

CASO CLINICO:

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO EN PACIENTE ADOLESCENTE

AUTOR: DR. JULIO CESAR RIOS MENDOZA

TUTOR: DR. RAMIRO AJHUACHO RENTERIA

**SUCRE-BOLIVIA
2025**

PRESENTACION DEL CASO CLINICO:

-Filiación: Sexo: Masculino. **Edad:** 14 años. **Ocupación:** Estudiante.

Procedencia/Residencia: Monteagudo-Chuquisaca-Bolivia.

-Motivo de consulta: Cuadro clínico de aproximadamente 2 semanas de evolución caracterizado por disnea a medianos y pequeños esfuerzos, dolor torácico en punta de costado derecho, omalgia predominio izquierdo, diaforesis, alzas térmicas no cuantificadas, astenia, adinamia, anorexia.

Por lo que es transferido a nuestro hospital (Hospital Obrero N°6 Sucre-Bolivia) desde el hospital de Monteagudo con placa impresa de rayos X de tórax en proyección PA la cual presenta imágenes sugestivas de derrame pleural masivo derecho.

-Antecedentes relevantes: No se recabo antecedentes personales, patológicos, quirúrgicos de relevancia. Antecedentes heredo-familiares: Madre diagnosticada con un tumor cerebral (mal seguimiento del mismo).

-Datos relevantes al examen físico: Normolíneo, fascie disneica, piel y mucosas pálidas, diaforéticas, normotérmicas. Tórax: Área cardiaca con presencia de ruidos cardiacos taquicárdicos (104 lpm), regulares. Área pulmonar con presencia de murmullo vesicular abolido en todo el hemitórax derecho, matidez en todo el hemitórax derecho.

Resto del examen físico sin particularidad al momento de su ingreso a sala de internación.

-Datos relevantes de los métodos auxiliares:

Hemograma: G.R: 5.300.000, Hcto: 49%, Hb: 15.8 mg/dL, **G.B:11.300**, Neut: 67%, Linf: 31%, **Plaquetas: 511000.**

Química Sanguínea: Función renal, función hepática: Normales. Perfil glicémico y lipídico dentro de parámetros normales. Electrolitos: Normales. **LDH: 708 U/L**

EGO: L: 20 pcm, GR: 2 pcm, escasa bacterias (Contaminación).

Marcadores Tumorales: **B-HCG (CLIA): 14.8 mUI/ml (VR: 0.01-5.5)**, CEA (CLIA), AFP (CLIA), CA 125 (CLIA), CA 19.9 (CLIA), CA 15.3 (CLIA), PSA total, PSA Libre. (Normales).

ADA Liquido Pleural: 15.9 UI/L VR:45 UI/L (Normal).

IMAGENOLOGICOS:

Ecografías: Derrame pleural derecho e izquierdo de gran cuantía en repetidas ocasiones.

Pulmón derecho con **imagen de aspecto quístico** de contenido heterogéneo intra pulmonar.

LOES en pulmón derecho. Abdomen: Hígado congestivo, Ascitis grado I.

TAC con contraste:

TORAX: Infiltrado en vidrio esmerilado en toda la extensión del parénquima pulmonar derecho que podrían corresponder a proceso infeccioso atípico (**¿NEUMONIA INSTERTICIAL ALVEOLAR ATIPICA?**). Moderado derrame pleural parietal y mediastinal derecho, multitabulado segmentario.

Engrosamiento nodular pleural irregular configurando **extensa masa sólida que se extiende desde el mediastino inferior atravesando el abdomen superior para aórtico derecho a través del hiato diafragmático, mide aproximadamente 240 mm de diámetro céfalo caudal, planteando entre los diagnósticos diferenciales con MESOTELIOMA MALIGNO.**

Plantearse en el diagnóstico diferencial con: **EMPIEMA, ATELECTASIA PASIVA, BLOQUE NEUMONICO, NO SE DESCARTA PROCESO NEOPLASICO ASOCIADO.**

ABDOMEN: Adenomegalias retroperitoneales, adenomegalias inguinales de 12 mm que impresionan de tipo inflamatorio. **PELVIS:** Líquido libre leve en fondo de saco de Douglas.

Ecocardiograma: Insuficiencia valvular pulmonar funcional en grado leve, Insuficiencia tricúspidea funcional sin hipertensión pulmonar (27 MM/HG), FEVI: 74 %, Signos de hiperdinamia cardiaca secundaria.

Anatomía patológica líquido pleural: NEGATIVO para células neoplásicas malignas/frotis inflamatorio agudo (**EXUDADO**).

Anatomía patológica de pared torácica y pleura: Tumor maligno de células pequeñas, que en primera instancia favorece el diagnóstico de un **proceso linfoproliferativo (LINFOMA)**. Se debe realizar inmunohistoquímica para el diagnóstico definitivo. **NOTA:** Sugiere Linfoma de alto grado (Linfoblástico).

Cultivos: Urocultivo: NEGATIVO, Cultivo de Líquido Pleural: NEGATIVO.

Serologías: HAI-ELISA Para Chagas: Negativos, VIH: Negativo

ANA, ENA PROFILE, ANCA C y P, ANTI-CCP (ELISA): NEGATIVOS

Espirometría: Anormalidad restrictiva **MUY SEVERA**.

**INMUNOHISTOQUIMICA: COMPATIBLE CON MATERIAL AMORFO
EOSINOFILICO Y HEMATICO CON CELULAS MESOTELIALES REACTIVAS,
HISTIOCITOS Y CELULAS INFLAMATORIAS MIXTAS**

-EVOLUCION: Paciente con evolución desfavorable progresiva, presentando desde un inicio insuficiencia respiratoria aguda secundaria a derrame pleural masivo derecho, se sobreañade proceso séptico respiratorio. Son tratados con antibioterapia empírica y toracotomía evacuatoria más colocado de tubo de avenamiento pleural, con debito serohemático persistente durante gran parte de la evolución, por momentos siendo hemáticos se controlan con antifibrinolíticos endovenosos.

Al pasar los días presenta derrame pleural masivo izquierdo tratado con toracotomía evacuatoria, a lo cual también se intensifica la insuficiencia respiratoria.

Se decide la transferencia a la ciudad de La paz-Bolivia para realizar procedimiento quirúrgico de alto riesgo (toma de biopsia de tumor de mediastino), evidenciado en estudios imagenológicos; al momento del traslado el paciente presenta cuadro psiquiátrico de ansiedad generalizada por lo cual se cancela la transferencia.

Al retorno al hospital de internación inicial (Sucre-Bolivia) paciente presenta evolución desfavorable tórpida en cuanto al problema respiratorio, se realiza junta médica donde se toma la decisión de realizar toracotomía exploratoria de alto riesgo quirúrgico. Con el consentimiento de los padres se procede a la intervención quirúrgica, donde se logra la toma de biopsia de tejidos de pared torácica y pleural, posterior a la conclusión del procedimiento se evidencia deterioro hemodinámico súbito. Es traslado al servicio de terapia intensiva donde se logra compensarlo parcialmente y con posterior traslado a sala del servicio de medicina interna para continuar con su recuperación.

En el tiempo de espera de resultados de anatomía patológica e inmunohistoquímica paciente presenta descompensación con dolor generalizado de difícil manejo, falla multiorgánica a nivel respiratorio, abdominal, renal, neurológico e infectológica.

Se logra contar con resultados de inmunohistoquímica que reportan el diagnóstico de Mesotelioma pleural maligno. Se inicia trámite para quimioterapia paliativa y se continua con plan de compensación del estado general para realizar la misma; paciente presenta cuadro de insuficiencia respiratoria aguda súbita sin ninguna respuesta a las medidas iniciales de compensación brindada, lamentablemente llegando a fallecer al instante.

NOTA. - Se realizo un manejo multidisciplinario por los servicios de: Medicina interna, Oncología clínica, Neumología, Cirugía de Tórax, Anestesiología, Terapia intensiva, Psiquiatría, Imagenología, Anatomía patológica, Laboratorio clínico, Trabajo social.

CONCLUSIONES DEL CASO CLINICO: Pese a obtener resultados anatomicopatológicos que sugieren otros procesos oncológicos distinto al mesotelioma, se cuenta con la clínica, resultados imagenológicos y el resultado laboratorial de inmunohistoquímica el cual es confirmatorio para diagnosticar el proceso primario de Mesotelioma pleural maligno, tal como se respalda en la bibliografía revisada.

Se llega al diagnóstico de: **MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO.**

ANEXOS:

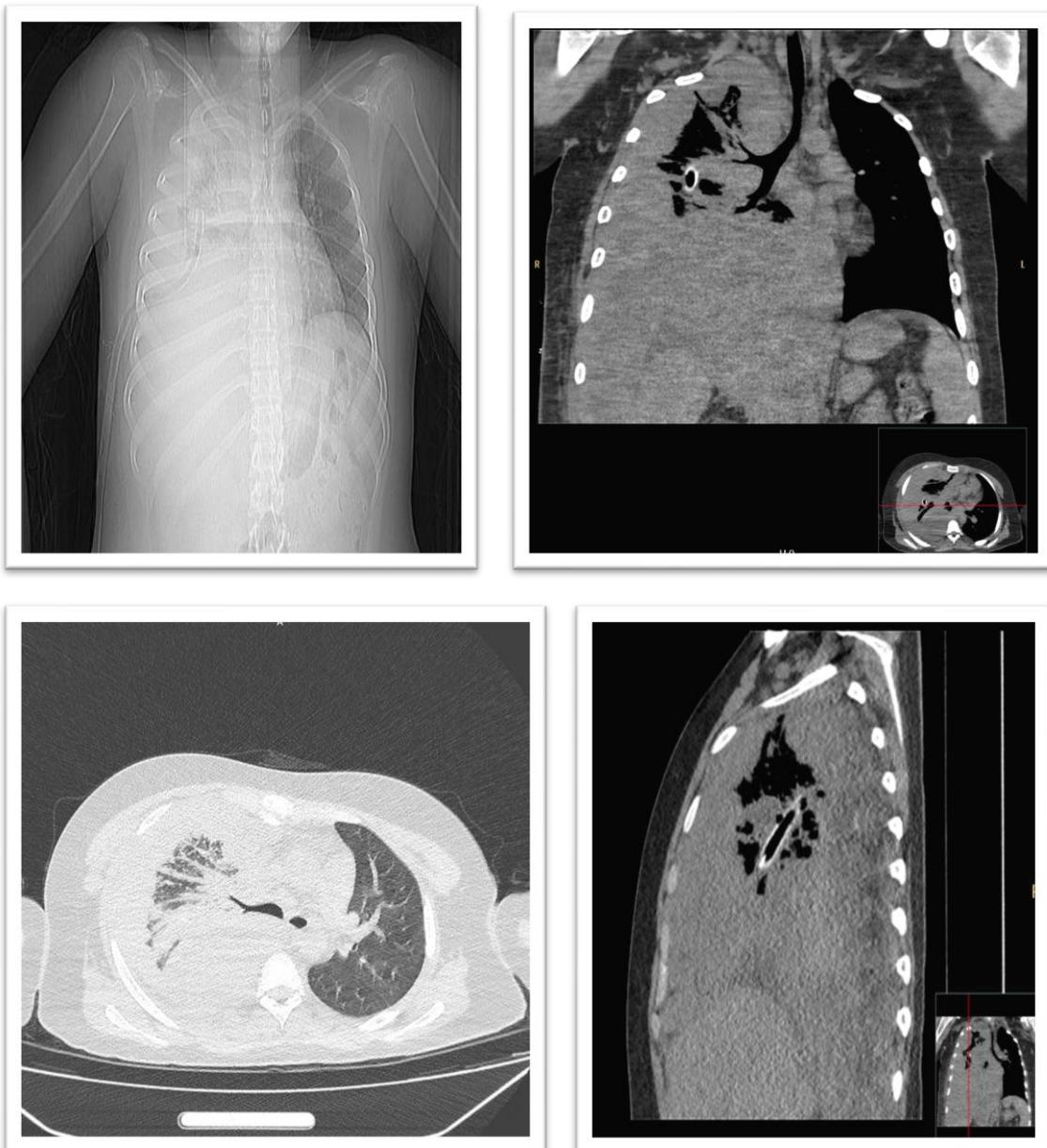


Imagen 1, TAC de tórax.

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO - Página 1 de 1

DESCRIPCION MACROSCOPIA

Se recibe bloque de parafina identificado como 3930, para estudio inmunohistoquímico.

DESCRIPCION MICROSCOPIA

POSITIVIDAD EN LAS CÉLULAS EN ESTUDIO

ANTICUERPO	POSITIVIDAD
CITOQUERATINA A1-A3	NEGATIVO
CD3	POSITIVO FOCAL EN CELULAS REACTIVAS
CD20	NEGATIVO
Bcl2	NEGATIVO
Ki67	POSITIVO EN EL 5%

Especimen : BLOQUE DE PARAFINA CON MUESTRA TISULAR.

Conclusión : EL ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO ES COMPATIBLE CON MATERIAL AMORFO EOSINOFÍLICO Y HEMÁTICO CON CÉLULAS MESOTELIALES REACTIVAS, HISTIOCITOS Y CÉLULAS INFLAMATORIAS MIXTAS.

Imagen 1, Inmunohistoquímica