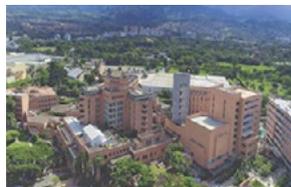




XVIII CONGRESO COLOMBIANO DE  
NEUMOLOGÍA Y  
CIRUGÍA DE TORAX  
¡JUNTOS POR LA SALUD RESPIRATORIA!

15 AL 18 DE AGOSTO BOGOTÁ, 2019



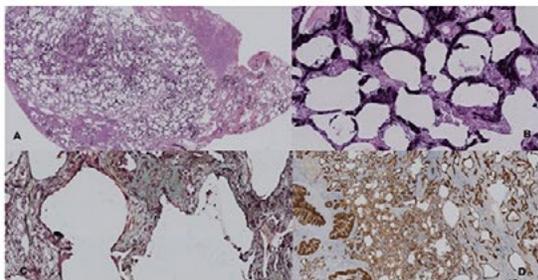
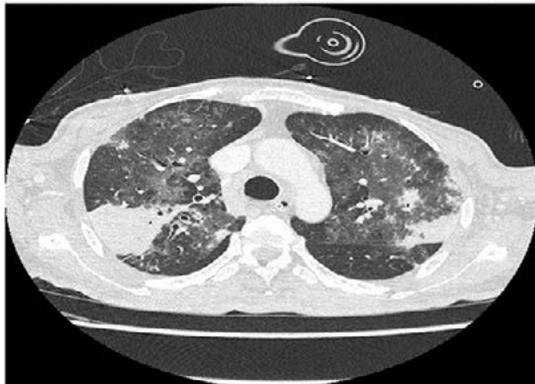
## Calcificaciones Pulmonares Metastásicas asociadas a Malignidad Hematológica: Reporte de Caso

Santiago Sanchez<sup>1</sup>, Eliana I. Morales<sup>2,1</sup>, Juliana Lores<sup>3</sup>, Marisol Aguirre<sup>3,1</sup>, Luz F. Sua<sup>4,1</sup>, Mauricio Velásquez<sup>5,1</sup>, Liliana Fernández-Trujillo<sup>2,1</sup>.

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi, <sup>2</sup>Depto de Medicina Interna, Neumología, <sup>3</sup>Centro de Investigaciones Clínicas, <sup>4</sup>Depto de Patología y Medicina de Laboratorio, <sup>5</sup>Depto de Cirugía, Cirugía de Tórax, Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia

### Introducción

La calcificación pulmonar metastásica se asocia con IRC terminal, puede tener otras causas benignas (hiperparatiroidismo 1º o 2º, sarcoidosis, otras) o malignas (M múltiple, Ca. paratiroideo, leucemia, linfoma, Ca. mama, Ca. sinovial, coriocarcinoma, otras) asociadas con hipercalcemia. Hay depósito de sales de calcio en MB epiteliales alveolares. Asintomáticos, pero puede progresar a insuf. respiratoria. Presentamos un pac. con linfoma difuso células-B y otros problemas con infiltrados persistentes y F. resp. con calcificaciones pulmonares extensas.



A y B. Coloración de H&E parénquima pulmonar con compromiso por calcificación de las paredes alveolares. C. Coloración de Movat formación de colágeno en la pared alveolar. D. Expresión de CK7 que permite observar la alteración del parénquima pulmonar secundario a la calcificación.

### Material y métodos

Revisión Historia/Clínica

#### Caso Clínico

Hombre, 62A, IRC-IIIa, fiebre, diaforesis, pérdida/peso y masa abdominal. Remitido durante el proceso por disnea, dolor torácico, síncope y signos de TVP, ingresa en falla respiratoria se realiza intubación. Angio TAC: TEP agudo, consolidación apical der, parches basales, adenomegalias. Se iniciaron antibióticos y anticoagulación con HBPM. TAC abdominal: Masa retroperitoneal, rodea aorta y VCI. FBO: BAL S. aureus meticilino/sensible. Calcio y PTH normales. VIH(+) sin Dx. previo, citomegalovirus(+). Laparoscopia: Hígado infiltrativo, masa retroperitoneal. Patología: linfoma difuso células grandes-B centro-germinal. Tto R-CHOP. Persiste con tos, nuevo TAC/tórax: Consolidación apical der. y ganglios reactivos. Toracoscopia. Patología: N. organizada, calcificaciones pulm >30% de paredes alveolares. BAL(+) micobacterias atípicas a la 6ª. sem. en 2º ciclo de tto. presenta bacteriemia por Gram (-), se deteriora y fallece.

### Conclusiones

Las calcificaciones pulm. metastásicas confunden las imágenes en pac. tan complejos. Los infiltrados pulmonares persistentes a pesar de tto. antibióticos múltiples llevaron a la Bx abierta para Dx histológico. El tto se basa en corregir la enf. de base, el producto calcio/fosforo y no es claro si esto pueda revertir los cambios a nivel pulmonar.