



UNIVERSIDAD
AUTONOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADEMICO: ENFERMERÍA

TRABAJO ACADEMICO

“CASO CLINICO: CIRUGIA DE TORAX”

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO

PRESENTADO POR:

JUAN STEWAR POLAR MALAGA

ASESOR:

DR. HERNANDO MARTIN CAMPOS MARTINEZ

CHINCHA-ICA-PERU, 2017

ÍNDICE

ÍNDICE	2
DEDICATORIA.....	4
RESUMEN	5
I. INTRODUCCION.....	6
II. MARCO TEORICO	7
2.1. PULMONES	7
2.2. CANCER DE PULMON.....	7
2.3. TUMOR CARCINOIDE.....	7
2.4. METASTASIS PULMONAI	7
2.5. METASTASIS ENDOBRIN	8
2.6. CARCINOMA EPIDERMOIDE PULMONAR	8
III. ANTECEDENTES	9
IV. BASES TEORICAS	11
CAPITULO I	12
TEMA DEL CASO CLÍNICO.....	12
1. DEFINICIÓN.....	12
2. INCIDENCIA.....	12
3. ETIOLOGÍA	12
4. EPIDEMIOLOGIA.....	12
5. PATOLOGÍA.....	12
6. FISIOPATOLOGÍA	13
7. DIAGNOSTICO REFERENCIAL.....	13
8. FACTORES DE RIESGO	13
9. CLASIFICACIÓN	13
10. LAS FORMAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN.....	13

11. REPERCUSIONES	13
CAPITULO II	14
CASO CLINICO.....	14
1. INTRODUCCIÓN.....	14
2. OBJETIVO.....	14
2.1. EL OBJETIVO PRINCIPAL.....	14
3. MATERIAL Y MÉTODO	14
4. CASO CLÍNICO.....	14
4.1. ANAMNESIS.....	14
4.2. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	15
4.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	15
4.4. DIAGNOSTICO.....	15
4.5. EVOLUCIÓN.....	15
5. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	19
6. CONCLUSIONES.....	19
7. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.....	19
BIBLIOGRAFIA	20
ANEXO.....	21

DEDICATORIA

A mi familia, por tu apoyo y cariño para seguir creciendo como profesional.

A Dios por ser mi maestro, a través de sus enseñanzas aprendí que a los pacientes hay que respetarlos y brindarle buen servicio.

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer un caso clínico de Metástasis pulmonar y endobronquiales en una mujer de 59 años, presentada en el Hospital San José de Chincha. **CASO CLINICO:** Mujer de 59 años **ANTECEDENTES:** antecedentes patológicos de nódulos tiroideo IQ 2000, también figura en su historial clínico leiomioma uterino IQ en 2009 y masa en LII (con tamaño aumentado). **ETIOLOGIA E INCIDENCIA:** Las metástasis endobronquiales de tumores extrapulmonares son relativamente raras, se estimada su incidencia en pacientes que fallecen por enfermedad metastásica es del 2%, donde la etiología más frecuente es en la mama, el riñón, la colorectal, entre otros. **CONCLUSION:** Aunque había la sospecha que en este caso presentado al inicio era de progresión endobronquial de su metástasis de leiomioma, la comprobación endobronquial de tratarse de un coágulo evitó una cirugía más extensa. **RECOMENDACIÓN:** La paciente se le da de alta el día 30 de octubre de 2016, en chequeos de consulta externa y se le hace la derivación al área de oncología para que indique el inicio de quimioterapia.

PALABRAS CLAVE: Metástasis, metástasis pulmonar, metástasis endobronquiales, nódulos tiroideos IQ 2000.

I. INTRODUCCION

El pulmón es la estructura anatómica que su origen es embrionario endodérmico que pertenece al aparato respiratorio, ubicado en la caja del tórax, las dimensiones cambian dado el espacio que utiliza el corazón, el pulmón derecho es mayor proporcionalmente a diferencia del pulmón izquierdo.

Las células malignas metástasis en los pulmones son cánceres que se desarrollan en cualquier parte del cuerpo externo al pulmón, donde luego se propaga por el torrente sanguíneo o el sistema linfático al pulmón, la incidencia endobronquial es difícil de evaluar ya que depende de los criterios que se utilicen para su definición.

Las metástasis corresponden siempre con un tumor primario, es decir un tumor que empezó con una célula o células malignas en otra parte del cuerpo. El uso de la inmunohistoquímica ha permitido que los patólogos den una identidad a muchas de estas metástasis.

II. MARCO TEORICO

2.1. PULMONES

Los pulmones son las estructuras anatómicas que su origen es embrionario endodérmico que pertenece al aparato respiratorio, ubicado en la caja del tórax, las dimensiones cambian dado el espacio que utiliza el corazón, el pulmón derecho es mayor proporcionalmente a diferencia del pulmón izquierdo.

Su función principal es ventilar de aire atmosférico que ingresa oxigenado a los pulmones y se expulsa aire con bajo oxígeno y con mayor cantidad de dióxido de carbono, las fases principales son las inspiraciones y la espiración.

2.2. CANCER DE PULMON

El cáncer de pulmón es el acumulado de infecciones y enfermedades del resultado creciente de una célula maligna en el aparato respiratorio, que particularmente se da en el tejido pulmonar, siendo de los más frecuentes según la OMS a nivel mundial.

2.3. TUMOR CARCINOIDE

El tumor carcinoide es un tipo de cáncer que deriva de las células del sistema endocrino difuso y pertenece a la familia de los tumores neurosecretores. Se localiza principalmente en el tracto gastrointestinal.

2.4. METASTASIS PULMONAR

Los tumores metastásicos en los pulmones son cánceres que se desarrollan en otros lugares del cuerpo (u otras partes de los pulmones). Luego se propagan a través del torrente sanguíneo o el sistema linfático a los pulmones. Es diferente al cáncer pulmonar que comienza en los pulmones.

2.5. METASTASIS ENDOBRINQUIALES

La incidencia de la afección metastásica endobronquial es difícil de evaluar ya que depende de los criterios que se utilicen para su definición. Si se acepta como tal la invasión del árbol traqueobronquial a partir de masas parenquimatosas o ganglios linfáticos, ésta llega a ser de un 40%', pero si sólo se acepta como tal la afección metastásica primaria endobronquial, su incidencia parece muy baja, inferior al 5 %.

2.6. CARCINOMA EPIDERMOIDE PULMONAR

Es un tipo de Carcinoma pulmonar no microcítico, uno de los dos grandes grupos en los que se clasifica el cáncer de pulmón.

III. ANTECEDENTES

Metástasis endobronquiales secundarias a malignidad extra torácica. Tratamiento con broncoscopia intervencionista. Liliana Fernández, MD; Luz F. Sua, MD; Mauricio Velásquez, MD; William Martínez, MD; Fernando Sanabria, MD; Marisol Badiel, MD.

Abstracto Las metástasis endobronquiales son lesiones visualizadas por broncoscopia dentro de los bronquios traqueales secundario a neoplasias primarias extra-torácicas secundarias. Las manifestaciones clínicas y radiológicas son similares a los del cáncer de pulmón primario, pero el tratamiento y el pronóstico pueden ser diferentes. Describimos los casos de pacientes con metástasis endobronquial que implican el manejo dentro de intervención endoscópica, su demografía, síntomas de presentación, hallazgos radiográficos, intervenciones y resultados. Palabras clave: neumología intervencionista, metástasis, endobronquial.

Metástasis endobronquiales de carcinoma del canal anal; Carmen M. Lucena, Esteban Cano-Jiménez, Antoni Xaubet, Carles Agustí Servicio de Neumología, Instituto del Tórax, Hospital Clínic, Barcelona, España. Recibido 08 julio 2011, Aceptado 19 julio 2011:

Las metástasis endobronquiales (MBE) secundarias a tumores primarios extrapulmonares son raras. Los tumores malignos sólidos más comunes asociados con EBM son los carcinomas de mama, renal y colorrectal. Este informe de caso describe el primer caso documentado de EBM de carcinoma de canal anal. Esta neoplasia constituye menos del 1% de los tumores colorrectales. La presentación clínica de esta entidad es variable, siendo asintomática en más del 50% de los casos. En general, la EBM se diagnostica en estadios avanzados y la supervivencia después del diagnóstico es deficiente. Por lo tanto, es una manifestación clínica excepcional en la cual la broncoscopia tiene un papel importante en el diagnóstico y el tratamiento.

Metástasis endobronquiales. J.M. Cantera Maortua, M.A. Torres Nieto*, M.V. Sacristán López, A. Martín Herraez y R. Visedo Orden

Presentamos siete casos de metástasis endobronquiales principales vías respiratorias. Los tumores primarios fueron: adenocarcinoma del intestino grueso (3 casos), adenocarcinoma gástrico (2 casos), adenocarcinoma prostático (1 caso) y leiomioma del útero (1 caso). Se sugirieron manifestaciones clínicas

y radiológicas enfermedad de las vías respiratorias principales. La fibrobroncoscopia fue realizada en 6 pacientes y en todos los casos observamos endoscopio lesiones con características de malignidad. El lobar principal los bronquios fueron afectados en los 7 pacientes. En 5 casos el diagnóstico del tumor primitivo precedió a la de las metástasis de 2 a 8 años. En un paciente ambos diagnósticos se realizaron simultáneamente, y en el resto del paciente el diagnóstico de enfermedad endobronquial metástasis precedió al del tumor primitivo.

El diagnóstico de enfermedad metastásica se basó en el estudio histológico características de las biopsias bronquiales y de la presencia de un tumor extratorácico con similitudes histológicas con el tumor bronquial.

IV. BASES TEORICAS

LII (lóbulo inferior izquierdo)

TAC (tomografía axial computarizada)

PAAF (punción aspiración con aguja fina)

PET (tomografía por emisión de positrones)

PFR (pruebas funcionales respiratorias)

CCEE (consulta externa)

FBC (fibrobroncoscopia)

UCI (unidad de cuidados intensivos)

BAS (broncoaspirado)

IQ (intervención quirúrgica)

APP (Anomalía patológica preoperatoria)

APD (Anomalía patológica definitiva)

OMS (Organización Mundial De La Salud)

USEB o EBUS (ecobroncofibroscopia o ultrasonografía endobronquial)

CAPITULO I

TEMA DEL CASO CLÍNICO

1. DEFINICIÓN

METASTASIS PULMONAR Y ENDOBRANQUIAL

Las células malignas metástasis en los pulmones son cánceres que se desarrollan en cualquier parte del cuerpo externo al pulmón, donde luego se propaga por el torrente sanguíneo o el sistema linfático al pulmón, la incidencia endobronquial es difícil de valorar ya que depende de los juicios que se traigan para su enunciación.

2. INCIDENCIA

Su estimación que la metástasis endobronquiales en resignados que mueren por padecimiento metastásica es del 2%.

3. ETIOLOGÍA

- Mama
- Riñón
- Colorectal

4. EPIDEMIOLOGIA

Las metástasis endobronquiales de tumores extrapulmonares son relativamente raras.

5. PATOLOGÍA

El cáncer de pulmón suele originarse a partir de células epiteliales, y puede derivar en metástasis e infiltración a otros tejidos del cuerpo. Se excluye del cáncer de pulmón aquellas neoplasias que hacen metástasis en el pulmón provenientes de tumores de otras partes del cuerpo.

6. FISIOPATOLOGÍA

Las metástasis corresponden eternamente con un tumor primario, es decir un tumor que empezó con una célula o células malignas en otra parte del cuerpo.

7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Esta patología, por sus características no se confunde con otras. Desde el punto de vista diagnóstico es mandatorio determinar en forma segura y confiable cual es el compromiso de todos los órganos involucrados.

8. FACTORES DE RIESGO

En mujeres, los leiomiomas.

Son de origen uterino en el 40% de los casos.

Representan 4-9% de todos los tumores invasivos del útero.

9. CLASIFICACIÓN

Según la clasificación internacional de enfermedades versión número diez la clasificación del cáncer de pulmón es C30, C33 y C34, donde la especialidad es oncología.

10. LAS FORMAS CLÍNICAS Y FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN

- Melanoma, sarcoma, feocromocitoma, etc.

11. REPERCUSIONES

El cáncer de pulmón presenta, junto con el cáncer de hígado, páncreas y esófago los peores pronósticos, con una esperanza de vida promedio de aproximadamente 8 meses.

CAPITULO II

CASO CLINICO

1. INTRODUCCIÓN

Las metástasis endobronquiales de tumores extrapulmonares son relativamente raras.

La incidencia estimada de metástasis endobronquiales en pacientes que fallecen por enfermedad metastásica es del 2%. Después del hígado, el pulmón es el órgano más frecuentemente afectado por metástasis.

Aunque se sospechó en este caso que era de progresión endobronquial de su metástasis de leiomioma, la comprobación endobronquial de tratarse de un coágulo evitó una cirugía más extensa.

2. OBJETIVO

2.1. EL OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer un caso clínico de Metástasis pulmonar y endobronquiales en una mujer de 59 años, presentada en el Hospital San José de Chíncha.

3. MATERIAL Y MÉTODO

EL material y el método empleado en este presente caso clínico fueron de tomografía axial computarizada que en adelante se abreviara como TAC.

4. CASO CLÍNICO

4.1. ANAMNESIS

Nombre: María E. P. R.

Zona de vivienda: Rural

Sexo: Mujer

Religión: católica

Grupo etario: 59 años

Vicio: Ninguno

Antecedentes personales: antecedentes patológicos de nódulos tiroideo IQ 2000, también figura en su historial clínico leiomiosarcoma uterino IQ en 2009 y masa en LII (con tamaño aumentado).

Antecedentes familiares: La paciente manifiesta que no hay familiares con problemas patológicos físicos ni psicológicos.

4.2. EXPLORACIÓN FÍSICA

- ✓ Tomografía
- ✓ Tomografía axial computarizada
- ✓ Punción aspiración con aguja fina
- ✓ Pruebas Funcionales Respiratorias
- ✓ Rayos X
- ✓ Examen de orina
- ✓ Examen de sangre

4.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Tomografía por emisión de positrones
- Fibrobroncoscopia

4.4. DIAGNOSTICO

Metástasis pulmonar y endobronquial.

4.5. EVOLUCIÓN

La paciente acude a sus controles el día:

Día 05 de agosto de 2016

En la tomografía (anexo 1 y 2) se observa una lesión en el pulmón expansivo de 22mm por 17mm por 60mm de morfología tubular, en una

colocación endobronquial – endovascular que se localiza en el segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo (LII), paraaórtica izquierda.

Día 05 de agosto de 2016

TAC (Tomografía axial computarizada) y PAAF (punción aspiración con aguja fina)

Las células no típicas con tipologías concordantes con M1 de leiomiosarcoma.

Día 18 de agosto de 2016

PET (Tomografía por emisión de positrones)

Se captó la patología de masa pulmonar del lóbulo inferior izquierdo con un SUV max de 27.5 y un nódulo paracardíaco izquierdo con un SUVmax de 12.4.

Día 27 de agosto de 2016

PFR (Pruebas Funcionales Respiratorias)

FEV1/FVC 69%, FEV1 2.8L (106%), FVC 4L (116%), TLC 128%, DLCO 104%. GSA (mmHg, basal): PaO2 92.

Después de haber tomado la CCEE (consulta externa) de cirugía torácica se le programa a la paciente una intervención quirúrgica para el mes de octubre del año 2016.

Día 13 de octubre de 2016

La paciente acude al Hospital de Salud San José de Chíncha por presentación de disnea súbita y un dolor intenso en el tórax que conforme respira más hondamente se intensifica el dolor.

La paciente menciona que hace cinco días atrás se presentó un cuadro de infección en las vías respiratorias de alta magnitud.

No hay presentación de síndrome febril, en la radiografía (anexo 4) programada se hayo un aumento en la densidad inferior izquierda con una leve retracción de mediastino, presenta una insuficiente respiración desaturada SatO2 70%.

La Rx torácica presenta: atelectasia completa pulmón izquierdo.

Se le aplica exámenes físicos de laboratorio, donde los resultados del PCR fue de 1,93; cantidad de leucocitos fue de 19,000; de hemoglobina un 10,5; de hematocrito un 32%; su creatinina un 0,66; sus plaquetas un 173,000 y su T. protrombina con 77%.

Inmediatamente se la aplica una tomografía axial computarizada para poder identificar el daño y realizar la intervención (anexo 5, 6 y 7).

Día 14 de octubre de 2016

Después de la realización de la tomografía axial computarizada se observa un aumento del tamaño de la masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo con expansión endobronquial y atelectasia completa del pulmón izquierdo, donde indica que existe un ascenso de la enfermedad de base.

Una diagnostico prematuro de afección era un infarto pulmonar en el lóbulo superior izquierdo, sin descarte de expansión de tumor.

Fibrobroncoscopia (FBC)

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), se le realiza una Fibrobroncoscopia en la que se aprecia una masa endobronquial que protruye a nivel de bronquio principal izquierdo con mucosa fácilmente sangrante.

Día 15 de octubre de 2016

Se le aplica más exámenes; el hemocultivo para observar una probable contaminación, donde arrojó negativo, se examinó los componentes solidos de la orina donde el resultado emitió negativo (sedimento urinario); seguidamente un broncoaspirado (BAS) donde también arrojó negativo y el analítico donde la Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con 18,57 y leucocitos con 23,100.

Día 16 de octubre de 2016

Se le solicita un Rx (anexo 8), donde se aprecia la desaparición de atelectasia del lóbulo izquierdo.

El paciente bajo los efectos del sedante con propofol+ fentanilo+ midazolam, presenta episodio de hipertensión y signos de decorticación, pupilas isocóricas y mióticas.

Se le solicita inmediatamente una tomografía axial computarizada craneal donde no se apreciaban anomalías.

17 de octubre de 2016

Se ejecuta la intervención quirúrgica (IQ) inmediatamente:

Se accede por toracotomía posterolateral izquierda con previa fibrobroncoscopia (FBC) en la que se observa una obstrucción endobronquial en BPI sangrante al tacto.

Mientras la intervención quirúrgica (IQ) (anexo 9, 10 y 11):

Apertura del inicio del bronquio inferior izquierdo aspirándose abundantes coágulos endobronquiales inferiores y extrayendo un coágulo consolidado del BPI.

Se le realizó la una lobectomía inferior izquierda y linfadenectomía reglada.

Anomalía patológica preoperatoria (APP)

- Margen bronquial libre de neoplasia

Anomalía patológica definitiva (APD)

- Leiomiosarcoma, condordante con metástasis:
- Alto grado histológico
- Diámetro máximo tumoral de 6,5 cm
- Crecimiento intrapulmonar con extensión parcial endobronquial
- Ausencia de neoplasia en los ganglios linfáticos identificados en el hilio pulmonar y mediastínicos

- Ausencia de patología significativa en el parénquima pulmonar no neoplásico
- Ausencia de neoplasia en bordes quirúrgicos.

5. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Las metástasis endobronquiales de tumores extrapulmonares son relativamente raras, se estimada su incidencia en pacientes que fallecen por enfermedad metastásica es del 2%, donde la etiología más frecuente es en la mama, el riñón, la colorectal, entre otros.

Su presentación más usual es en el hígado, pero seguido de él se puede presentar en el pulmón donde según la OMS (2016), se manifiesta entre el 20% y 54% de los canceres, donde se pueden resacar entre el 15% y 25%, supervivencia a los 5 años tras cirugía asociada o no a QT del 30-40%.

6. CONCLUSIONES

Aunque había la sospecha que en este caso presentado al inicio era de progresión endobronquial de su metástasis de leiomiocarcinoma, la comprobación endobronquial de tratarse de un coágulo evitó una cirugía más extensa.

7. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

La paciente se le da de alta el día 30 de octubre de 2016, en chequeos de consulta externa y se le hace la derivación al área de oncología para que indique el inicio de quimioterapia.

BIBLIOGRAFIA

Frank H. Netter, M. D. Atlas de Anatomía Humana. Barcelona: Masson, 1996. Rouvière, H. y Delmas, A. Anatomía Humana. Barcelona: Masson, 9ª ed., 1996. Warwick, Williams. Gray: Anatomía. Madrid: Editorial Harcourt, 36ª ed., 1995.

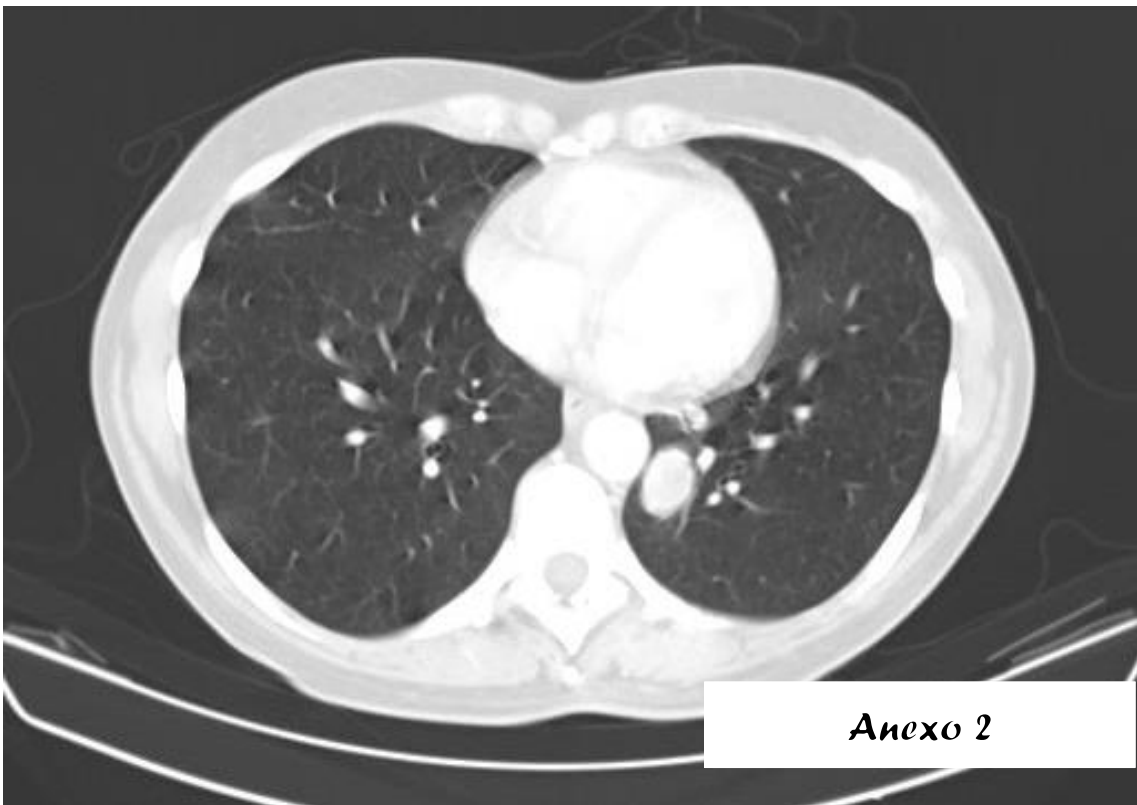
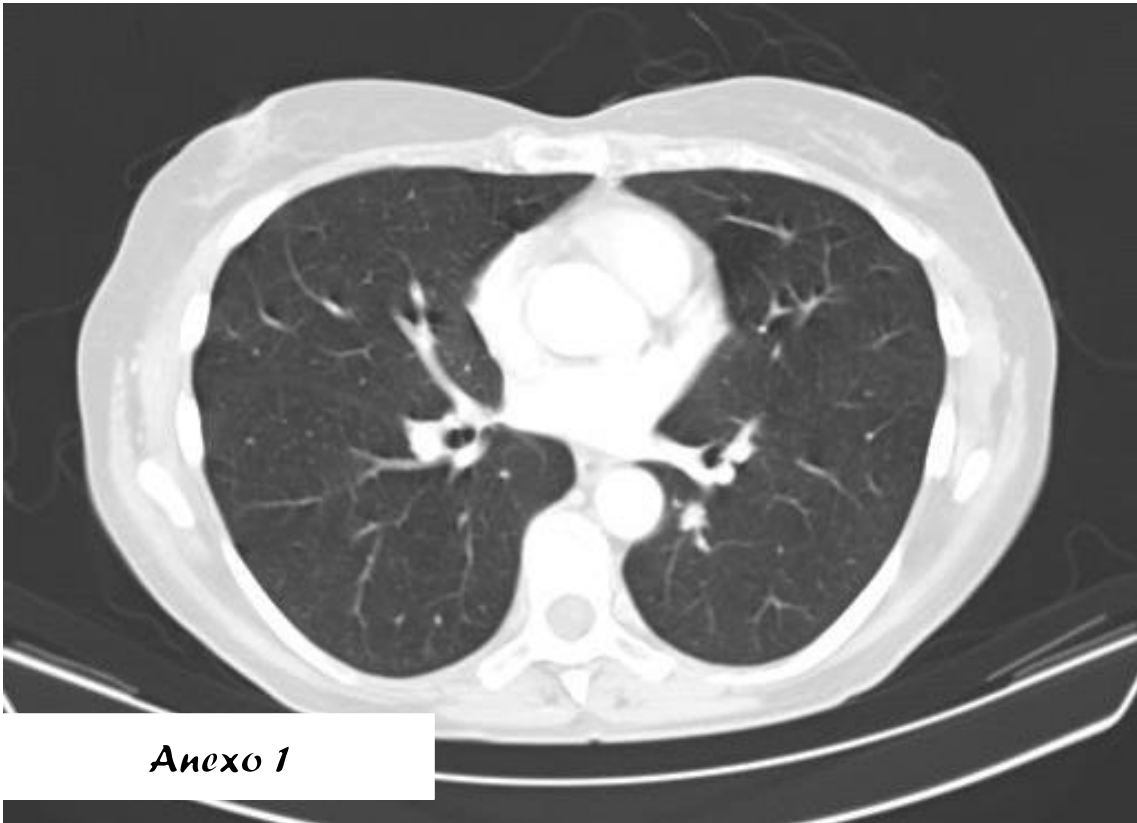
Mohsenifar Z, Chopra SK, Simmons DH. Diagnostic value of fiberoptic bronchoscopy in metastatic pulmonary tumors. Chest 1978; 74:369-371.

Baumgartner WA, Mark JD. Metastatic malignancies from distant sites to the tracheobronchial tree. J Thorac Cardiovasc Surg 1980; 79:499-503.

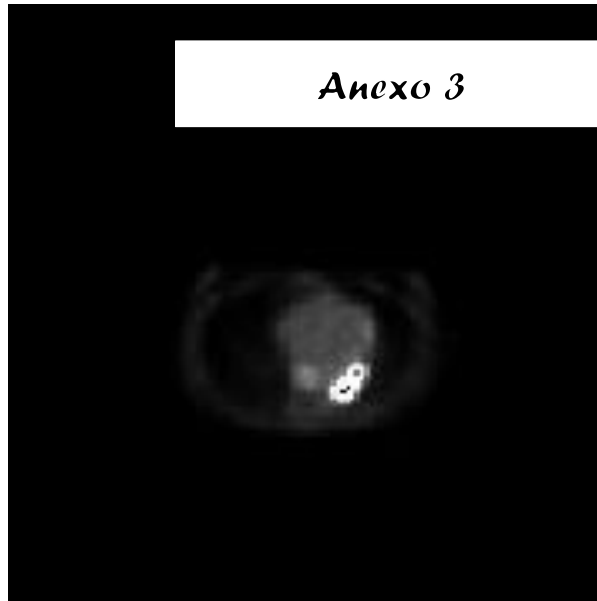
De Beer RA, Garcia RL, Alexander SC. Endobronchial metastases from cancer of the breast. Chest 1978; 73:94-96.

Rosell A, ed. Ecobroncoscopia. 1ª. Ed. Barcelona: ICG Marge, SL, 2009.

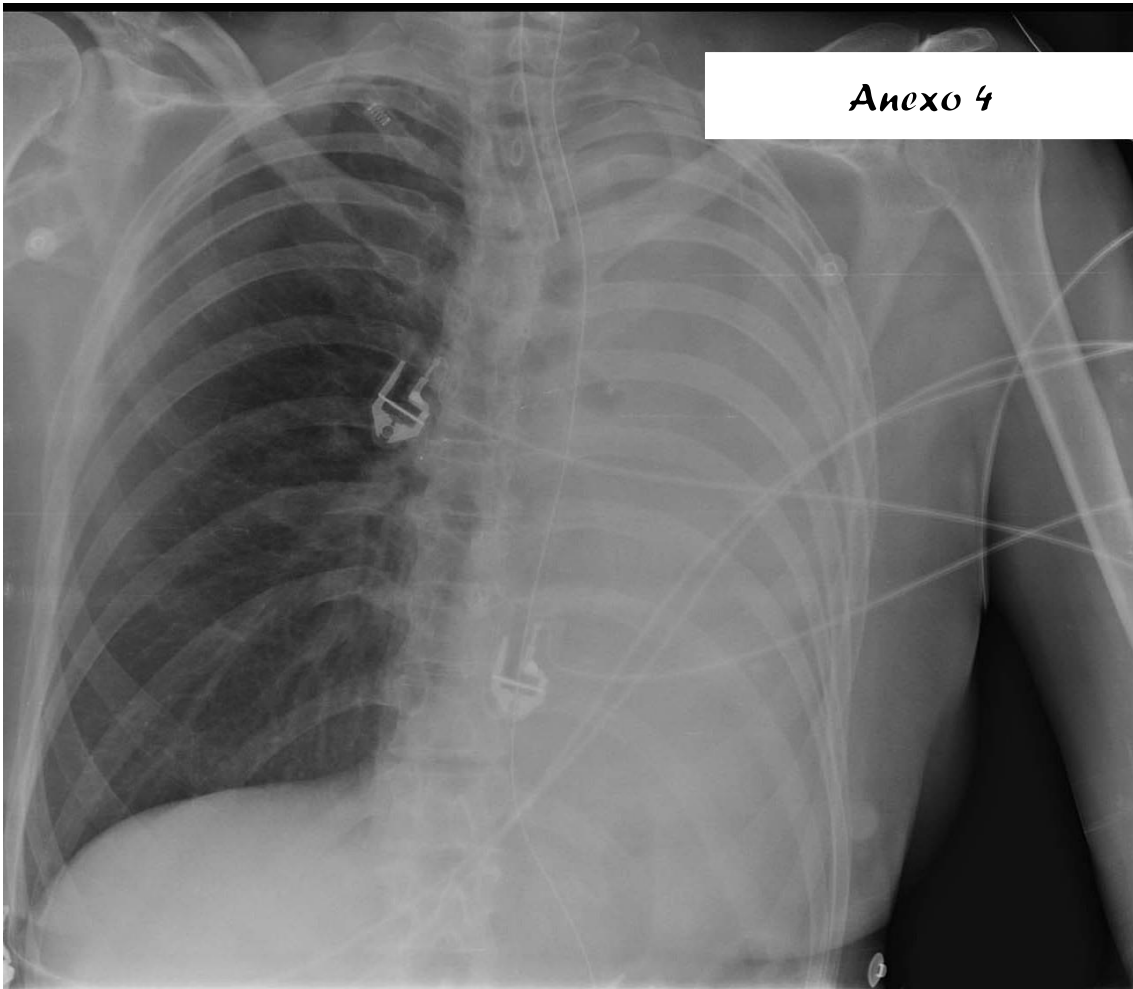
ANEXO



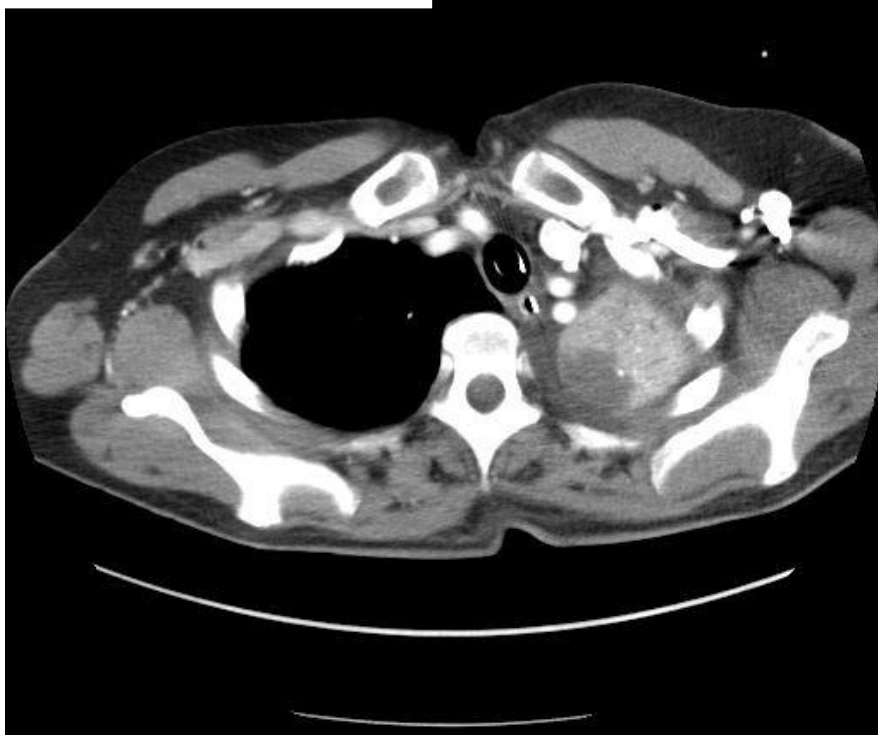
Анехо 3



Анехо 4



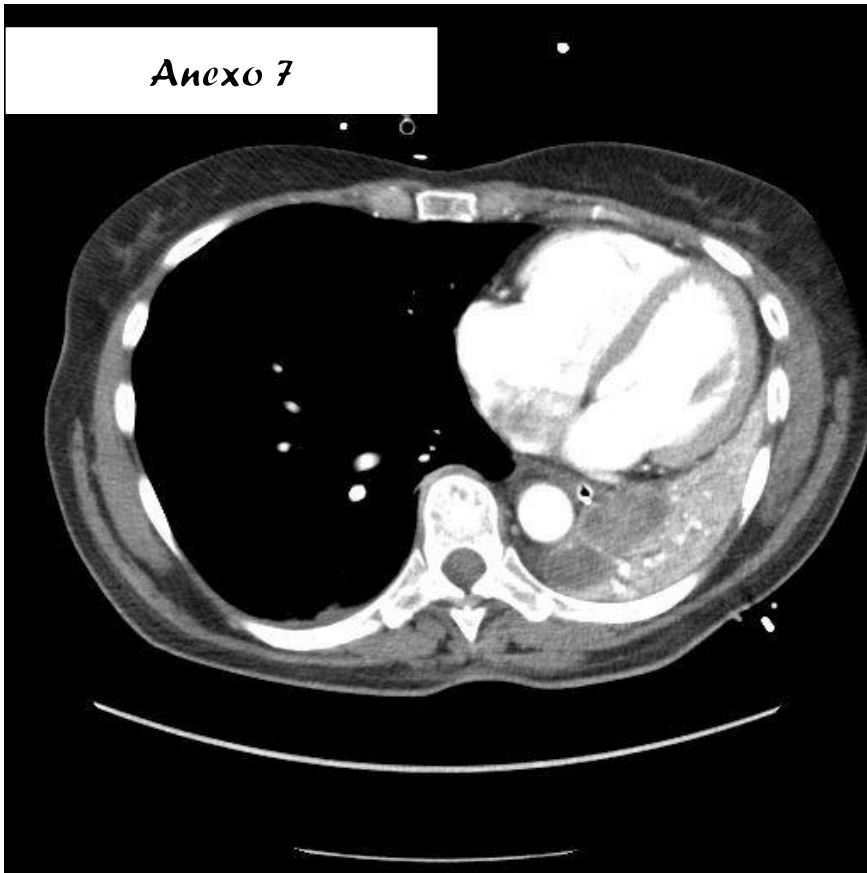
Анехо 5



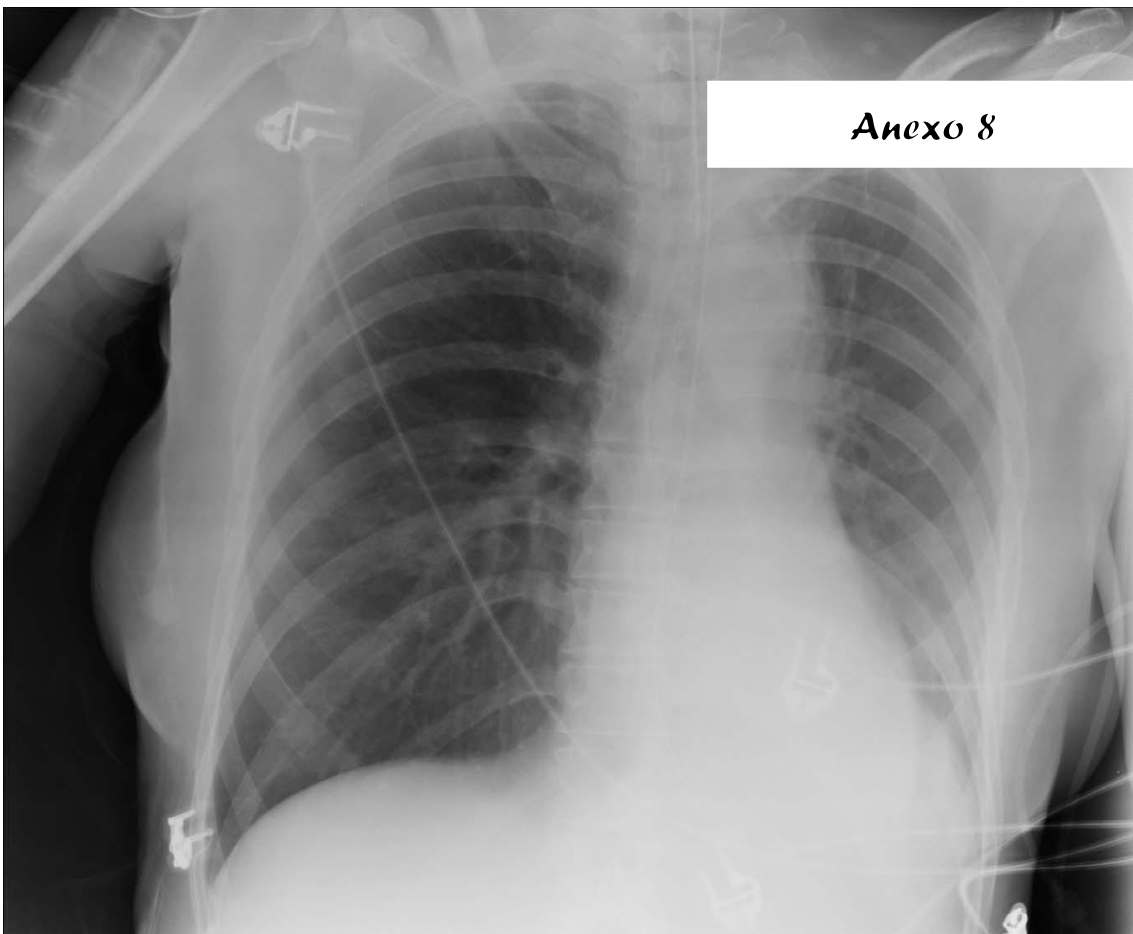
Анехо 6

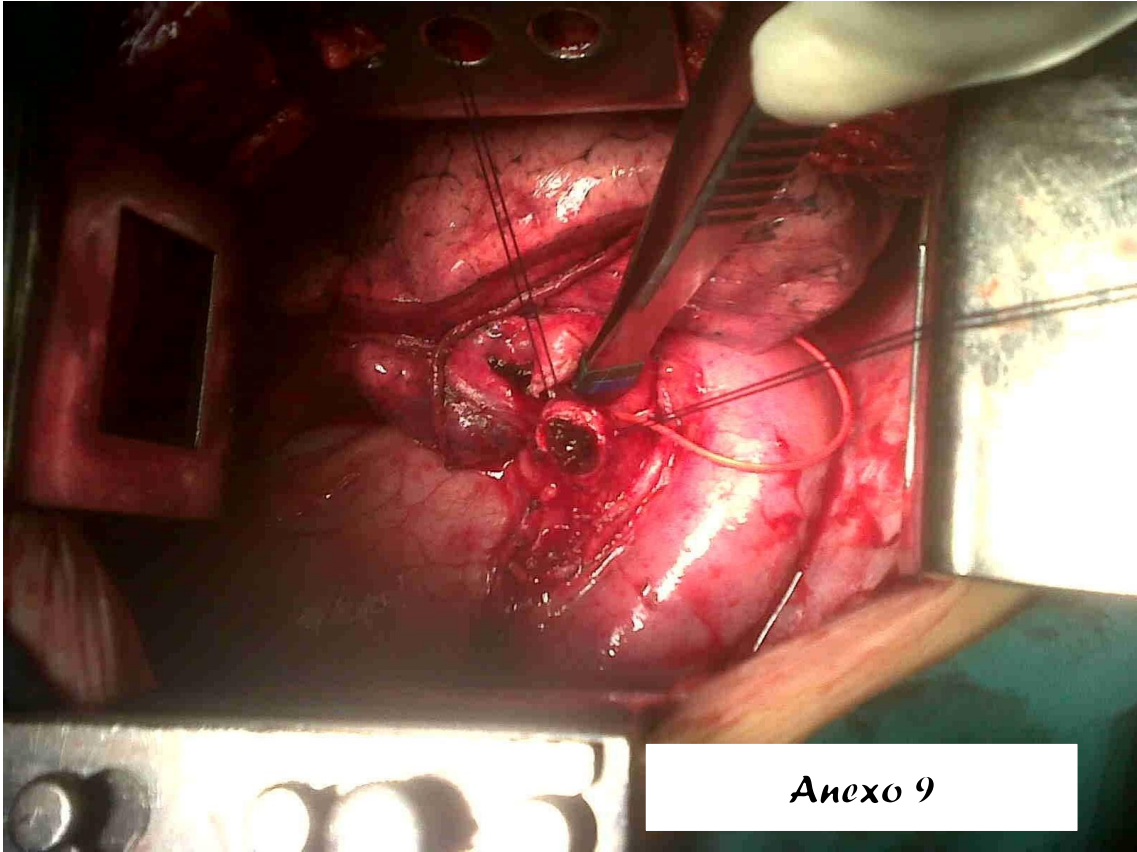


Анехо 7

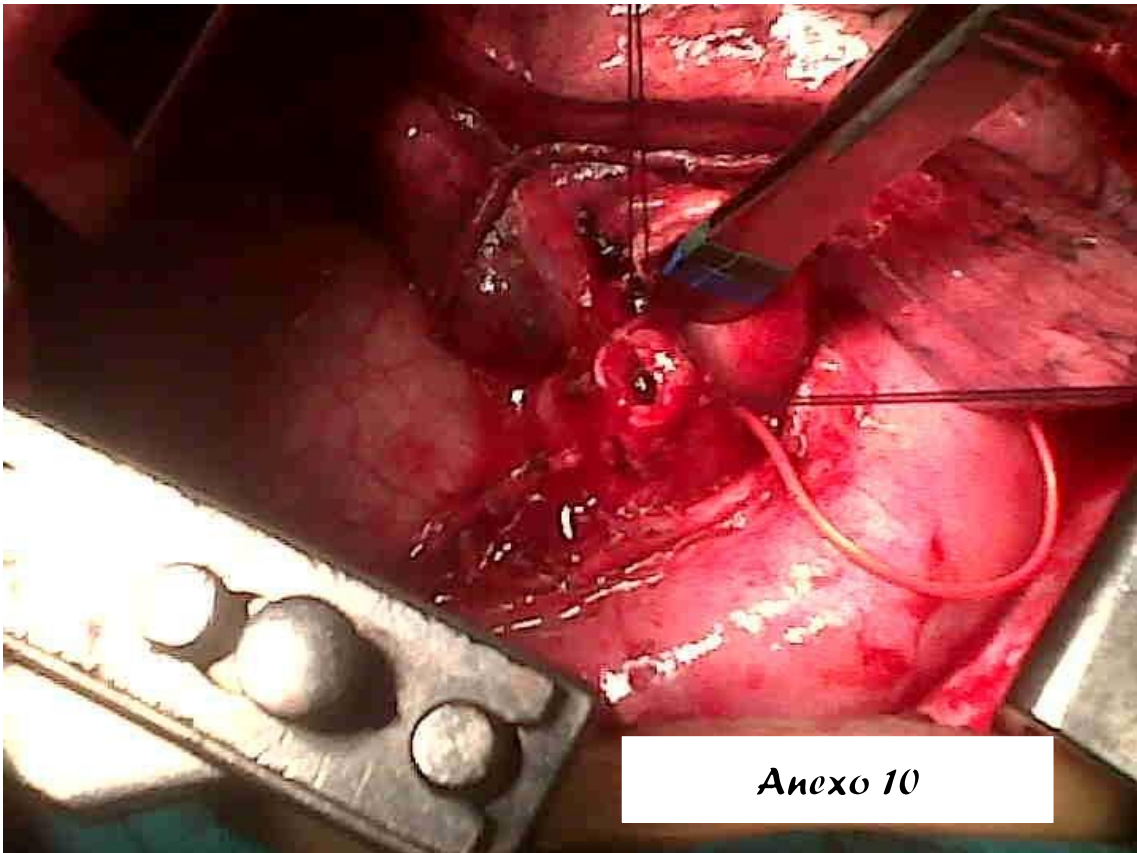


Анехо 8





Anexo 9



Anexo 10

