

LINFANGITIS CARCINOMATOSA PULMONAR: PRESENTACIÓN COMO NEUMOPATÍA AGUDA. REPORTE DE DOS CASOS.

*PULMONARY CARCINOMATOUS LYMPHANGITIS: PRESENTATION AS ACUTE PNEUMOPATHY. REPORT OF TWO CASES.*

Ré DP\*, Cazaux A, Cambursano VH, Zaya A, Cortés JR

### Resumen

**Introducción:** La linfangitis carcinomatosa (LC) representa el 6-8% de las metástasis pulmonares. Existe evidencia de que puede ser una condición oncológicamente tratable, con impacto sobre la progresión de la disnea y lesiones radiológicas, con mejoría de la sobrevida. Se describen dos casos con el objetivo de inducir la sospecha de esta entidad ante un paciente con datos de neumopatía aguda. **Métodos:** Caso 1: mujer 32 años, disnea progresiva y tos de dos semanas de evolución sin respuesta a antibióticos. Taquipnea, aumento del trabajo respiratorio, crepitantes bibasales. Insuficiencia respiratoria. Radiografía: radiopacidad alveolointersticial bibasal. Se inicia tratamiento para neumonía grave de la comunidad. Evoluciona desfavorablemente con requerimiento de ARM y desenlace fatal. Caso 2: mujer 46 años, disnea progresiva y tos de una semana de evolución. Taquipnea, subcrepitantes difusos. Insuficiencia respiratoria. Radiografía: radiopacidad intersticio-nodular difusa, con imagen radiopaca homogénea en vértice derecho. TC-AR: engrosamiento nodular de los septos interlobulares e intersticio peribroncovascular. Se inicia tratamiento para TBC pulmonar. Evoluciona desfavorablemente con requerimiento de ARM y desenlace fatal. En ambos casos se realizó biopsia pulmonar con diagnóstico de LC. **Discusión:** Se presentan dos casos de neumopatía aguda afebril en pacientes jóvenes, cuyas manifestaciones orientaron al diagnóstico de infección respiratoria, y evolucionaron rápidamente hacia la insuficiencia respiratoria refractaria con requerimiento de ARM y desenlace fatal. **Conclusión:** La LC pulmonar debe incluirse como diagnóstico diferencial ante cuadros de neumopatía aguda, principalmente cuando la evolución es desfavorable bajo antibióticos o se han excluido etiologías más frecuentes.

**Palabras claves:** linfangitis carcinomatosa pulmonar, carcinomatosis linfangítica

### Abstract

**Introduction:** Carcinomatous lymphangitis of the lung accounts for 6-8% of lung's metastases. There are evidence that it can be a treatable condition with an impact on progression of dyspnea and radiographic lesions, and survival improvement. Two cases are reported, with the aim of increase the clinical suspicion at compatible cases. **Methods:** Case 1: woman 32 years old. Progressive dyspnea and cough two weeks ago, without antibiotic response. Tachypnea, increase of respiratory work, basal crackles. Respiratory failure. Radiography: basal alveolointerstitial opacities. Treatment for severe community-acquired pneumonia is started. She evolves unfavorably, with need of MRA and fatal outcome. Case 2: woman 46 years old. Progressive dyspnea and cough from one week ago. Tachypnea, diffuse crackles. Respiratory failure. Radiography: diffuse nodular-interstitial radiopacity, with radiopacy lesion in right apex. HRCT: nodular thickening of interlobular septum and peribronchovascular interstitial. Treatment for tuberculosis of the lung is started. She evolves unfavorably, with need of MRA and fatal outcome. In both cases a lung biopsy was performed, diagnosing carcinomatous lymphangitis. **Discussion:** Two cases are reported, with acute afebrile pneumopathy in young patients, whose manifestations guided to treatment of respiratory infection, and evolved quickly to refractory hypoxemic respiratory failure with need of MRA and fatal outcome. **Conclusion:** Carcinomatous lymphangitis of the lung should be included as a differential diagnosis of cases of acute lung pathology, especially when there was an unfavorable evolution under antibiotics or have excluded more common etiologies.

**Key words:** carcinomatous lymphangitis of the lungs, lymphangitic carcinomatous.

Hospital Rawson. Bajada Pucará 2025, Córdoba, Argentina. Tel: 0351-6805976

\*E-mail de contacto: danila\_re@hotmail.com

## Introducción

La linfangitis carcinomatosa (LC) es un patrón poco frecuente de metástasis pulmonares (6-8% del total)<sup>1</sup>. Los principales tumores que originan LC son los de mama (33%), estómago (29%) y pulmón (17%)<sup>1</sup>. Histológicamente la mayoría son adenocarcinomas (70-80%)<sup>1</sup>. La presentación clínica habitual es disnea crónica progresiva que evoluciona en semanas o meses a la insuficiencia respiratoria y muerte<sup>2,3</sup>. El patrón radiológico más frecuente es el engrosamiento intersticial reticulonodulillar de la trama broncovascular, y en la tomografía de alta resolución (TC-AR), se observa engrosamiento nodular de los septos interlobulares y del intersticio perilobulillar, siendo este último un hallazgo altamente correlacionable con la anatomía patológica (AP)<sup>2,4,5,6</sup>. El diagnóstico de certeza se establece mediante la biopsia pulmonar. La sobrevida promedio es de 2 a 4 meses<sup>1,3</sup>. Existe evidencia de que puede ser una condición oncológicamente tratable, con impacto sobre la progresión de la disnea y las lesiones radiológicas, con mejoría de la sobrevida<sup>1,2</sup>.

Objetivo: Describir los aspectos clínicos, radiológicos y evolutivos de dos casos de LC pulmonar a fin de incrementar la sospecha clínica ante cuadros compatibles.

## Métodos

Se describen dos casos

**Caso 1:** Mujer de 32 años. Antecedente de HTA durante el embarazo, puérpera. Motivo de consulta: disnea. Antecedentes de la enfermedad actual: tos de dos semanas de evolución con expectoración mucosa y disnea progresiva en la última semana, CF IV al momento de la consulta. Cuatro días atrás recibió tratamiento con amoxicilina, sin mejoría. Examen físico: Taquipnea (FR 40resp/min). Disnea. Tiraje universal. Hipoventilaciónbibasal. Crepitantes en ambas bases, roncus y sibilancias difusas. Laboratorio: GB 12.900/mm<sup>3</sup> (NS69/E2/B1/L22/M6). PO<sub>2</sub> 58mmHg, PCO<sub>2</sub> 29mmHg, pH 7.45, HCO<sub>3</sub> 20 mEq/l, SatO<sub>2</sub> 89% (FiO<sub>2</sub> 0,21). Radiografía de tórax(fig.1): imágenes radiopacas con patrón intersticioalveolar de predominio bibasal. Diagnóstico de ingreso: Insuficiencia respiratoria (IR). NAC grave. Evolución: Se instaura tratamiento con ampicilina/sulbactam, claritromicina, oseltamivir y broncodilatadores inhalados. Se inicia VNI con evolución desfavorable, se traslada a UTI. Profundiza su IR, sin respuesta a corticoides a altas dosis, con fallo orgánico múltiple. Trece días después se decide realizar biopsia pulmonar a cielo abierto y permanece en ARM. Se inicia tratamiento empírico con anfotericina B y tuberculostáticos. Fallece a los catorce días del ingreso. Otros métodos complementarios: IgM e IgG anti M. pneumoniae (-) antígeno temprano de CMV (-). IgM e IgG anti C. psittaci (-). IgM anti C. pneumoniae (-), IgG

(+) Hisopado para virus gripe A H1N1 (-). Inmunodifusión para hongos (-), microbiología de pulmón y líquido pleural (-). Autoanticuerpos (-) y complemento normal. Anatomía patológica pulmonar(fig. 2): adenocarcinoma metastásico moderadamente diferenciado, linfangitis carcinomatosa pulmonar.

**Caso 2:** Mujer de 46 años. Hipotiroides, asmática en la infancia. Motivo de consulta: disnea. Antecedentes de enfermedad actual: tos con expectoración mucosa y disnea progresiva de una semana de evolución, CF IV al momento de la consulta. Dolor torácico retroesternal que se exacerba con la respiración. Examen físico: Taquipnea (FR 32resp/min). Ortopnea. Hipoventilación. Subcrepitantes difusos. Laboratorio: GB 10200/mm<sup>3</sup> (neutrófilos segmentados 72%). PO<sub>2</sub> 46mmHg, PCO<sub>2</sub> 38mmHg, pH 7.41, HCO<sub>3</sub> 24mEq/l, SatO<sub>2</sub> 87% (FiO<sub>2</sub> 0,21). Radiografía de tórax(fig. 3): imágenes radiopacas heterogéneas de patrón predominantemente intersticionodulillar difuso. Imagen radiopaca homogénea en vértice derecho. Tomografía computada de alta resolución (TC-AR, fig. 4): engrosamiento nodular de los septos interlobulares e intersticio peribroncovascular, con conservación de la arquitectura pulmonar. derrame pleural. Diagnóstico de ingreso: IR. TBC pulmonar. Se inicia tratamiento con tuberculostáticos y O<sub>2</sub>. Evolución: Desfavorable. Ingresos a UTI. Se inicia tratamiento con anfotericina B y corticoides. Se realiza BFC y toracocentesis no diagnósticas. Se inicia ARM e infusión de inotrópicos y se agrega piperacilina/tazobactam. Dieciséis días después se realiza biopsia pulmonar. Fallece a los dieciocho días del ingreso. Otros métodos complementarios: Factor reumatoideo (+) 5 UI / ml. Proteína C reactiva: (+) 1/8 (48 mg/L). Serología para VIH, VHC y VHB: no reactivas. Microbiología de biopsia transbronquial(-). Recuento de CD4: 372/mm<sup>3</sup>. CA 125 203U/ml, CA19-9 113U/ml. Anatomía patológica pulmonar: Carcinoma metastásico poco diferenciado, linfangitis carcinomatosa pulmonar.

## Discusión

Existen pocas publicaciones que describan los aspectos clínicos de esta enfermedad en relación con edad y estirpe celular de las neoplasias de origen. En este artículo se describen dos casos de pacientes jóvenes con neumopatía aguda afebril, cuyas manifestaciones clínicas y radiológicas orientaron al diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria, y que evolucionaron rápidamente hacia la insuficiencia respiratoria refractaria con requerimiento de ARM y desenlace fatal, en quienes se decidió realizar biopsia pulmonar a cielo abierto para establecer el diagnóstico. En una de ellas se realizó un estudio tomográfico de alta resolución, obteniéndose hallazgos correlacionables con la anatomía patológica<sup>2,4,5,6</sup>. Resaltamos el rol de la biopsia a cielo abierto en

pacientes con neumopatía grave progresiva en quienes no se ha arribado al diagnóstico por otros métodos.

### Conclusiones

La linfangitis carcinomatosa pulmonar debe formar parte de los diagnósticos diferenciales ante un cuadro de neumopatía aguda, sobre todo cuando la evolución es desfavorable bajo tratamiento antibiótico o se han excluido otras causas etiológicas más frecuentes.

La TC-AR es un método complementario no invasivo que puede brindar datos que sugieran el diagnóstico. A partir de un diagnóstico temprano pueden plantearse opciones terapéuticas con beneficios para los pacientes.

### Bibliografía

1. Dettino A, Pagano T, Jardim C, Takagaki T, Deheinzelin D, Okamoto V et al. Neoplastic pulmonary lymphangitis: Symptomatic treatment and quality-of-life evaluation in a prospective palliative care series. *Journal of Clinical Oncology*. 2007; 25:1953-6
2. Fujita J, Yamagishi Y, Kubo A, Takigawa A, Yamaji Y, Takahara J. Respiratory failure due to pulmonary lymphangitic carcinomatosis. *Chest* 1993; 103:967-8
3. Cervantes Requena F, Costa Roma J, Vivancos Lleida I, Blajot I, BalcellsGorina A. Linfangitis carcinomatosa pulmonar. Estudio de 21 casos. *MedClinBarc*. 1979; 72:231-5.
4. Castañer E, Gallardo X, Pallardó Y, Branera J, Cabezuelo MA, Mata JM. Diseases affecting the peribronchovascular interstitium: CT findings and pathologic correlation. *CurrProblDiagnRadiol* 2005;34:63-75.
5. Wan-Hsiu L, Sheng-Hsiang L, Tsu-Tuan W. High-resolution computed tomography illustrating pulmonary lymphangitic carcinomatosis in a patient with advanced pancreatic cancer: a case report. *Cases Journal* 2009; 2:7427-8
6. Kirk JE, Kumaran M. Lymphangitic carcinomatosa as an unusual presentation of renal cell carcinoma: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2008; 19:1752-7