

## **Paciente Femenina de 40 años con Diagnóstico de Adenocarcinoma Pulmonar Asociado a Tuberculosis. Reporte de Caso**

**Carlos Andrés Carrión Granda<sup>1</sup>**

[cacarriong@gmail.com](mailto:cacarriong@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-0924-4725>

Médico General,  
Hospital Clínica San José,  
Ecuador

**Md. Francisco Xavier Clavijo Quezada**

[franciscoxavier1312@hotmail.com](mailto:franciscoxavier1312@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8885-7460>

Médico General,  
Centro de salud Camilo Ponce Enríquez,  
Ecuador

**Md. Franklin Daniel Bailón Pinargote**

[dhaniel23@hotmail.com](mailto:dhaniel23@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-6085-928X>

Médico Cirujano,  
Hospital General Quevedo,  
Ecuador

**Md. Byron Alexander Reyes Saa**

[byron10412@hotmail.com](mailto:byron10412@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0007-9079-4850>

Médico General,  
Hospital General Docente de Calderón,  
Ecuador

**Md. Madeleine Elizabeth Carrión Correa**

[made230297@gmail.com](mailto:made230297@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-3069-6681>

Médico General, Loja,  
Ecuador

### **RESUMEN**

El Cáncer de Pulmón es una enfermedad que resulta de la proliferación exagerada y sin control de determinadas células de los pulmones, órganos esponjosos que pertenecen al aparato respiratorio, en donde sucede el intercambio gaseoso con la sangre. Las clases histológicas del cáncer de pulmón son: el carcinoma de células pequeñas, carcinoma de células grandes, carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. En las etapas más avanzadas se puede desarrollar metástasis a sitios extratorácicos siendo más común al hígado, glándulas suprarrenales, cerebro y huesos. Generalmente este cáncer no produce síntomas ni signos en las etapas iniciales, cuando la enfermedad es avanzada suelen presentar: tos que no desaparece y que empeora con el tiempo, tos con sangre, dificultad para respirar, dolor o molestias en el pecho. A nivel mundial, el cáncer de pulmón es el segundo tumor más frecuente y la principal causa de muerte por cáncer en hombres, mientras que, en las mujeres, ocupa el tercer lugar en incidencia, y el segundo en mortalidad. Se reporta paciente femenina de 40 años con antecedentes de importancia que refiere disnea, dolor torácico y tos productiva de aproximadamente varios días de evolución motivo por el cual acude a centro médico.

**Palabras claves:** adenocarcinoma; pulmón; cáncer; tuberculosis; metástasis.

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [cacarriong@gmail.com](mailto:cacarriong@gmail.com)

## **40-year-old female patient with a diagnosis of pulmonary adenocarcinoma associated with tuberculosis. Case Report**

### **ABSTRACT**

Lung Cancer is a disease that results from the exaggerated and uncontrolled proliferation of certain cells in the lungs, spongy organs that belong to the respiratory system, where gas exchange with blood occurs. The histological classes of lung cancer are small cell carcinoma, large cell carcinoma, squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. In the more advanced stages, metastases can develop to extra thoracic sites, being more common to the liver, adrenal glands, brain and bones. Generally, this cancer does not produce symptoms or signs in the initial stages, when the disease is advanced, they usually present: cough that does not go away and worsens over time, coughing up blood, difficulty breathing, pain or discomfort in the chest. Worldwide, lung cancer is the second most common tumor and the main cause of death from cancer in men, while, in women, it occupies third place in incidence, and second in mortality. A 40-year-old female patient with a significant history of dyspnea, chest pain and a productive cough of approximately several days' duration is reported, which is why she went to a medical center.

**Keywords:** *adenocarcinoma; lung; cancer; tuberculosis; metastasis.*

*Artículo recibido 20 agosto 2023*

*Aceptado para publicación: 28 setiembre 2023*

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón (CP) constituye un gran problema de salud pública en nuestro país y en el mundo. En la actualidad en España es el tumor más frecuente en varones y la principal causa de muerte atribuida a cáncer. A pesar de los avances en el tratamiento, el pronóstico es pobre. Las tasas de supervivencia a los cinco años están alrededor del 50% para pacientes con enfermedad localizada, y apenas un 2% para aquellos con enfermedad diseminada. Un 80% de los diagnósticos de cáncer de pulmón en todo el mundo se han atribuido al tabaquismo. Otros factores que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer son: antecedentes familiares de cáncer de pulmón, exposición al asbesto, arsénico, cromo, berilio, níquel, hollín o alquitrán en el lugar de trabajo, y la exposición a la radiación.

Las tasas de incidencia y mortalidad son aproximadamente 2 veces más altas en los hombres que en las mujeres. La variación internacional en las tasas de incidencia refleja en gran medida el manejo de la epidemia de tabaquismo. Ecuador se ubica en el puesto 143 en hombres y 100 en mujeres. El riesgo de desarrollar esta patología en Ecuador es de 6,3 casos por 100.000 hombres, y de 5,7 casos por 100.000 mujeres, en una relación hombre mujer de 1.1 a 1. Este tumor se ubica en el séptimo lugar entre los tumores más frecuentes en hombres, y en el octavo en mujeres.

La supervivencia a los cinco años para todos los estadios combinados es de sólo el 14%. Los cánceres de pulmón se clasifican en cáncer pulmonar microcítico (CPM) y no microcítico (CPNM). El CPNM se divide a su vez en tres subtipos principales: carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma y carcinoma de células grandes. El adenocarcinoma de pulmón es el tipo más común entre no fumadores y mujeres.

La prevalencia de adenocarcinoma está aumentando y su importancia clínica radica en una mayor prevalencia de pacientes asintomáticos y no-fumadores. Radiológicamente, el ADC tiene un amplio espectro de apariencia que va desde la masa sólida única hasta la opacidad nodular en vidrio deslustrado, lo que refleja su variabilidad histológica.

El adenocarcinoma de pulmón es el tipo histológico más frecuente de cáncer de pulmón. Se dice que un AC tiene un crecimiento lepidico cuando se produce una proliferación de células

neoplásicas que revisten las superficies de las paredes alveolares preservando la arquitectura pulmonar.

La nueva clasificación refleja mejor la correlación patológica, radiológica y clínica del adenocarcinoma de pulmón.

**Los principales cambios de la nueva clasificación han sido:**

Erradicar el término confuso de “adenocarcinoma bronquio alveolar. Término anteriormente aplicado a tumores de crecimiento lepidico (que explicaremos más adelante).

Introducir el término de Adenocarcinoma in situ. Corresponde a una lesión pre-invasiva, con un crecimiento lepidico puro.

Introducir la categoría “Adenocarcinoma Mínimamente Invasivo. Son lesiones invasivas, aunque con mejor pronóstico, con casi el 100% de supervivencia a los 5 años, similar a lesiones pre-invasiva.

Clasificar el Adenocarcinoma Invasivo en función de los subtipos histológicos, como predominantemente lepidico, acinar, papilar, sólido, o micropapilar y el adenocarcinoma mucinoso invasivo. Este último, se considera una variante separada de adenocarcinoma invasivo, por las implicaciones terapéuticas y las diferencias de pronóstico.

Típicamente, los adenocarcinomas pulmonares surgen del epitelio bronquial o del epitelio bronquial glandular. Patológicamente, el adenocarcinoma puede exhibir un patrón de crecimiento acinar, papilar, micropapilar, lepidico o sólido, presenta expresión de marcadores mucinosos o neumocíticos, y usualmente se localiza en la periferia, con afectación pleural. Los hallazgos radiológicos más frecuentes consisten en nódulos con aspecto de cristal molido, parcialmente sólidos, o sólidos en tomografía computarizada (TC) del tórax.

**Caso Clínico**

Paciente de 40 años de sexo femenino, refiere que hace aproximadamente 18 días y sin causa aparente presenta disnea de medianos esfuerzos (2/4) que ha evolucionado a pequeños esfuerzos (3/4), dolor a nivel de hemitórax posterior izquierdo, localizado en la región subcostal, intenso 8/10 en la escala de Evans, tipo punzante, con irradiación a miembro superior izquierdo, tórax anterior e hipocondrio izquierdo, el cual se exacerba en la noche, se acompaña de tos con

expectoración amarillo verdosa, generalmente por la tarde y noche, sudoración profusa, pérdida de peso de aproximadamente 6kg y alza térmica no cuantificada; razón por la cual acudió a la casa de salud.

**Enfermedades médicas:**

Miomatosis uterina

Quiste en ovario izquierdo

Múltiples quistes de retención en cérvix

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: Diabetes Mellitus tipo 2 en abuela materna

Hábitos

Alimentación: balanceada 3 veces al día

Intolerancias alimenticias: ninguna

Catarsis: 1 vez al día

Diuresis: 4 – 6 veces al día

Sueño: 8 horas diarias de fácil conciliación y reparador

Bebidas alcohólicas: no

Tabaco: no

Drogas: no

Medicación: no

Exposición humo de leña por más de 23 años

Paciente ingresa al servicio de Medicina Interna en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto, saturación 91% con fio2 21 %, tensión arterial 120/70 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 38.0°C axilar, peso: 71.2 kg, talla: 164 cm, IMC: 26.47 (Sobrepeso).

Paciente lucida, hidratada, febril, algica, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéfala, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosas orales húmedas. Cuello: simétrico, sin adenopatías.

Tórax: inspección latido apexiano no visible tórax simétrico, sin presencia de lesiones ni cicatrices, presenta batipnea, palpación no hay dolor, latido apexiano palpable a nivel del 5to espacio intercostal, por dentro de la línea hemiclavicular izquierda, disminución de expansibilidad de ambas bases pulmonares, frémito vocal disminuido, sobre todo en la base pulmonar de hemitórax izquierdo, elasticidad pulmonar disminuida, percusión matidez cardiaca desde 4to espacio intercostal izquierdo línea paraesternal, no se evidencia cardiomegalia, matidez a nivel de hemitórax izquierdo y del 4to al 6to espacio intercostal del hemitórax derecho. Auscultación: R1 y R2 rítmicos, normofonéticos, no se auscultan soplos. Murmullo vesicular disminuido. Estertores crepitantes en las bases pulmonares, más audibles en el pulmón izquierdo, desde el 3er espacio intercostal. Frémito pleural a nivel de los 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo.

Abdomen: inspección: Simétrico, color de la piel concuerda con el resto del cuerpo. No cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes palpación abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo. Palpación: Sensibilidad conservada, puntos costovertebrales y costo musculares negativos Percusión: Puño percusión no dolorosa. Región genitourinaria: No valorada.

Extremidades: tono y fuerza muscular conservado, pulsos distales presentes, no se evidencia edema.

Exámenes de laboratorio:

**Tabla 1.** Biometría Hemática

Parámetros	Valor	Unidades	Valores de referencia
Leucocitos	8.6	k/uL	(4.800 – 10.800)
Linfocitos	2.2	k/uL	(1.10 – 3.20)
Linfocitos %	25.8	%	(30.5 – 45.5)
Monocitos	0.6	k/uL	(0.30 - 0.80)
Monocitos %	7.3	%	(5.5 – 11.5)
Neutrófilos	5.0	k/uL	(2.20 – 4.80)
Neutrófilos %	57.7	%	(40 – 40.5)

<b>Eosinófilos</b>	0.7	k/uL	(0.02 - 5.00)
<b>Eosinófilos %</b>	8.20	%	(0.50 - 2.90)
<b>Basófilos</b>	0.0	k/uL	(0.00 - 2.00)
<b>Basófilos %</b>	0.5	%	(0.2 - 1.0)
<b>G. Rojos</b>	4.7	M/UI	(4.200 - 5.100)
<b>Hemoglobina</b>	14	g/dL	(12.0 - 16.0)
<b>Hematocrito</b>	41.4	%	(37.0 - 47.0)
<b>MCV</b>	88.1	fL	(81.0 - 99.0)
<b>MCH</b>	29.8	pg	(27.0 - 32.0)

**Tabla 2**Química Sanguínea y serológicos

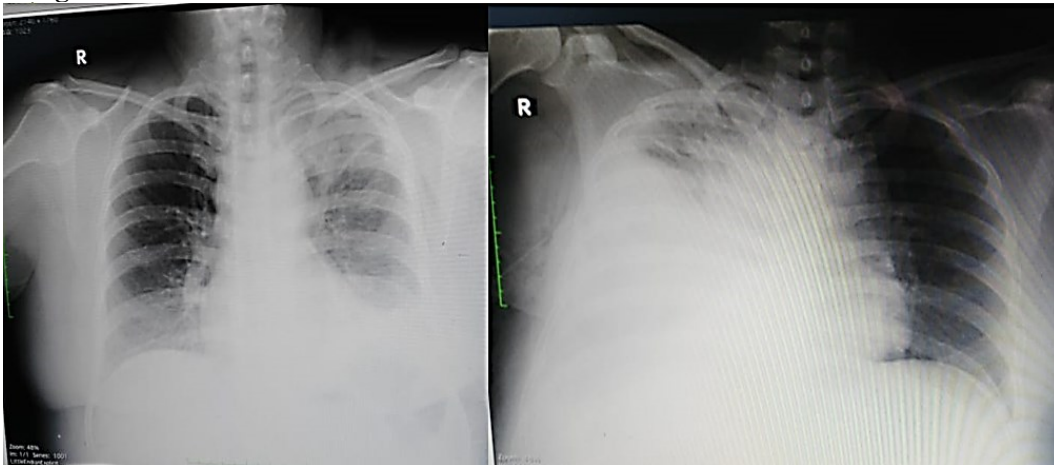
<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Unidades</b>	<b>Valores de Referencia</b>
<b>BUN</b>	8.79		
<b>PCR</b>	1.7	mg/l	0.0-3.0
<b>LDH</b>	139.0	U/l	210 - 480
<b>Creatinina</b>	0.7	mg/dl	0.5-1.1
<b>Urea</b>	16.8	mg/dl	16.6-50.0
<b>Glucemia basal</b>	157	mg/dl	70.0-100
<b>Ac. Anti-VIH 1&amp;2</b>	No reactivo		
<b>R. L. VDRL</b>	No reactivo		

**Tabla 3**Gasometría arterial

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>
PO2	71.0 mmhg
PCO2	24.70 mmhg
PH	7.46
StO2	94.9
Sodio	142.8 mmol/L
Potasio	34.20 mmol/L
HCT	-4.5 mol/L
DE	-6.5 mol/L
BEecf	20.7 mol/L
CHO3at	26.7 mmhg
P50	20.0 Vol %

## Rx de Tórax (imagen 1)

Imagen 1. Rx de Tórax

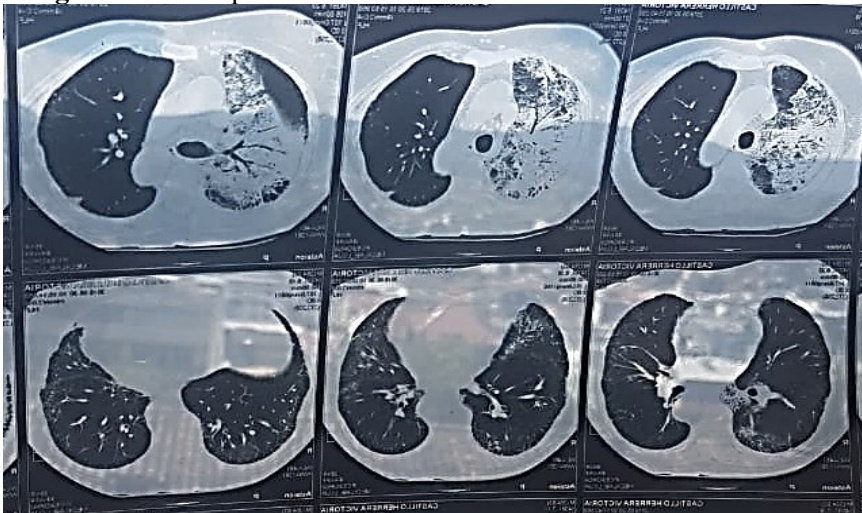


Reporte: Radio opacidad en el hemitórax izquierdo con borramiento del ángulo costofrénico

Conclusión: Proceso infeccioso presente, correlacionar clínica

## Tomografía simple de Tórax (imagen 2)

Imagen 2. Tac Simple de tórax



Reporte: Áreas de consolidación y vidrio deslustrado en el lóbulo superior izquierdo, asociada a broncograma aéreo, también áreas de vidrio deslustrado en el lóbulo medio derecho, se evidencia nódulos pulmonar.

## Biopsia de Trucut de Nódulo Pulmonar

Descripción macroscópica: Se reciben tres fragmentos de tejido gris alargados miden entre 0.5 y 1 cm. Se procesa todo.



Descripción Microscópica: los cortes histológicos muestran tejido pulmonar infiltrado por neoplasia maligna con diferenciación glandular, que forma luces, núcleos agrandados hiper cromáticos, de bordes irregulares con escasos nucleolos, citoplasma eosinófilo, escasas mitosis, estroma con tejido conectivo denso, con áreas hemorrágicas, reacción estromal desmoplasia moderada.

Diagnostico: sugestivos de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante, es necesario realizar pruebas de inmunohistoquímica para determinar si es tumor primario de pulmón o metastásico. No se observa invasión linfovascular, no invasión perineural.

#### **Citología de Lavado Bronco Alveolar**

Se estudian 4 laminillas en donde se observa frotis con fondo hemorrágico, presencia de células inflamatorias crónicas, y células neoplásicas con núcleos agrandados de bordes irregulares con algunos nucleolos y cromatina densa, agrupadas en glándulas que forman luces.

Resultado: lavado bronquial positivo para malignidad.

#### **Baciloscopia de Esputo**

Pruebas de Ginexpert, en el reporte indica positivo para Mycobacterium Tuberculoso.

Tinción de Baar: Positivo para bacilo alcohol acido resistente +++

#### **DISCUSIÓN**

El cáncer de pulmón es una enfermedad que resulta de la proliferación exagerada y sin control de determinadas células de los pulmones, órganos esponjosos que pertenecen al aparato respiratorio, en donde sucede el intercambio gaseoso con la sangre. El subtipo de cáncer mas frecuente es el adenocarcinoma pulmonar ya que se presenta en personas sin antecedentes de tabaquismo, este puede exhibir un patrón de crecimiento acinar, papilar, micropapilar, lepidico o sólido, con expresión de marcadores mucinosos o neumocíticos, y usualmente se localiza en la periferia, con afectación a la pleura en la tomografía simple de tórax se evidencia presencia de nódulos con aspecto de cristal molido, parcialmente sólido, o solido netamente como se evidencia en el examen tomográfico del presente caso. se realizaron estudios de biopsia en nódulo pulmonar que reportan diagnostico de Adenocarcinoma pulmonar diferenciado infiltrante, su broncoscopia positiva para malignidad y se realiza un hallazgo sugestivo de bacilo alcohol resistente con

positividad para *Mycobacterium tuberculosis*, su tratamiento se basa en la inmunoterapia con inhibidores de tirosina quinasa e inhibidores de fusión de la quinasa de linfoma anaplásico han suscitado respuestas favorables al tratamiento y prolongada la supervivencia total. Además, se utilizó tratamiento para tuberculosis tratado con isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol. El diagnóstico del cáncer de pulmón es complejo porque cursa sin sintomatología específica, en los últimos años se han desarrollado tecnologías sanitarias que han mejorado la identificación y estadiaje de este tumor, reduciendo el tiempo y complicaciones: broncoscopia y Tomografía por Emisión de Positrones. Por otro lado, hay avances importantes para el tratamiento de subtipos de cáncer pulmonar, con mayor eficacia y menos efectos adversos que tienen la capacidad de controlar la enfermedad. En el Ecuador las tasas de mortalidad tienen un patrón similar, aumentan en mujeres y se mantienen estables en hombres. Se muestra también, que la mortalidad sigue de cerca a la incidencia, tanto en hombres como en mujeres, dado el pronóstico malo de este cáncer.

## **CONCLUSIÓN**

El Adenocarcinoma de pulmón en Ecuador tiene gran relevancia en pacientes sin hábitos de tabaquismo como lo presenta el reporte del presente caso, se puede evidenciar la sintomatología de este, exámenes complementarios de imagen que reportan patrones clásicos de AC. Es muy raro encontrar una asociación de este tumor maligno a *Mycobacterium tuberculosis*. Los signos radiológicos son indicativos de sobre infección bacteriana y los nódulos consideración de una neoplasia.

## **REFERENCIAS**

- López, Escalera E, del Barco E, Bellido L, Cigarral B, Barrios B, et al. Carcinoma de pulmón no microcítico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2021;13(25):1377–87. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.02.0023>
- Pacheco Peláez MT, Vega Toapanta JC, Brito Carmona ED, Villa Clavijo CG, Destruge Molina GI. Reporte de caso clínico de adenocarcinoma de pulmón de células no pequeñas en mujer de 40 años. *Salud, Ciencia y Tecnología [Internet]*. 3 de agosto de 2023 [citado 15 de septiembre de 2023];3:475. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/475c>

SOLCA. Registro de tumores de SOLCA. 2015.

<http://www.estadisticas.med.ec/webpages/tablas.jsp>

Cabo A, del Campo E, Rubio T, Nápoles N, Columbie C. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con cáncer de pulmón en un servicio de neumología. MEDISAN [Internet].

2018;22(4):394-405. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-)

[30192018000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400009&lng=es)

Zurita-Aguirre Gabriela, Naveda-Pacheco Natalia, Poveda-Granja Sergio, Marín-Castro Pedro.

Metástasis gastrointestinales secundarias a adenocarcinoma invasivo pulmonar en un paciente joven: a propósito de un caso. Neumol. cir. torax [revista en la Internet]. 2021

Dic [citado 2023 Sep 15] ; 80( 4 ): 291-295. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0028-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-)

[37462021000400291&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0028-37462021000400291&lng=es). Epub 30-Sep-2022. <https://doi.org/10.35366/103454>.

Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, et al. International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. J Thorac Oncol 2011;6:244-85

Dawlat Khan , Mohammed Danjuma , Muhammad Umar Saddique , Khaled A. Murshed ,

Mohamed A. Yassin; Adenocarcinoma de pulmón que simula tuberculosis miliar.

Kompass Neumol 12 de octubre de 2020; 2 (2-3): 76–80.

<https://doi.org/10.1159/000510451>

Koutsopoulos AV, Mitrouska I, Dambaki KI, et al.: Is a miliary chest pattern always indicative of tuberculosis or malignancy? Respiration. 2006;73(3):379-381.

Horn L., Lovly CM En: Harrison. Principios de Medicina Interna, 20. a ed. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J., editores. Educación McGraw-Hill; Nueva York, NY: 2018. Neoplasias de pulmón. [consultado el 15 de septiembre de

2023]. Disponible en:

<http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1161977996>.

- Raboso Moreno B, Marguenda Contreras P, Matesanz López C. Presentación radiológica infrecuente del adenocarcinoma de pulmón: a propósito de un caso clínico [Uncommon Radiological Presentation of Lung Adenocarcinoma: About a Clinical Case]. *Open Respir Arch.* 2021;3(4):100129. Published 2021 Aug 27. <http://doi:10.1016/j.opresp.2021.100129>
- Leiro-Fernández V, Mouronte-Roibás C, Ramos-Hernández C, Botana-Rial M, González-Piñeiro A, García-Rodríguez E, et al. Changes in clinical presentation and staging of lung cancer over two decades. *Arch Bronconeumol.* 2014; 50(10): 417-21. doi: <http://10.1016/j.arbres.2014.03.003>
- Etxeberria-Lekuona D, Iridoy-Zulet AA. Adenocarcinoma de pulmón con patrón de crecimiento lepidico. *Rev Esp Casos Clin Med Intern [Internet].* 31 de diciembre de 2020 [citado 15 de septiembre de 2023];5(3):114-6. Disponible en: <https://www.reccmi.com/RECCMI/article/view/563>
- Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet.* 2018; 391(10125):1023-1075. doi: [http://10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](http://10.1016/S0140-6736(17)33326-3)
- Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249. doi: <http://10.3322/caac.21660>
- Masuda T, Hattori N, Hamada A et al. Erlotinib efficacy and cerebrospinal fluid concentration in patients with lung adenocarcinoma developing leptomeningeal metastases during gefitinib therapy. *Cancer Chemother Pharmacol* 2011; 67: 1465–1469