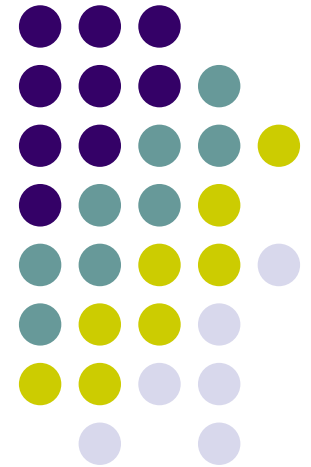
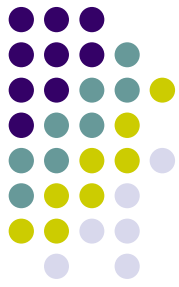


# Paciente con EPOC de larga evolución y anormalidad radiológica.

---



**José Barquero Romero**  
**S. de Medicina Interna.**  
**H. Tierra de Barros. Servicio Extremeño de Salud.**  
[www.doctorbarquero.com](http://www.doctorbarquero.com)



- Varón.
- 70 años.
- EPOC en estadio avanzado (no OCD)
- Fumador hasta hace 12 años.(52 paq-año)
- Dos ingresos hospitalarios previos por exacerbación de Epoc.

# Antecedentes personales:



- Epoc:
  - más de 10 años de evolución
  - Estadio GOLD 3.
  - Sin ingresos en los últimos 18 meses.
- Fibrilación auricular crónica anticoagulada.
- Dislipemia en tratamiento.
- Intervenido de quiste hidatídico hepático 12 años atrás.

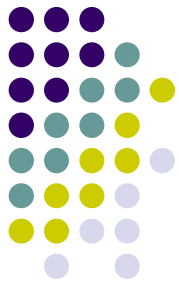
# Antecedentes personales:

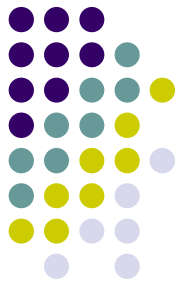


- Régimen de vida: nivel de disnea 2-3 de la MRC.
- No necesita ayuda para actividades de la vida diaria.

# Tratamiento

- LABA.
- Gc inh.
- Anticolinérgico de acción larga.
- Simvastatina.
- Acenocumarol.



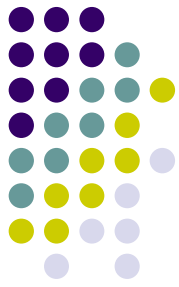


## Enfermedad actual:

- Desde **4 semanas** antes del ingreso nota aumento de disnea, aumento de la tos y expectoración.

## Anamnesis:

- Dolor torácico anterior de características pleuríticas, de intensidad leve-moderada.
- No fiebre ni otros síntomas sistémicos.
- Resto de anamnesis normal.



# Exploración física:

- Estado general conservado.
- Bien hidratado y perfundido.
- TA 150/65. Fc respiratoria 24 rpm. Fc cardiaca 100 lpm.
- Saturación basal de O<sub>2</sub> 94%.
- Cuello: No ingurgitación yugular. No adenopatías.
- Auscultación cardiaca arrítmica, sin soplos, a 100 lpm.
- Ausc pulmonar con disminución del murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen y extremidades sin hallazgos significativos.

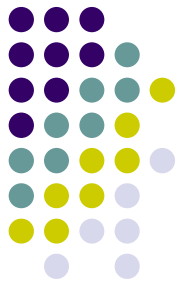
# Exploraciones complementarias:



- Hemograma:
  - Hemoglobina 14,2, Hematocrito 38%, VCM 92, HCM 34.
  - Leucocitos 13.100 con fórmula normal.
  - Plaquetas 290.000.
- Bioquímica:
  - Glucosa, Urea , Creatinina, Urato, Ca, Na y K: Normales.
  - AST 51, ALT 32, **LDH 520**, F.alcalina 72, GGT 45.
  - **Colesterol total 226, LDL 163, Triglicéridos 193.**
  - Proteínas totales , Albúmina, TSH, CPK y troponina I: normales.
  - Act de protrombina: Normal. Dimero D: normal
  - Fibrinógeno 660.
  - Gasometría arterial (FiO2 21%): 7,38/46/70/28/93%.

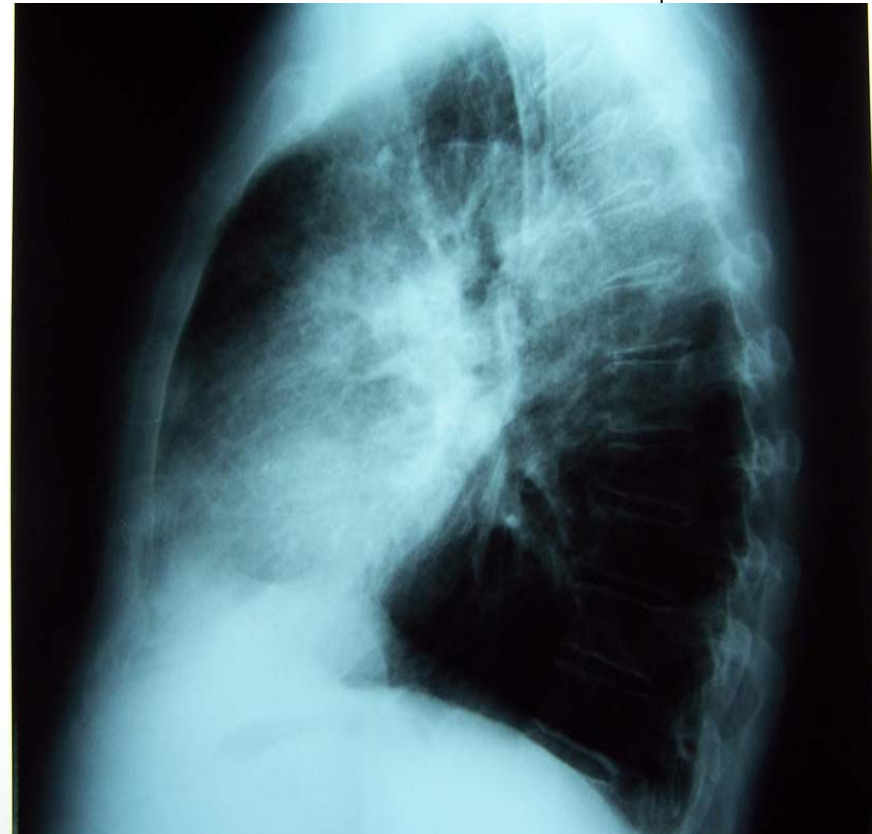


# Exploraciones complementarias:

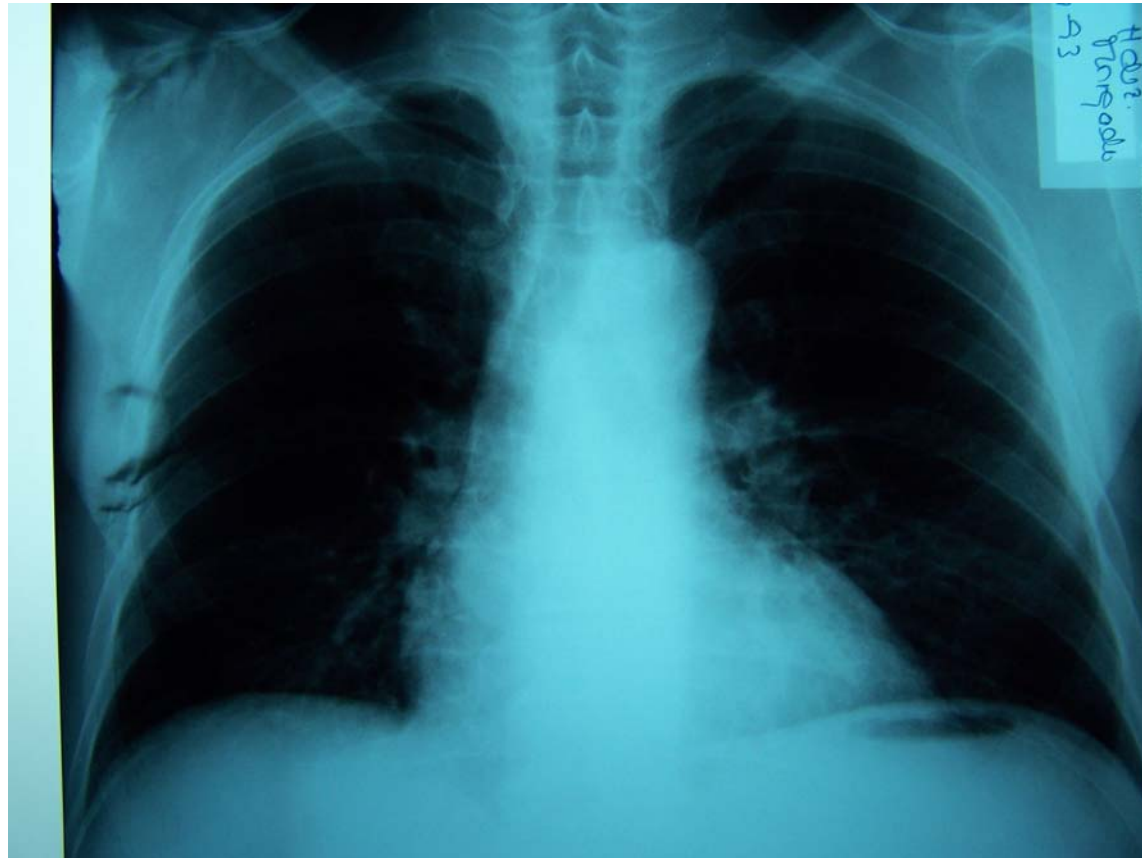


- Electrocardiograma: Fibrilación auricular con frecuencia ventricular controlada.
- Espirometría (de 14 meses previos)
  - FVC: 78%.
  - FEV1: 44%.
  - Índice de Tiffenau: 56%.

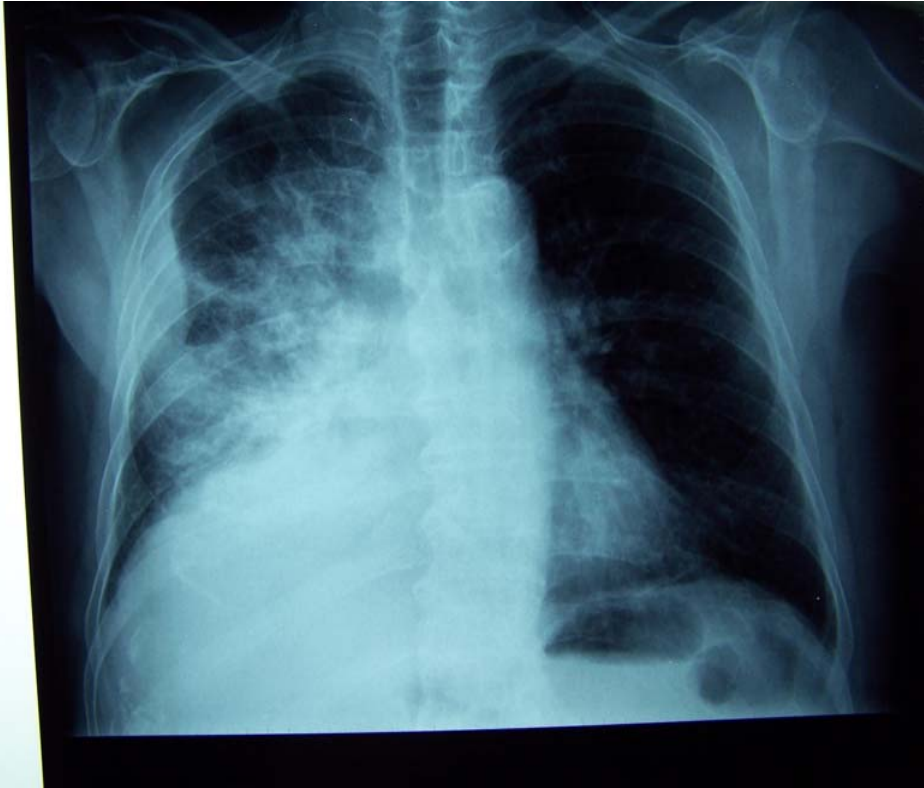
# Rx de tórax: Ingreso (2005)



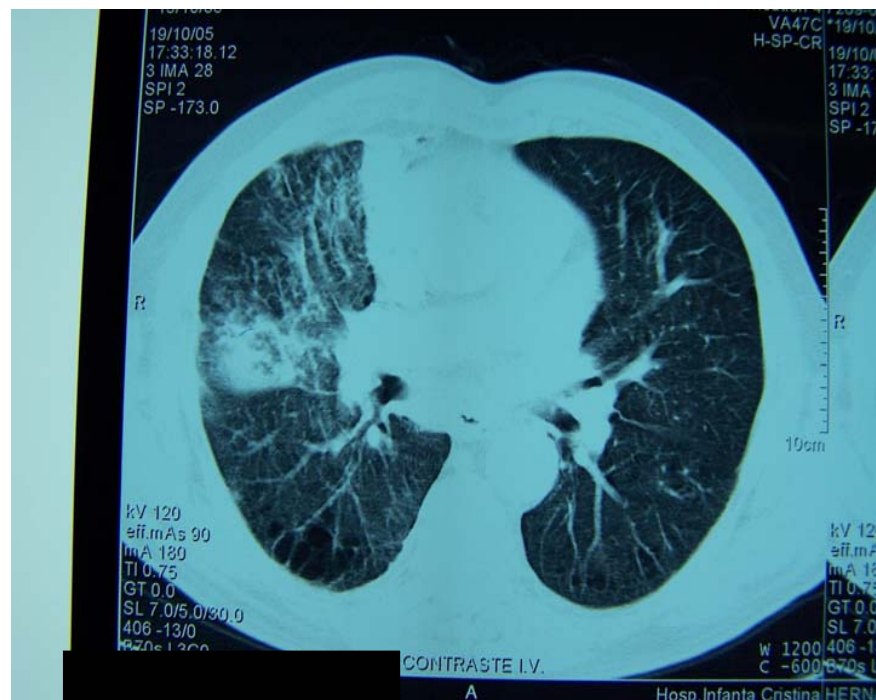
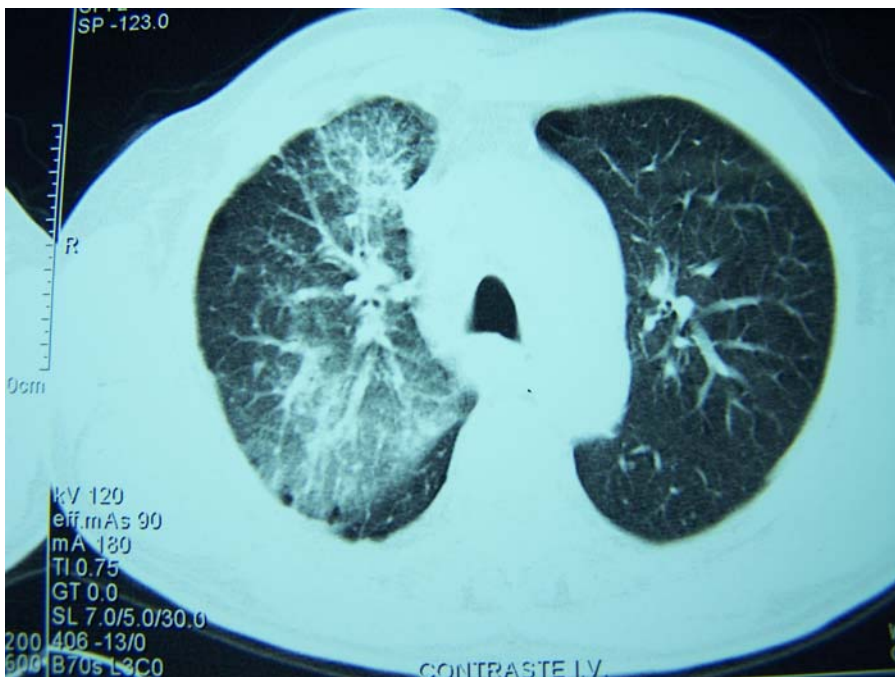
# Rx de tórax: 1993



# Rx de tórax: evolución (4 semanas)

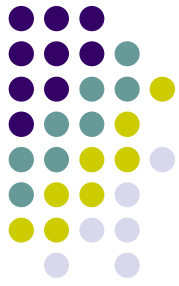


# TC de tórax





# Diagnóstico patológico



Biopsia transbronquial:

Adenocarcinoma broquioloalveolar.

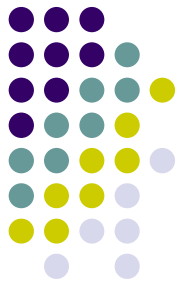
# Diagnóstico



Adenocarcinoma broquioloalveolar.



# Discusión



- El carcinoma bronquioloalveolar (CBA) es una estirpe histológica diferenciada dentro del grupo del cáncer de pulmón no microcítico.
- **Poco frecuente:** 4% de todos los cánceres de células no pequeñas.
- Se disemina localmente a través de la vía aérea, pero también por vía linfohematológica.

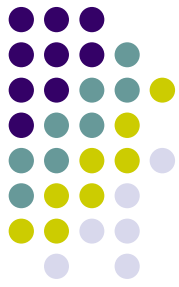
# CHEST

Official publication of the American College of Chest Physicians

Bronchioloalveolar Lung Cancer<sup>\*</sup>: ACCP  
Evidence-Based Clinical Practice Guidelines  
(2nd Edition)

Douglas Arenberg

Chest 2007;132:306S-313S  
DOI: 10.1378/cheest.07-1383



- El CBA en relación a otros carcinomas pulmonares:
  - Relación menos acusada con el tabaco.
  - Menor predominancia masculina.
  - Hasta un tercio de los pacientes suelen estar asintomáticos al momento del diagnóstico.

# CHEST

Official publication of the American College of Chest Physicians

Bronchioloalveolar Lung Cancer<sup>\*</sup>: ACCP  
Evidence-Based Clinical Practice Guidelines  
(2nd Edition)

Douglas Arenberg

Chest 2007;132:306S-313S  
DOI 10.1378/chest.07-1383



ORIGINALES

# Carcinoma bronquioloalveolar en España. Un cáncer de pulmón infrecuente y diferente

---

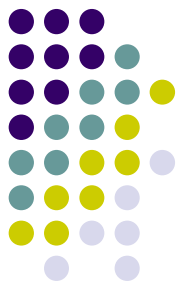
Ángel López Encuentra<sup>a</sup>, Francisco Pozo Rodríguez<sup>a</sup>, José Luis Martín de Nicolás<sup>b</sup>, Victoria Villena<sup>a</sup>, Javier Sayas Catalán<sup>a</sup> y Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (GCCB-S)\*

<sup>a</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**OBJETIVO:** Describir una serie de casos de carcinoma bronquioloalveolar (CBA) tratados quirúrgicamente por los 19 hospitales del Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (GCCB-S) entre 1993 y 1997.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Del total de 2.944 casos de carcinoma broncogénico no microcítico (CBNM), 82 (3%) eran CBA. Se compararon las características clínicas y el pronóstico de los CBA con los de los restantes 2.862 CBNM.



**TABLA I**  
**Carcinoma bronquioloalveolar (CBA). Datos descriptivos clínicos y biológicos (I)**

	Sin CBA	CBA	p
N.º de casos	2.862	82 (3%)	
Sexo masculino	2.673 (94%)	53 (65%)	< 0,001
Hallazgo casual	815 (29%)	48 (59%)	< 0,001
Ausencia o disnea leve	1.771 (62%)	64 (78%)	< 0,001
Estado clínico 0 <sup>a</sup>	575 (20%)	35 (43%)	< 0,001
Pérdida de peso reciente <sup>b</sup>	292 (10%)	4 (5%)	< 0,05
Comorbilidad (cualquiera)	1.719 (62%)	39 (50%)	< 0,05
EPOC	1.322 (47%)	27 (33%)	< 0,05

Más proporción mujeres

Más frecuente asintomático

Más frecuente localizado

Más frecuente no asociado al tabaco

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

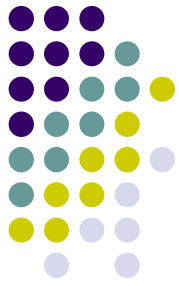
<sup>a</sup>Estado clínico general (*performance status*) en la escala ECOG; <sup>b</sup>mayor del 10%.



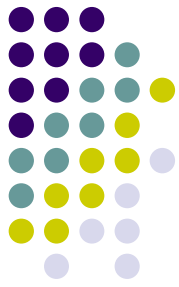
# En la Rx de tórax:

- nódulo solitario.
  - lo más frecuente: (50-85%),
  - hasta en un 30% nódulos sincrónicos múltiples.
  
- Consolidación extensa.
  - A semeja a una neumonía lobar.
  - Amplio diagnóstico diferencial (retraso diagnóstico)
  - Peor pronóstico.

# En la TC:



- Nódulo
- Imagen en vidrio deslustrado
- Consolidación.
- Áreas de **pseudocavitación** (*son producto de la existencia de pequeña vía aérea dentro del nódulo y no a necrosis*).



- Cuando el diagnóstico no es temprano se produce **microdiseminación canalicular**, comprometiendo difusamente al pulmón.
- En esta etapa se presenta sintomatología variada:
  - tos irritativa
  - esputo
  - taquipnea
  - dolor torácico
  - hemoptisis
  - fiebre
  - pérdida de peso
- Inoperable. Mal pronóstico.

# Tratamiento



- De primera intención: Quirúrgico.
- Estadios avanzados: Quimioterapia.
  - Clásico: Drogas que contengan platino,
  - Actual: Drogas para inhibir a receptores del factor de crecimiento epidérmico: Erlotinib (Tarceva®), Gefitinib (Iressa ®)





# Carcinoma bronquioloalveolar en España. Un cáncer de pulmón infrecuente y diferente

Ángel López Encuentra<sup>a</sup>, Francisco Pozo Rodríguez<sup>a</sup>, José Luis Martín de Nicolás<sup>b</sup>, Victoria Villena<sup>a</sup>, Javier Sayas Catalán<sup>a</sup> y Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (GCCB-S)<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

## Supervivencia global

	Sin CBA	CBA	RL
N.º de casos	2.862	82	
Mediana (meses)	29,4	49,3	
Supervivencia 5 años (IC del 95%)	34% (32-36)	45% (34-56)	0,007

CBA: carcinoma bronquioloalveolar; IC: intervalo de confianza; RL: rango logarítmico.