Engrosamiento circunferencial de la pleura (“encapsulamiento” del pulmón) y/o pérdida de volumen acompañante en ese hemitórax. Engrosamiento pleural nodular (se considera masa pleural cuando el tamaño es mayor de 3 cm).Afectación unilateral. Diseminación hacia estructuras adyacentes, metástasis pulmonares o ganglionares.

La biopsia guiada por ultrasonido, como en nuestra presentación, y por TAC son útiles para el diagnóstico anatomopatológico, aunque el estándar de oro es la toracoscopia. Siendo los tipos histológicos de mesotelioma más frecuentes^(3,4), el epitelial (60 %), el sarcomatoide (10 %) y el bifásico (30 %). Según la biopsia realizada en este paciente la variante epitelioide fue la diagnosticada.

Los mesoteliomas pleurales malignos tienen pocas posibilidades de tratamiento, no existiendo un consenso sobre el mismo, siendo las medidas de soporte, tratamiento sintomático y dentro de ellas el dolor las indispensables.

Los pacientes candidatos a un tratamiento quirúrgico radical serían aquellos en los que fuera posible llevar a cabo un procedimiento citorreductor óptimo. La pleurectomía (resección de la pleura parietal) y la decorticación (resección de la pleura visceral) son opciones quirúrgicas con menos complicaciones asociadas. ⁽⁸⁾Un gran número de agentes citotóxicos han sido estudiados y utilizados en estos pacientes como las antraciclinas, sales de platino,

antimetabolitos entre otros.⁽¹⁵⁾La respuesta a la quimioterapia y radioterapia de estos tumores es escasa, y la cirugía es pocas veces curativa. La elección entre las distintas opciones terapéuticas depende de la situación clínica y los estudios de extensión tumoral (TNM) mediante técnicas de imagen.⁽⁴⁾

El pronóstico de supervivencia de estos pacientes es variable desde 6 meses a 5 años, en el caso reportado falleció a los 10 días de su diagnóstico, con una morbilidad asociada importante.

Conflicto de intereses: Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

Idea conceptual: Masleidy Valladares Valle, Teresa Amparo Fonseca.

Revisión de la literatura: Masleidy Valladares Valle, Yanelka Bouza Jiménez.

Escritura del artículo: Masleidy Valladares Valle, Teresa Amparo Fonseca.

Revisión crítica: Yanelka Bouza Jiménez.

Financiación: Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Izquierdo-Sánchez V, Muñiz-Hernández S, Vázquez-Becerra H, Pacheco-Yepetz J, Romero-Piña ME, Arrieta O, et al. Biodistribution and Tumor Uptake of ⁶⁷Ga-Nimotuzumab in a Malignant Pleural Mesothelioma Xenograft. *Molecules*. 2018 [acceso 11/01/2019];23:31-8. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1420-3049/23/12/3138>.
2. Gonzáles Aste M, Coello Rodríguez R, Ortiz Muchotrigo N, Gonzáles Roca M, Báez Patiño AP, Sánchez Zavaleta C, et al. Mesotelioma pleural: experiencia durante 8 años y descripción de 20 casos en el Hospital Naval, Callao, Perú. *Respirar*. 2018;10(1):15-23.
3. Rodríguez Panadero F. Diagnóstico y tratamiento del mesotelioma pleural maligno. *Archivos de Bronconeumología*. 2015 [acceso 12/3/2021];51(4):177-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289614002270>.
4. Gómez Trueba G, Collado Otero JC. Mesotelioma pleural maligno. Actualización sobre diagnóstico y tratamiento. *Rev Cub de Cir*. 2020

- [acceso 12/4/2021];59(1):e831. Disponible en:
<http://www.revcirologia.sld.cu/index.php/cir/article/view/831/508>
5. Light W. Trastornos de la pleura y el mediastino. En: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19 ed. México DF: Editorial McGraw-Hill; 2017: p. 2178-82.
 6. Armas Moredo K, García Rodríguez ME, Acosta Prieto S, Armas Pérez B. Mesotelioma pleural maligno en ocho pacientes y revisión del tema. Revista Cubana de Cirugía. 2016 [acceso 22/01/2019];55(4):340-7.
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v55n4/cir09416.pdf>.
 7. Pérez Assef JJ, Nicolau Díaz OD, Morales Esteban G. Mesotelioma pleural con síndrome de osteólisis. MEDICIEGO. 2017 [acceso 12/02/2019];23(4):36-42. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2017/mdc174f.pdf>.
 8. Sánchez-Sánchez S, Calvo-Díaz L, Navarro-Baldellot A. Mesotelioma pleural maligno. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Finlay [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 May 10]; 10(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en:
<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/852>
 9. Vanrell AJ, Peralta J, Sáez A, Ovalle Arciniegas HM. Mesotelioma pleural maligno: a propósito de un caso. Rev de la Asoc Méd Arg. 2019 [acceso 12/03/2021];132(4):15. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087168?src=similardocs>
 10. Gopar Nieto R, Cabello López A, Juárez Pérez CA, Haro García LC, Jiménez Ramírez C, Aguilar Madrid G, *et al.* Actualización sobre la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del mesotelioma maligno pleural. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016 [acceso 23/01/2019];54(6):770-6. Disponible en: Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im166l.pdf>
 11. Comba P, D'Angelo M, Fazzo L, Magnani C, Marinaccio A, Mirabelli D, *et al.* Mesothelioma in Italy: the Casale Monferrato model to a national epidemiological surveillance system. Ann Ist Super Sanità. 2018

[acceso 22/01/2019];54(2):139-48. Disponible en: <http://www.annali-iss.eu/article/view/720/409>.

12. Guzmán de Alba E. Temas Selectos de Oncología Torácica. Capítulo 10: Mesotelioma maligno y otros tumores primarios de la pleura. En: Ibarra Pérez C. (editor) Madrid: Edit. Elsevier; 2015.
13. Cartón Sánchez P, Álvarez De Eulate García T, López Pedreira MR, Calleja Cartón E, Hermosín Peña A, Jiménez Cuenca I. Estudio por imagen de las masas pleurales. [Presentación Electrónica Educativa] Sociedad Española de Radiología Médica. 2018 [acceso 20/03/2021] Disponible en: https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/1362/714/&ved=2ahUKEwi6xluOkr_wAhUPn-AKHfGxAF8QFjAAegQIAxAB&usg=AOvVaw1SgJNsMDI12ZpluM_-t2zy.
14. Velarde Pedraza A, Barón Rodiz P, Sánchez Ortega F, Cárdenas Valencia C. ¡No nos olvidemos de la pleura! Claves para reconocer el mesotelioma pleural maligno. [Presentación Electrónica Educativa] Sociedad Española de Radiología Médica. 2018 [acceso 20/01/2019] Disponible en: https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/1229/661/&ved=2ahUKEwi9jsyOk7_wAhXWTjABHYR0DpMQFjAAegQIAhAB&usg=AOvVaw1c3i-bgIIKDtvN-rv6DyFW.
15. Hiddinga BI, Rolfo C, van Meerbeeck JP. Mesothelioma treatment: Are we on target? A review. J Adv Res. 2015;6(3):319-30.