

" DE AQUELLOS VIDRIOS, ESTOS ADENOCARCINOMAS..O NO.." (NUESTRO DÍA A DÍA)

MAITE MARTÍN EGAÑA, JAVIER DEL VALLE ZAPICO, ALBA SALVADOR ERRASTI, ITZIAR OTERO LONGO, KARMELE ARMENDARIZ
TELLITU, ESTIBALIZ MONTEJO RODRIGO.

HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO, VIZCAYA.

Adenocarcinoma Pulmonar

- Es el tipo más frecuente.
 - Aumento en no fumadores.
 - La TC nos permite distinguir características radiológicas para sugerir distintos subtipos histológicos.
-

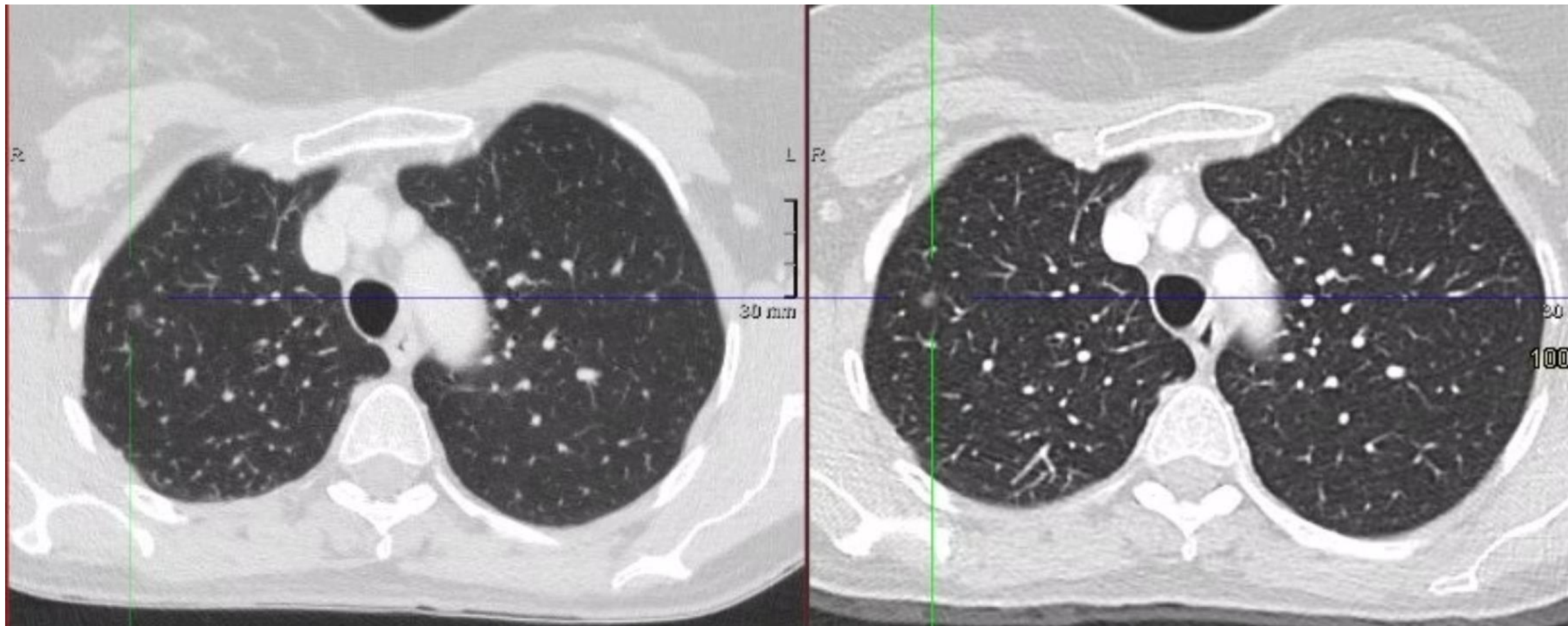
Subtipos Principales

- De crecimiento lepidico no mucinoso.
 - ADC mucinoso.
 - Asociado a lesiones quísticas.
-

1. Lesiones en el espectro del ADC de crecimiento lepidico no mucinoso

- Crecimiento sobre paredes alveolares.
 - Sin invasión inicial.
 - Incluye H.A.A, AIS, AMI y ADC INVASIVO PREDOMINANTEMENTE LEPÍDICO.
 - CARACTERÍSTICAS: nódulos en "vidrio deslustrado", lesiones subsólidas (el componente sólido indica invasión).
 - OTROS SIGNOS LEPÍDICOS: pseudocavitación, reticulación y consolidación dispersa.
 - * No todos los nódulos "en vidrio" son malignos/premalignos!!!
-

1.1. HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATÍPICA (subsólido puro de 5 ó menos mm).



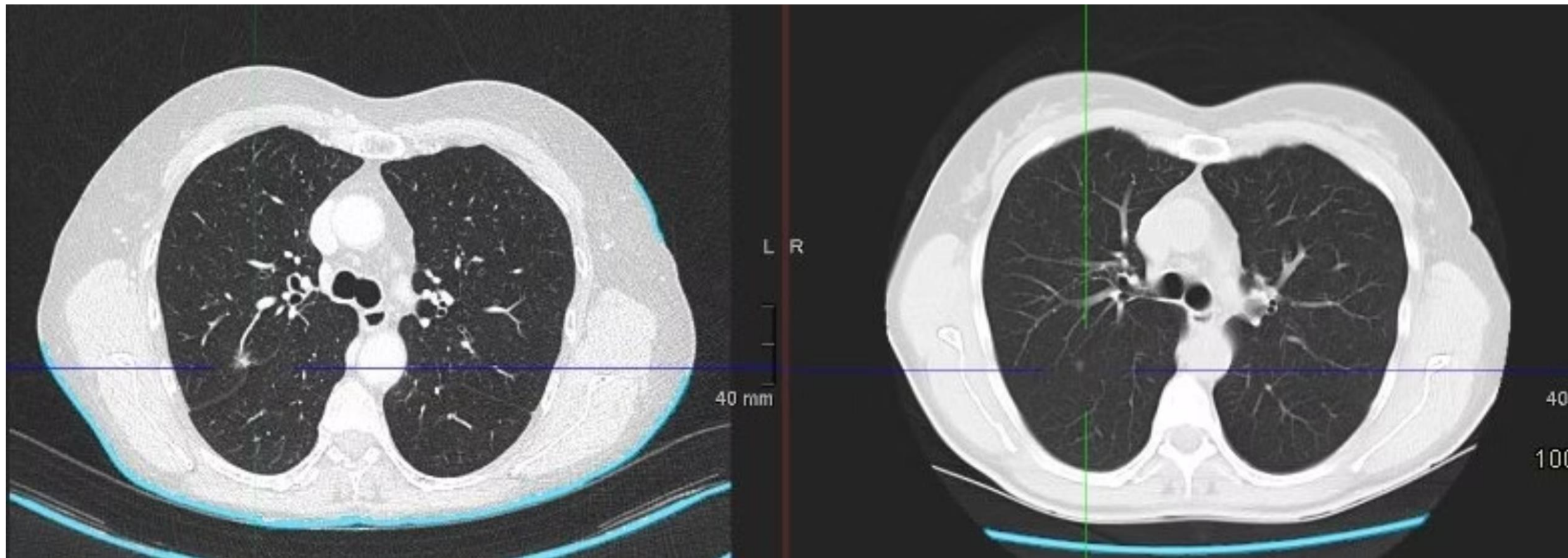
1.2. ADC IN SITU (subsólido puro de 5-30 mm).

- Lesión subsólida de 24 mm sin componente sólido, se biopsió y trató con SBRT.

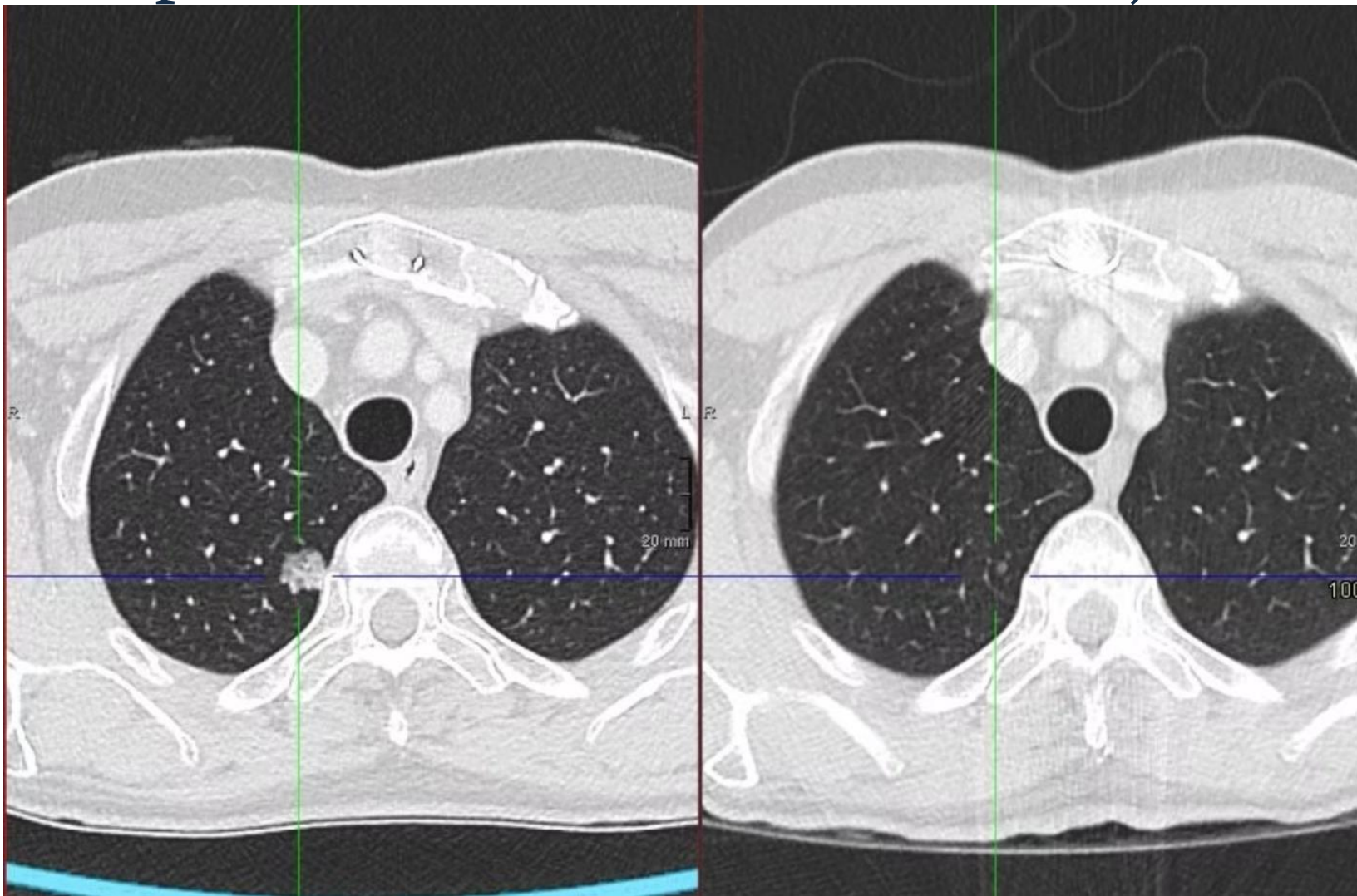


1.3. ADC MINIMAMENTE INVASIVO (nódulo mixto con componente sólido $\leq$ a 5 mm)

- Lesión de 14 mm y componente sólido de 5 mm que en 2017 era prácticamente imperceptible.



1.3. ADC MINIMAMENTE INVASIVO (nódulo mixto con componente sólido $\leq$ a 5 mm)

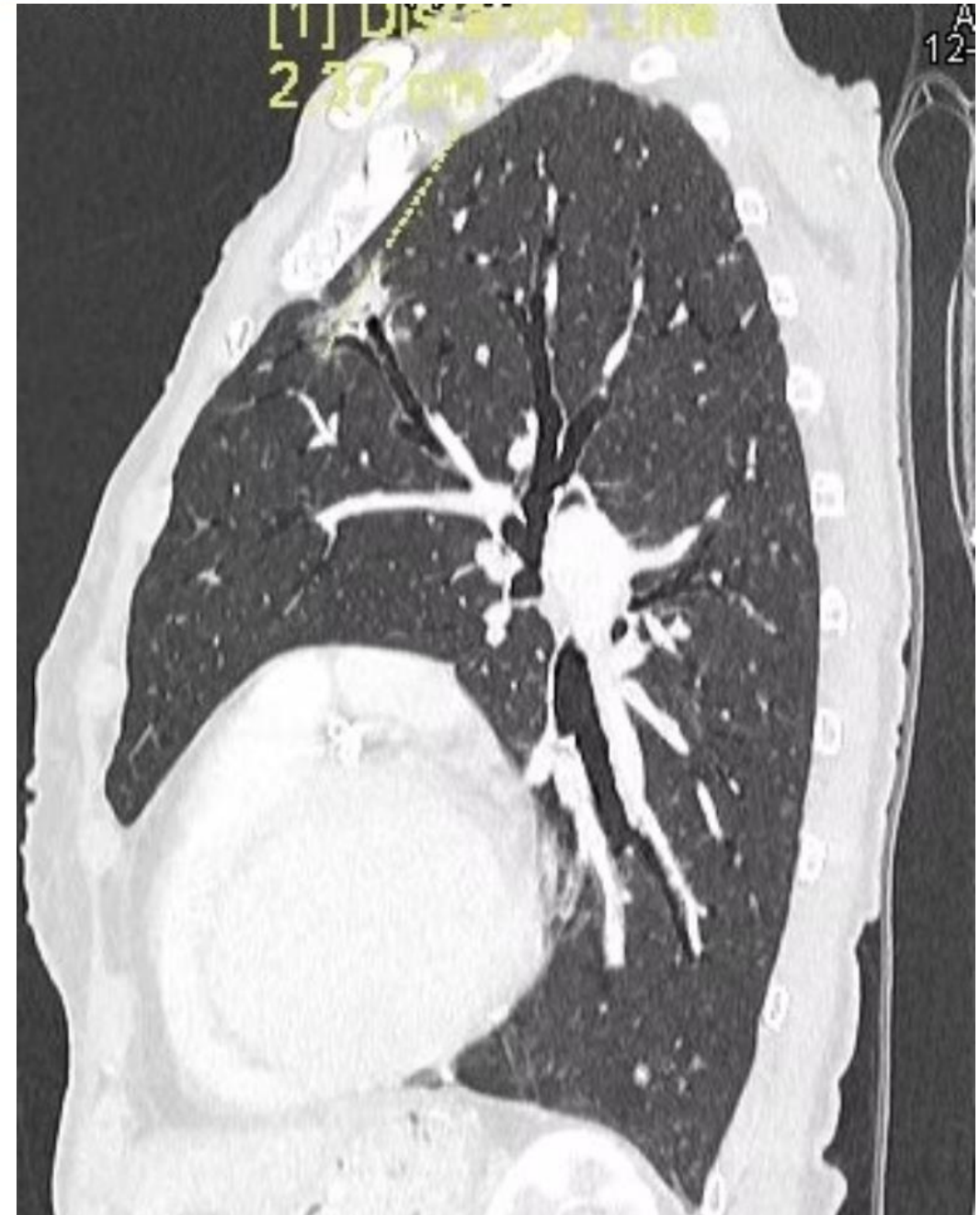


- Lesión subsólida de 14 mm, puntiforme en 2017 y con leve refuerzo metabólico en PET-TC.
- Resección atípica con A.P de ADC predominantemente lepidico.

1.4. ADC Invasivo

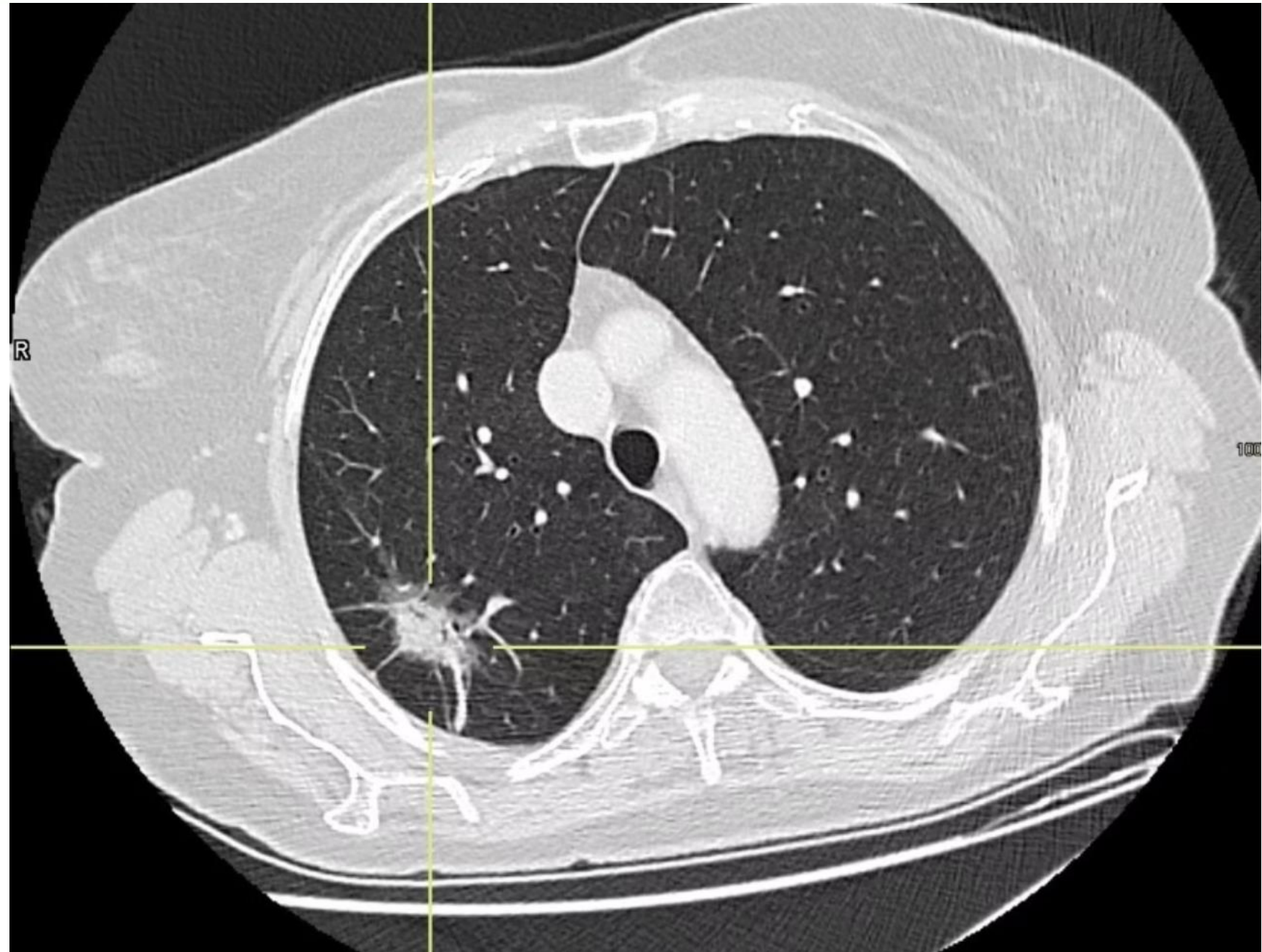
Predominantemente Lepídico *(lesión mixta con componente sólido >5 mm)*

- Lesión de 24 mm con componente sólido > de 5 mm.
- Asintomática, y dada la edad (83 años) se ha decidido no biopsiar.



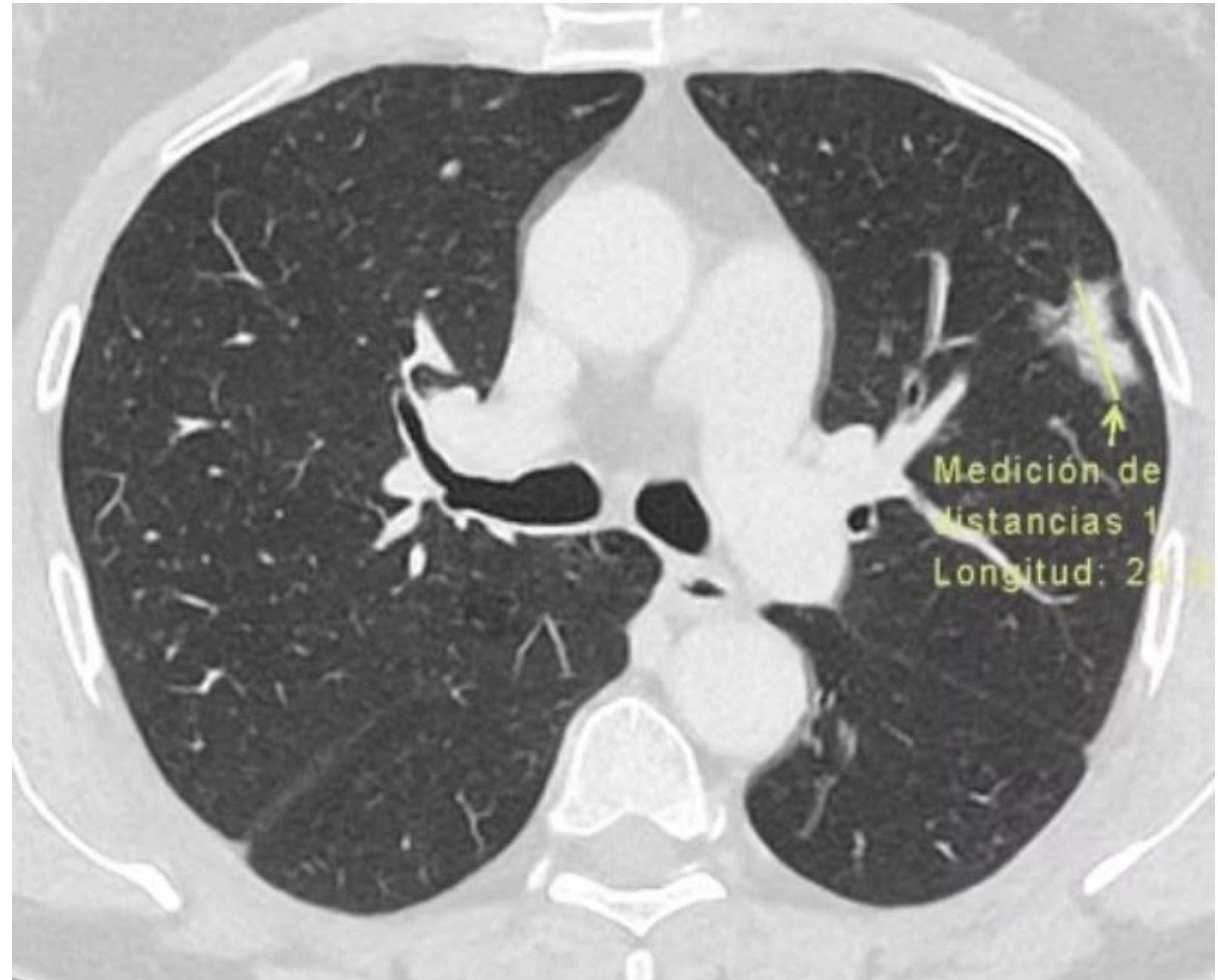
EN LA PRÁCTICA...

- Esta lesión se biopsió con A.P de Hiperplasia adenomatosa atípica, y se realizó lobectomía con A.P de proliferación neoplásica con patrón de crecimiento acinar (60%), micropapilar (25%) y lepidico (25%).



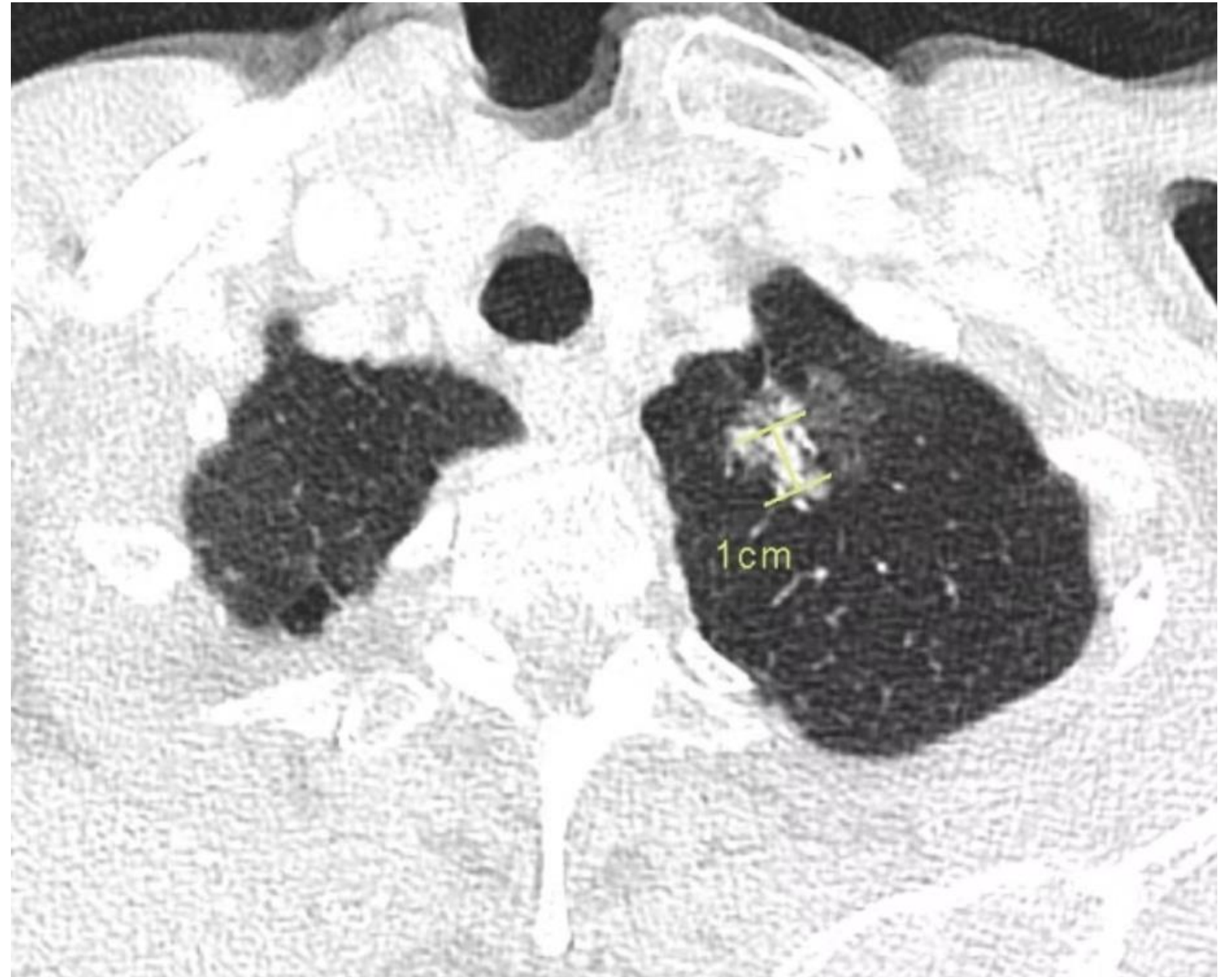
EN LA PRÁCTICA..

- Lesión con signo de la consolidación dispersa (componente sólido y subsólido indistinguibles).
- BAG: Hiperplasia neumocitaria con ligera atipia.
- Lobectomía: ADC con patrón acinar (60%) y lepidico (40%).



EN LA PRÁCTICA...

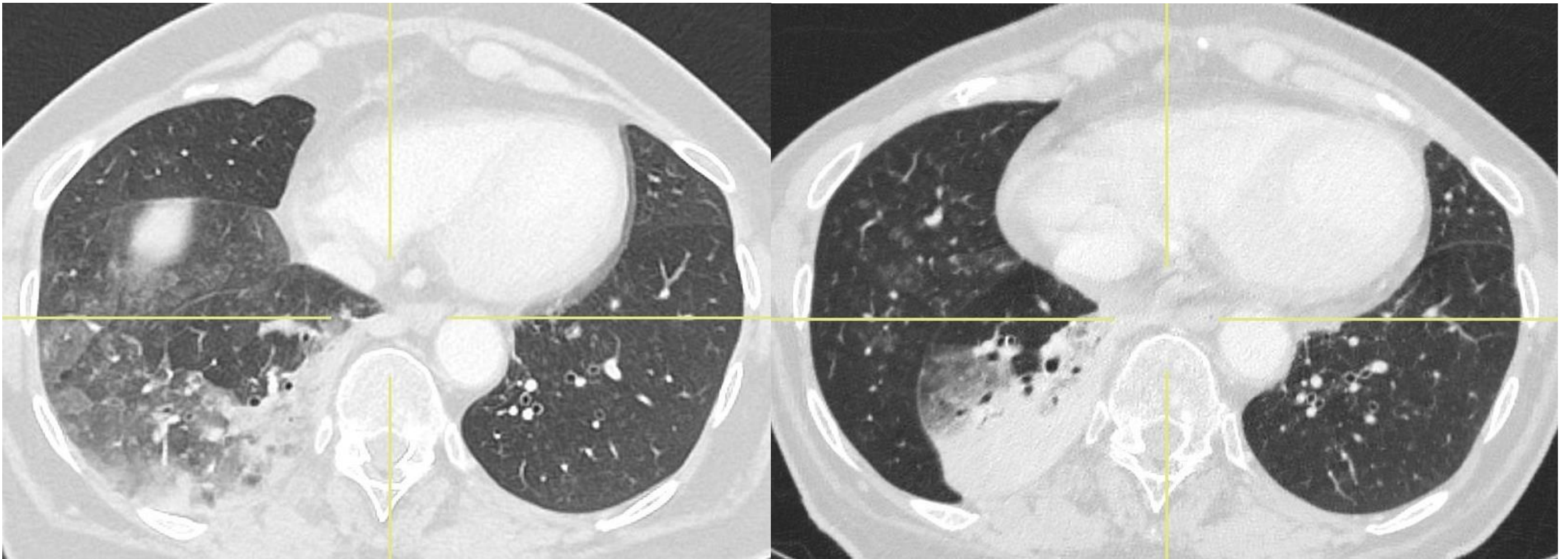
- Lesión mixta de 30 mm con componente sólido de 10 mm.
- Resección atípica: ADC de 31 mm de patrón predominantemente papilar.



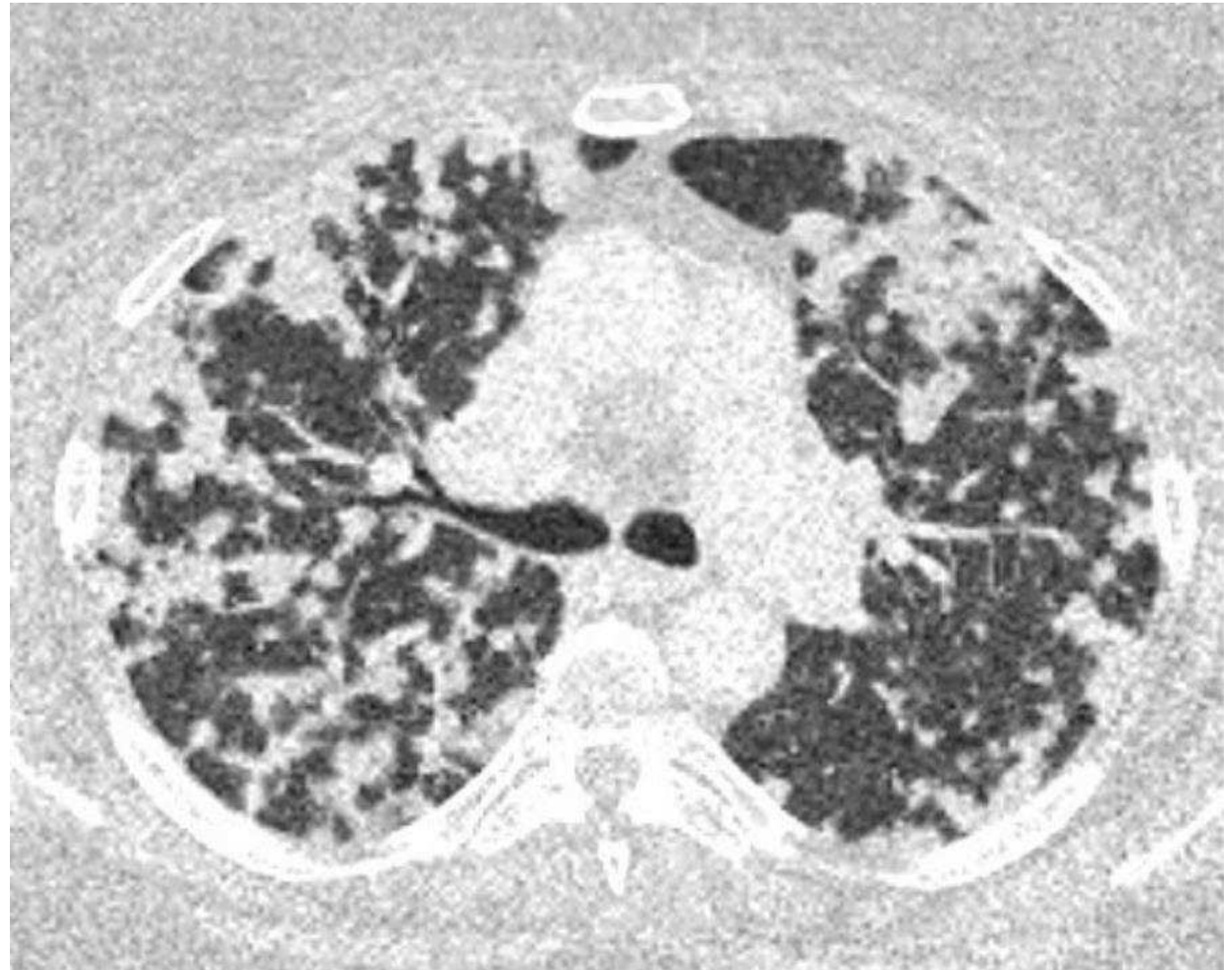
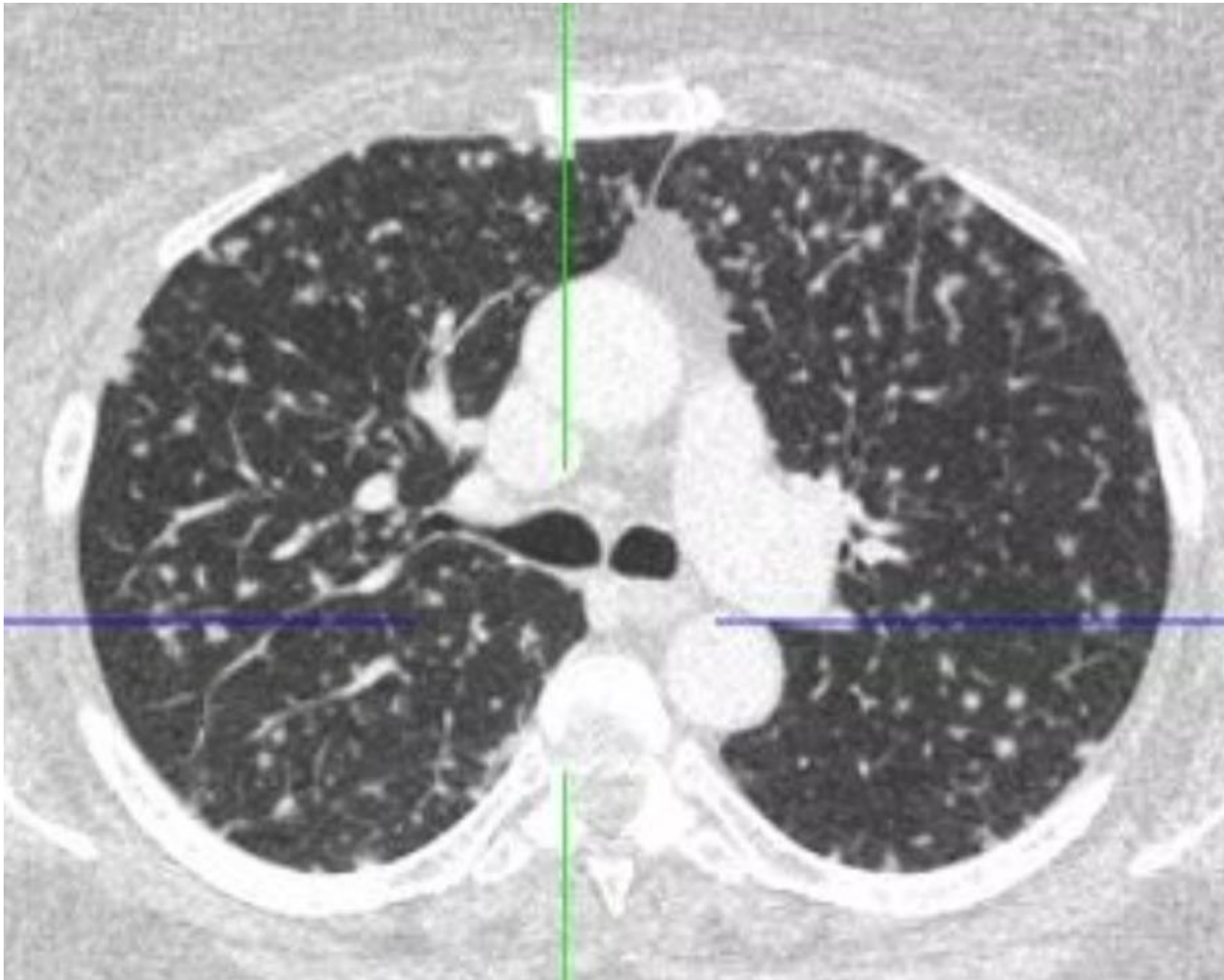
2. ADC Mucinoso

- Origen en células con mucina.
 - Frecuente mutación KRAS, baja asociación con EGFR.
 - **CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS:** consolidaciones extensas, simula neumonía, baja captación en PET-TC.
 - **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MUCINOSO:** con la neumonía infecciosa: importancia de la clínica (ausencia de fiebre, broncorrea..) y persistencia o mayor extensión de la consolidación...
-

2.ADC MUCINOSO: evolución en 22 meses



2.1. ADC MUCINOSO: evolución en 1 año

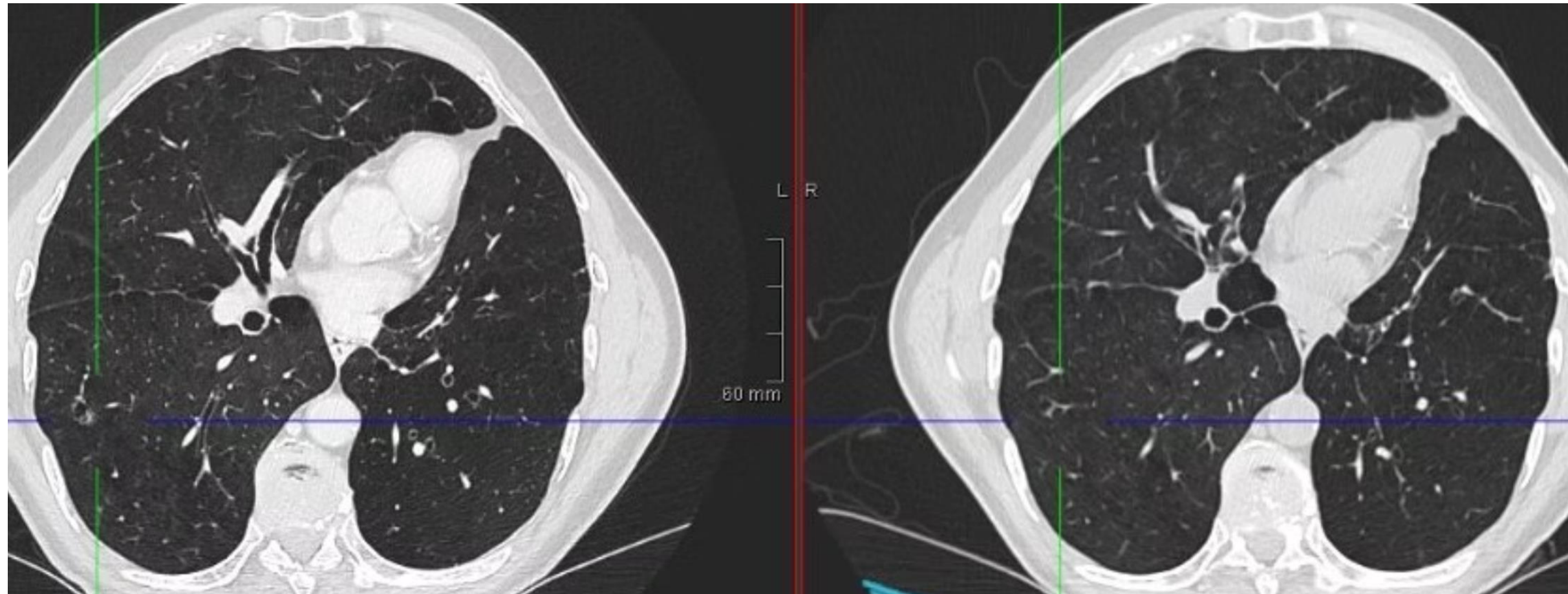


3. Cáncer de Pulmón Asociados a Espacios Quísticos Aereos

- Tumores en espacios aéreos quísticos.
 - Difícil diagnóstico.
 - Frecuentes falsos negativos (multifactorial: baja conciencia de este subtipo, se puede considerar lesión incidental benigna, superposición de características con patología infecciosa e inflamatoria..).
 - **PATRONES RADIOLÓGICOS:** nódulos exofíticos o con proyección endoluminal, engrosamiento parietal del quiste, lesión multiquística con elementos sólidos o subsólidos.
-

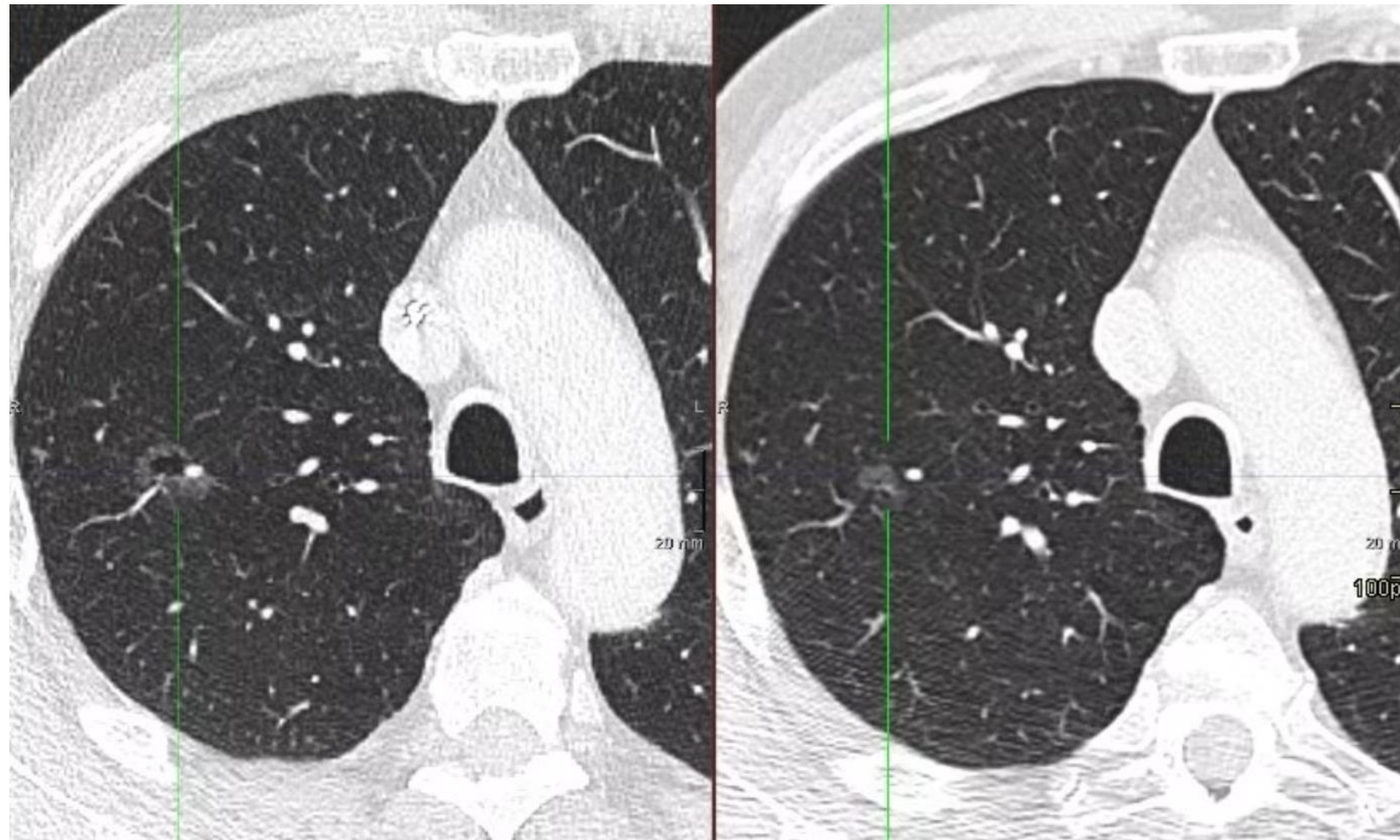
3.1. Cánceres de Pulmón Asociados a Espacios Quísticos Aéreos

- Elemento subsólido adyacente a un quiste en aumento desde 2020, PET-TC+; sin A.P, se asumió lesión de Mascalchi y se ha tratado con SBRT.



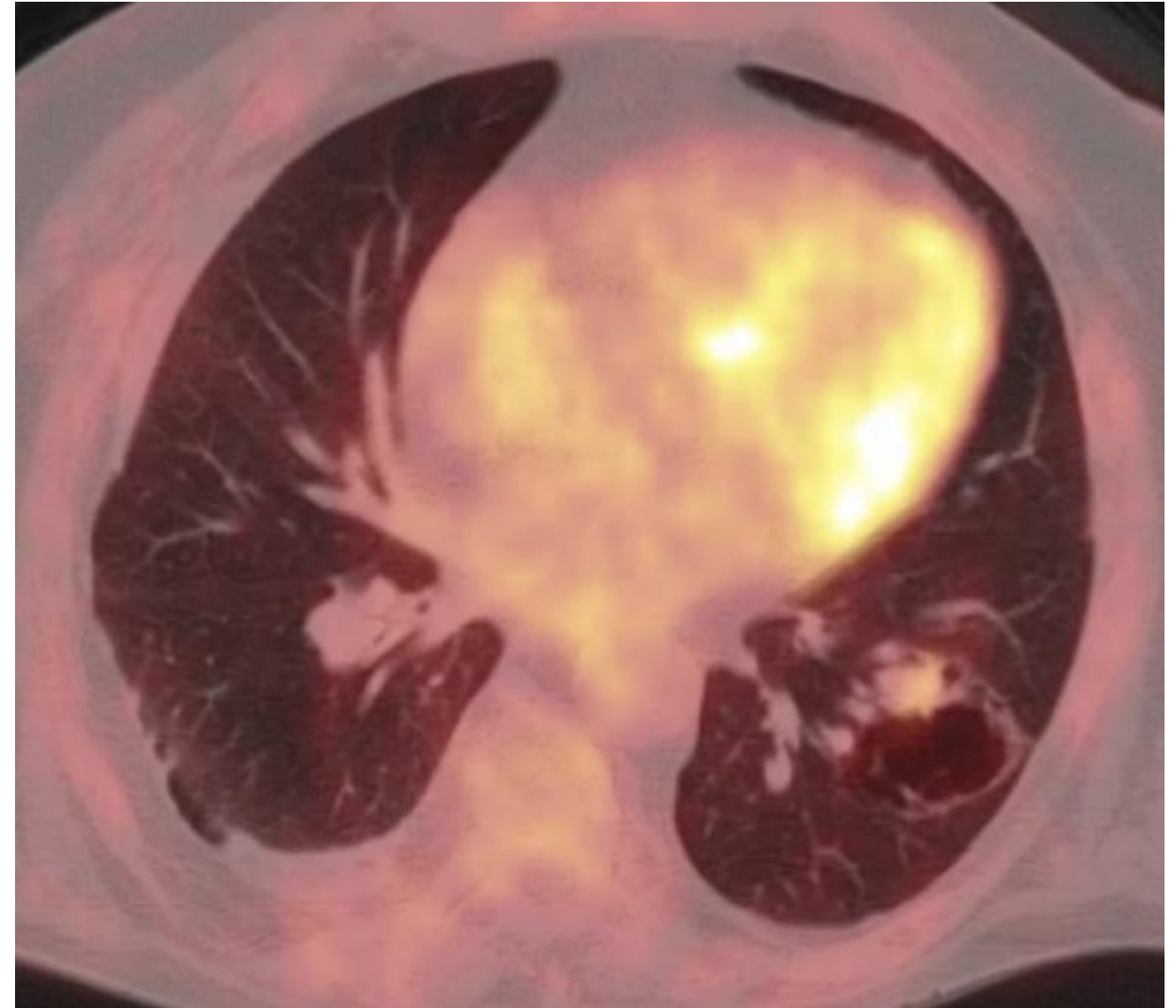
3.2. Cánceres de Pulmón Asociados a Espacios Quísticos Aéreos

- Lesión asociada a espacios quísticos aéreos, PET-; se ha decidido control.



3.3. Cánceres de Pulmón Asociados a Espacios Quísticos Aereos

- Engrosamiento nodular en la pared de un espacio quístico PET-TC +.
- LOBECTOMÍA: ADC invasor no mucinoso con patrón 50% acinar, 30% sólido y cordonal, 5% lepidico y 15% glandular complejo.



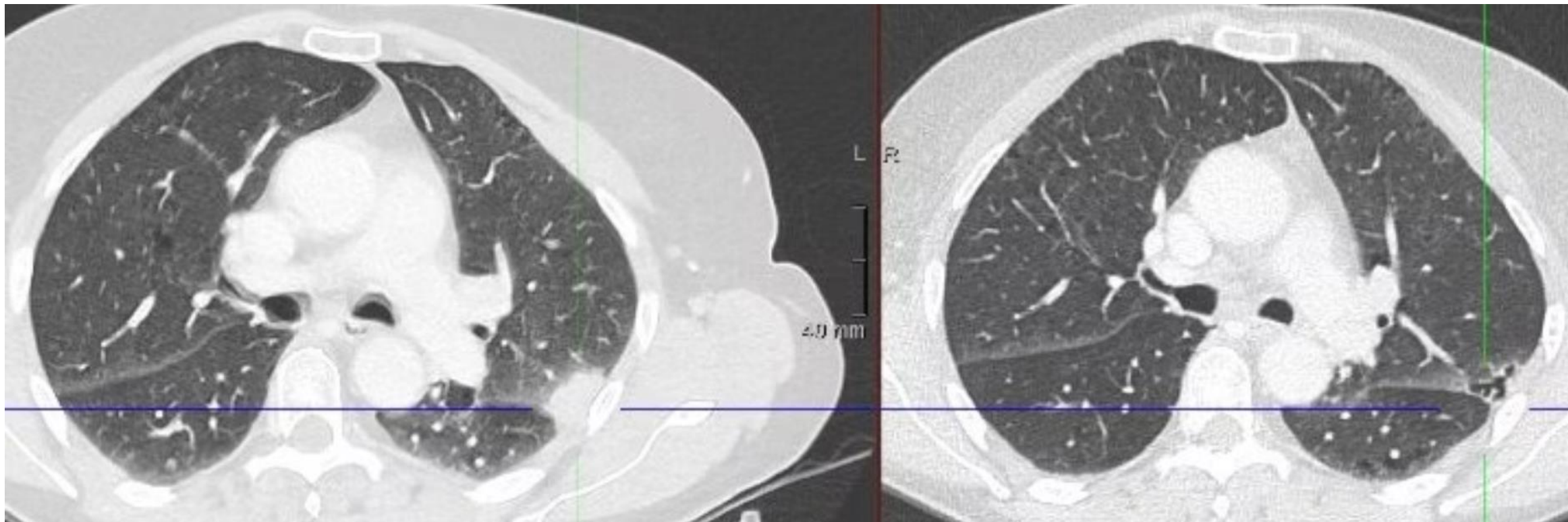
3.4. Cánceres de Pulmón Asociados a Espacios Quísticos Aéreos

- Masa de 31 mm en el LID en 2025.
- En TC previas de 2018 a 2020 era una lesión quística multitabicada sin claro componente sólido en TC.
- Lobectomía: ADC pT2a.

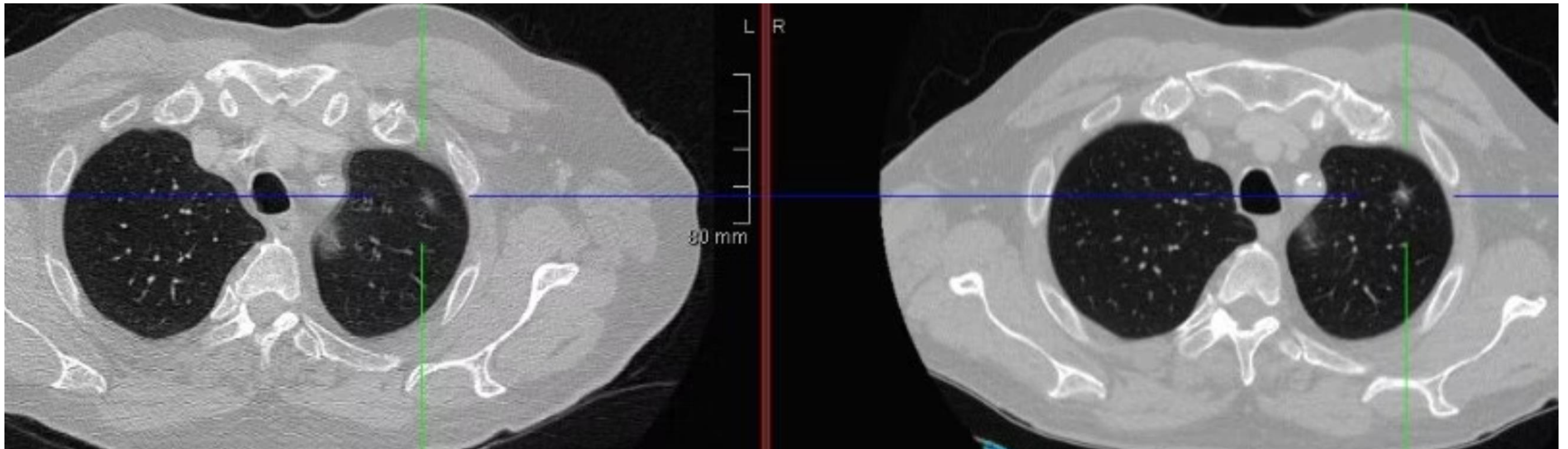


3.5. Cánceres de Pulmón Asociados a Espacios Quísticos Aereos

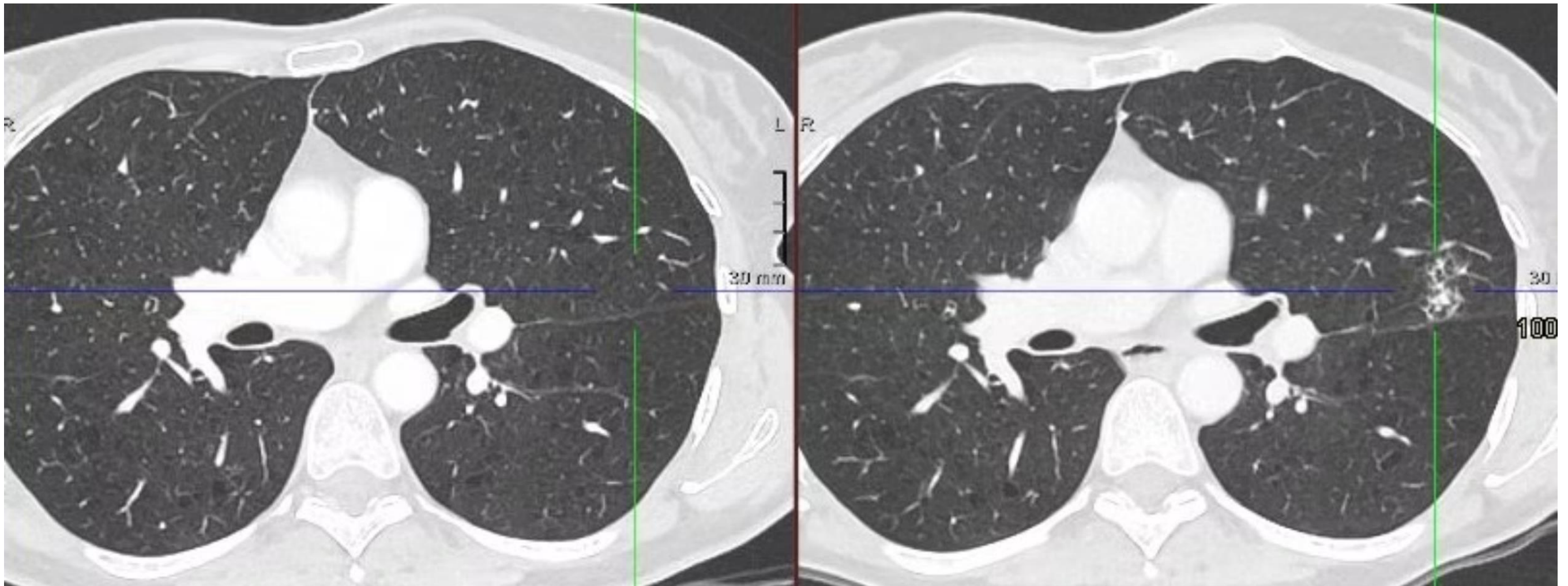
- Crecimiento de tejido sólido en 6 meses sobre una lesión multiquística
- Resección atípica en el LSI: ADC



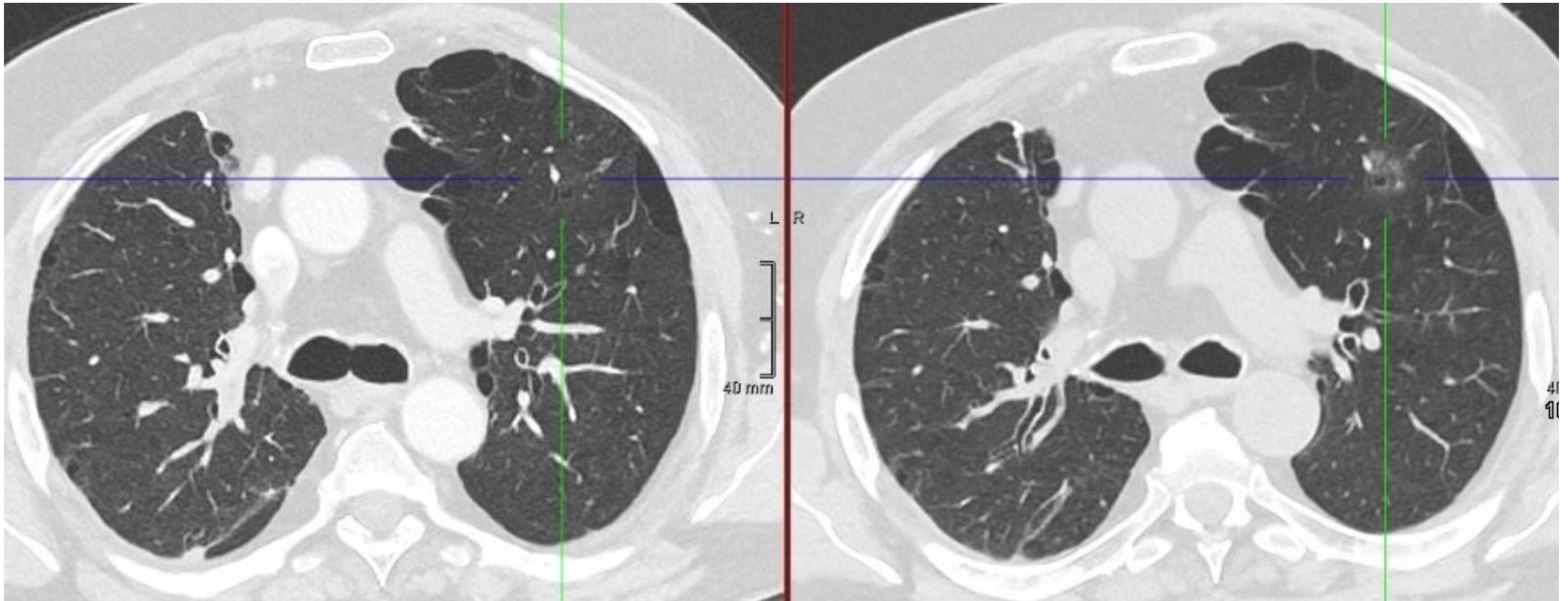
Lesión sospechosa que involuciona en 6 meses..



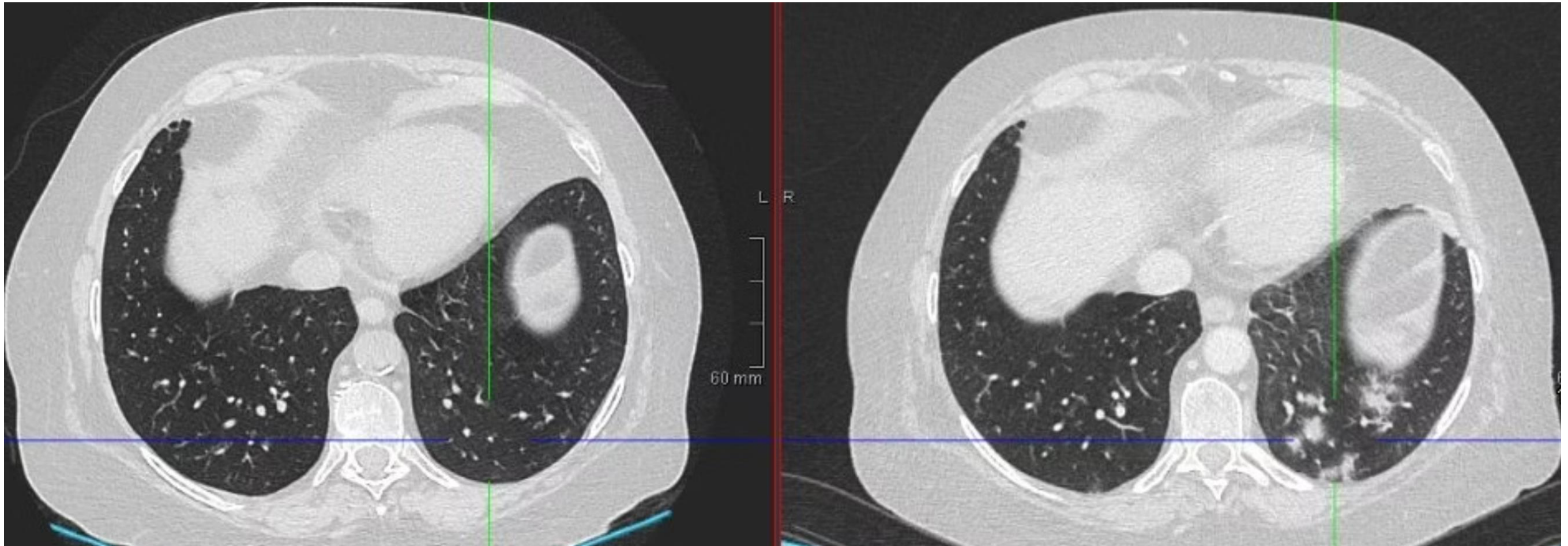
LESIÓN SOSPECHOSA QUE DESAPARECE EN 4 MESES..



Lesión sospechosa que desaparece en 1 mes..



OPACIDADES INFECCIOSAS RESUELTAS



EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

- CAMBIOS PROGRESIVOS EN TC (crecimiento, aparición de componente sólido..).
 - EN CASO DE HALLAZGO CASUAL EN PACIENTE SIN ESTUDIOS PREVIOS: REPETIR TC EN 3 MESES (MÁXIMO EN 6 MESES) PARA VALORAR RESOLUCIÓN O PERSISTENCIA.
 - RECORDAR QUE TODA IMAGEN EN VIDRIO ES POTENCIALMENTE SOSPECHOSA, Y AÚN MÁS UNA LESION MIXTA.
 - EN CASO DE LESIONES QUÍSTICAS, FIJARSE EN QUE SUS PAREDES SEAN FINAS
-

CONCLUSIONES

- ALGUNAS FORMAS DE ADC DE PULMÓN PRESENTAN CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS DISTINTIVAS QUE EL RADIOLOGO DEBE RECONOCER PARA ORIENTAR SU DIGNÓSTICO Y MANEJO DE FORMA ADECUADA



Bibliografía

- A. Robles Gómez, J. Oliva Lozano. P. Rodríguez Fernández et al. Adenocarcinoma de pulmón: Presentaciones radiológicas características. Radiología 66 (2024) 542-554.
 - Emily A. Aherne, Andrew J. Plodkowski, Joseph Montecalvo et al. What the characteristics of lepidis predominant patten lung adenocarcinomas correlate with invasiveness on pathology?. Lung Cancer 2018 April;118 83-39.
 - Junji Ichinose, Yohei Kawaguchi, masayuki Nakao et al. Utility of Maximun CT Value in Predicting the Invasiveness of Pure Ground-Glass Nodules. Clinical Lung Cancer, Vol 21, No. 3, 281-7.
-