

Medicent Electrón. 2024;28:4100

ISSN 1029-3043

Informe de Caso

Invasión poco frecuente del cáncer pulmonar.

A propósito de un caso

Rare invasion of lung cancer. A case report

Dayan Rodríguez Molina^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-7883-031X>

Sandalio Julián Rodríguez Reyes¹ <https://orcid.org/0009-0003-8283-9984>

Yanelis Mayea Moya² <https://orcid.org/0009-0008-7732-9134>

¹Hospital Universitario «Celestino Hernández Robau». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

²Hospital Militar Universitario «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: dayromo8507@gmail.com

RESUMEN

Actualmente, se observa disminución de carcinomas asociados al tabaquismo e incremento en los adenocarcinomas no asociados a este hábito. Las metástasis se presentan por vías linfática o hematogena, en dependencia del tipo celular; en tejidos blandos son raramente reportadas por la literatura. Se presenta cuadro clínico de paciente masculino de 59 años, fumador; acudió a consulta de



Neumología con síntomas respiratorios persistentes, tos persistente, a veces seca y en ocasiones purulenta, llegando a tener estrías de sangre; además, aquejado de dolor lumbar bajo localizado, sin irradiación a miembros inferiores. Se le realizó Rx de tórax, tomografía de tórax, ultrasonido de partes blandas en la región sacra y citología aspirativa con aguja fina en esa región. Se obtuvo como resultado, metástasis a partes blandas por carcinoma escamoso poco diferenciado. De ahí la importancia de conocer los diversos tipos de metástasis del cáncer pulmonar y estadio del portador, para su manejo.

DeCS: neoplasias pulmonares; metástasis linfática; citología.

ABSTRACT

Currently, a decrease in carcinomas associated with smoking is observed, with an increase in adenocarcinomas not associated with it. Metastases occur through lymphatic or hematogenous routes, depending on the cell type; they are rarely reported in soft tissues in the literature. We report a 59-year-old smoker male patient who came to the Pulmonology consultation due to respiratory symptoms, a persistent cough, sometimes dry, sometimes purulent, even having blood streaks as well as a localized low lumbar pain without irradiation to the lower limbs. A chest X-ray, chest tomography, soft tissue ultrasound in the sacral region and fine-needle aspiration cytology in that region were performed. As a result, a soft tissue metastasis from a poorly differentiated squamous cell carcinoma was obtained. That is why knowing the several types of lung cancer metastasis and the stage of the carrier is important for its management.

MeSH: lung neoplasms; lymphatic metastasis; cytology.

Recibido: 20/09/2023

Aprobado: 24/09/2023



Con certeza, un viejo adagio expresa, que el cáncer es tan antiguo como la especie humana, aunque hallazgos paleopatológicos indican, que los tumores existieron en animales desde tiempos ancestrales, con anterioridad a la presencia de los hombres en la tierra. Sin embargo, confiar en la historia requiere testimonios y registros escritos.

En medicina, la primera descripción escrita de las enfermedades y el cáncer, fue encontrada en el Papiro de Edwin Smith, documento médico escrito en el año 3 000 A.C., en la Dinastía XVIII del antiguo Egipto; el autor concluyó, que el tumor abultado de la mama era una enfermedad grave y no había tratamiento para ella; por su parte, el Papiro Ebers, publicado en 1889, fechado alrededor del año 1 500 A.C., también en el antiguo Egipto durante el reinado de Amenofis I, contiene la primera referencia sobre un tumor de tejido blando, un tumor graso e incluye referencias a posibles cánceres de piel, útero, estómago y recto.

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales, extendidas más allá de sus límites habituales que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso denominado *metástasis*, las cuales constituyen la principal causa de muerte por esta enfermedad.⁽¹⁾

En el cáncer pulmonar ha habido una serie de cambios epidemiológicos en las últimas décadas. Ha disminuido la frecuencia de carcinomas fuertemente asociados al tabaquismo (carcinoma escamoso y carcinoma de células pequeñas), y se han incrementado los adenocarcinomas no asociados a este elemento nocivo, de forma importante, en la población femenina, ligado con mutaciones genéticas descubiertas en los últimos años.⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta, que dentro de dos décadas, la incidencia de cáncer pulmonar se incrementará a 22 millones cada año; por lo tanto, también será elevado el índice de mortalidad, con al menos,



unos 13 millones de decesos. Los países que se encuentran con mayor prevalencia de cáncer de pulmón pertenecen a Europa oriental, Asia occidental, África del Norte, Oriental y Sudoriental, Filipinas e Indonesia. También se encuentran China, Japón, Corea, los cuales tiene una tasa por encima de 40 por 100 00 habitantes, hombres en su mayoría, y se observa gran diferencia en países como Marruecos, Sudáfrica y parte de América del Sur.⁽³⁾

Es sabido, que hasta el 2012 se calcularon cerca de 14 millones de casos nuevos, así como 8,2 millones de muertes relacionadas con esta enfermedad. De acuerdo con la información del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (2017), los índices de mortalidad fueron tres veces más elevados en personas fumadoras que en individuos que nunca habían fumado.

Se prevé, que el número de casos nuevos aumentará a 22 millones en las siguientes dos décadas, donde más del 60 % de estos enfermos y el 70 % de las muertes, tendrán lugar en África, Asia, Sudamérica y Centroamérica. Algunas predicciones estiman que las muertes, como consecuencia de neoplasias malignas, pueden incrementarse a 11,5 millones en el 2030.⁽¹⁾ En Cuba, el cáncer es la segunda causa de muerte y potencialmente, la primera en años de vida perdidos, lo cual ocasiona un impacto significativo en la esperanza de vida.⁽⁴⁾

El cáncer de pulmón es la neoplasia que con mayor frecuencia se acompaña de síndrome paraneoplásico. En la mayoría de los pacientes, se puede observar un aumento en la síntesis y secreción de algún polipéptido, solo un 10-20 % presenta repercusiones clínicas en forma de síndrome paraneoplásico. El carcinoma de células pequeñas es el tipo histológico que con mayor frecuencia da lugar a este.

Muchos esfuerzos e investigaciones se han hecho en el mundo para combatir esta enfermedad y otras localizaciones malignas condicionadas por la sobreexpresión o mutación de determinadas proteínas extramembranas, transmembranas o intracelulares, lo que ha permitido actuar sobre estos puntos de control y desarrollar los tratamientos dianas.⁽⁵⁾



Las metástasis se presentan, fundamentalmente, en dependencia del tipo celular, por dos vías: linfática y hematógena. Las metástasis a tejidos blandos, que incluyen músculo esquelético, tejido celular subcutáneo y piel, son raramente reportadas en la literatura. La metástasis a piel es un evento clínico infrecuente; en general, de 0,7 % al 6,4 % de los cánceres presentan metástasis cutáneas, pudiendo extenderse hasta 10 %.⁽⁶⁾

Presentación del paciente

Paciente masculino de 59 años, con antecedentes como fumador desde hace muchos años; acude a consulta de Neumología por mostrar síntomas respiratorios superior a los 14 días; alega tener tos persistente -la mayoría de las veces, seca- aunque en ocasiones se hace purulenta, llegando a tener estrías de sangre. Además, se quejaba de un dolor lumbar bajo localizado, sin irradiación a miembros inferiores. El paciente manifestó una pérdida de apetito cada vez mayor, y en ocasiones, decaimiento.

A la auscultación presentó aislados crepitantes hacia la base derecha, por lo que se le indicó Rx de tórax y una química sanguínea. La radiografía mostró imagen nodular hacia el lóbulo inferior derecho, por ello, se le realizó tomografía de tórax simple. En los cortes tomográficos practicados, desde los vértices pulmonares hasta el hemiabdomen superior a 1mm sin contraste, se observó una imagen de densidad variable a predominio hiperdensa (-386 a 54UH) de aspecto T, localizada hacia el lóbulo inferior del pulmón derecho, que interesa -sobre todo- el segmento apical, de contornos irregulares bien definidos, rodeada de extensa área de neumonitis que miden en su conjunto, aproximadamente, 64 x 61mm, con áreas de menor densidad en su interior, sin calcificaciones en íntimo contacto con el cuerno inferior de hilio derecho y con la pared costal, sin provocar erosión de las mismas ni infiltración a partes blandas. No se observó otra imagen nodular en dicho pulmón ni en pulmón contralateral.



Se observaron: signos tomográficos de un fibroenfisema bulloso; no derrame pleural; buena permeabilidad traqueo bronquial. Se visualizaron además, pequeñas adenopatías mediastínicas de localización pretraqueal, perivascular, la mayor precarinal mide 14 x 7mm. En los cortes practicados a nivel del hemiabdomen superior, se observó vesícula, hígado, páncreas, bazo, polo superior de ambos riñones y suprarrenales, de morfología y densidad tomográfica conservada. No adenomegalias intrabdominales, no líquido libre en cavidad. Aorta de calibre normal. Cambios espondiloartrósicos a nivel cervico-dorsal. No lesiones líticas ni blásticas, ni líneas de fractura. (Figura 1)

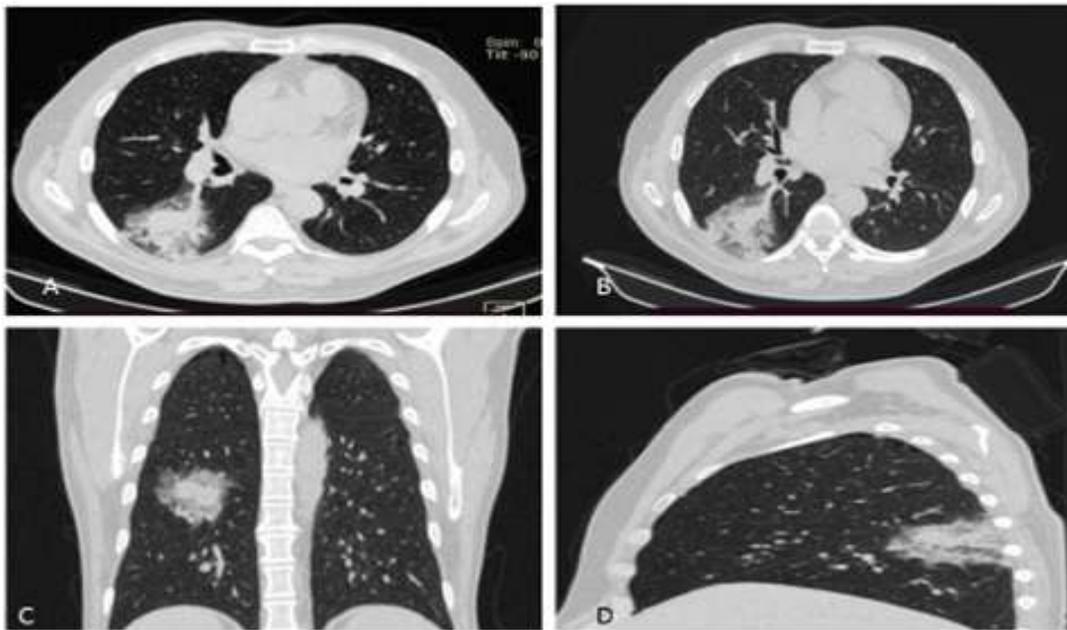


Figura 1. TAC de tórax simple en corte A y B; axial, C: coronal y D: sagital. Donde vemos una imagen de densidad variable a predominio hiperdensa de aspecto T localizada hacia el lóbulo interior del pulmón derecho, que interesa sobre todo, el segmento apical, de contornos irregulares bien definidos sin calcificaciones rodeada de extensa área de neumonitis adyacente a la lesión.

Una vez concluido el estudio, se realizó un intercambio entre especialistas, teniendo en cuenta el dolor y aumento de volumen del paciente en la región

lumbar baja; se decidió explorar dicha región a través de ultrasonografía. (Figura 2)



Figura 2. Ecografía a nivel del aumento de volumen hacia la proyección del sacro. Se observa imagen hipocogénica de contornos irregulares, imprecisos con áreas de mayor ecogenicidad hacia la periferia, sin calcificaciones (flecha amarilla) con distorsión de las partes blandas adyacentes (flecha azul)

El estudio mostró una masa predominantemente hipocogénica de partes blandas, que midió aproximadamente 7x6 cm de contornos imprecisos sin calcificaciones, pero con infiltración al hueso sacro. Por tales motivos, se valoró realizar la citología aspirativa con aguja fina (CAAF) sobre dicha lesión; se fundamentó este procedimiento, dado una posibilidad infrecuente, que pudiera ser una metástasis de la lesión pulmonar antes descrita. Se le realizó el proceder, mostrando como diagnóstico: metástasis a partes blandas por carcinoma escamoso poco diferenciado e investigar el pulmón.

Comentario

Las metástasis músculo-esqueléticas son una entidad poco frecuente que no precisa de muchos estudios bibliográficos. La metástasis subcutáneas contiene: metástasis en músculo esquelético, tejido celular subcutáneo o ganglio linfático de extremidad o torso, separado del sitio primario y con confirmación histológica o clínica. Según la literatura, de estos sitios, el más comprometido es el músculo esquelético, con una proporción de 4:1 respecto al tejido celular subcutáneo. ⁽⁶⁾ Dentro de ellos, los más reportados son: muslos, psoas ilíaco y músculos paraespinales.

Entre las formas clínica más frecuentes de afectación cutánea se encuentran, los nódulos solitarios o múltiples de rápido crecimiento, duros de coloración -entre normal y rojo/violácea- de aparición repentina e indoloro. Generalmente, son firmes, móviles y cubiertos de piel de aspecto normal, aunque en algunos casos, se observan lesiones exudativas o ulceradas con un diámetro que varían entre 5 mm y 10 cm. Pueden ser superficiales o profundos, hasta extenderse a la dermis y al tejido celular subcutáneo. Se localiza -preferentemente- hacia el dorso, pared torácica y abdomen, cuero cabelludo y cara; es infrecuente su aparición en las extremidades.

Si bien, el tejido muscular supone más de 50 % de la masa corporal total, la extensión metastásica al músculo esquelético constituye un evento excepcional en las neoplasias de órgano sólido, con una incidencia acumulada menor de 1,5 % en series recientes, y se limita habitualmente a las fases avanzadas de la enfermedad.

Por su apariencia clínica y radiológica, las metástasis en músculo esquelético se asemejan a los sarcomas de partes blandas. El músculo esquelético es un sitio poco común de localización de metástasis de origen hematógeno; su incidencia es, aproximadamente, 1 %. Muchos factores fisiológicos, como el flujo de la sangre al tejido, la presión y el metabolismo, se han citado como posibles razones de la escasa frecuencia de las metástasis en el músculo esquelético del cáncer de



pulmón. En el caso de las lesiones óseas, los sitios más comprometidos son la columna vertebral, las extremidades -concretamente- la parte proximal de las extremidades inferiores, como los cuádriceps o los músculos aductores.

Sin embargo, las metástasis pueden localizarse en la musculatura del torso, el abdomen o en la cintura pélvica, otras pueden ser osteoblásticas, como en el adenocarcinoma y en el carcinoma de células pequeñas. En muchas ocasiones, el síntoma principal es la presencia de una masa dolorosa, de gran tamaño y firme a la palpación.⁽⁶⁾

La localización de metástasis en el músculo es rara, y se descubre principalmente, durante la autopsia. Metástasis del músculo esquelético pueden ocurrir en el caso de la leucemia, linfoma, melanoma, tiroides, tracto gastrointestinal y carcinoma de mama. En la mayoría de los casos, solo se reportan metástasis individuales, mientras que múltiples metástasis musculares de carcinoma de pulmón son excepcionales; es inusual, la presentación clínica de metástasis musculares como forma de tumor maligno primario desconocido.⁽⁷⁾

Las metástasis en partes blandas son infrecuentes, pero no una excepción. Existen pocos criterios bibliográficos que ayuden a caracterizarlas, limitándose a reportes y series de casos. Pueden ser silentes o no, como ocurrió en el caso descrito, que el dolor incitó al hallazgo de la lesión que brindó el diagnóstico, constituyendo el epifenómeno de una enfermedad diseminada. El diagnóstico diferencial más importante es el sarcoma, que posee gran similitud, tanto clínica como imagenológica. La distinción requiere del estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico; este constituye un verdadero desafío diagnóstico con implicancias pronósticas y terapéuticas.⁽⁸⁾

En este caso, a pesar de la premura de los estudios y procedimientos realizados, el paciente -con muy mal pronóstico- se encuentra en sesión de quimio y radioterapia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Rodríguez ME, Benavides Márquez A, Ramírez Reyes E, Gallego Escobar Y, Toledo Cabarco Y, Chávez Chacón MA. El cáncer del pulmón: algunas consideraciones epidemiológicas, del diagnóstico y el tratamiento. AMC [internet]. 2018 [citado 18 mar. 2023];22(5):[aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000500781&lng=pt
2. Barrionuevo Cornejo C, Dueñas Hanco D. Clasificación actual del carcinoma de pulmón. Consideraciones histológicas, inmunofenotípicas, moleculares y clínicas. Horiz Med [internet]. 2019 [citado 18 mar. 2023];19(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000400011&lng=es
3. González A, Sánchez E, Vélez J. Prevalencia y factores de riesgos del cáncer de pulmón: Una enfermedad letal y silenciosa. MQRInvestigar [internet]. 2023 [citado 18 mar. 2023];7(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/299>
4. Frómeta Guerra A, Sánchez Figueredo SA, Naranjo Flores LL, Fuentes Liens EE. Supervivencia de pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas. Multimed [internet]. 2022 [citado 18 mar. 2023];26(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000500003&lng=es
5. Hernández Suárez N, Dopico Ravelo D, Sandrino Sánchez M, Morera Rojas MP, Díaz Hernández M. Caracterización clínica epidemiológica del cáncer de pulmón en pacientes atendidos de 2016 a 2017. Rev Ciencias Médicas [internet]. 2020 [citado 18 mar. 2023];24(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4056>



6. Díaz Garrido D, Díaz Toledo M, González Díaz D. Metástasis infrecuentes en el carcinoma broncogénico. Rev Cubana Med [internet]. 2021 [citado 18 mar. 2023];60(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232021000100016&lng=es

7. C. Martínez Mullor E. de Aspe de la Iglesia M. Cordido Carro. Múltiples metástasis musculares como forma de presentación de un cáncer de pulmón desconocido. Medicina de Familia. SEMERGEN [internet]. 2019 [citado 18 mar. 2023];43(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-multiples-metastasis-musculares-como-forma-S1138359316300016>

8. Gaudiano J, de Betolaza S, González M. Metástasis de partes blandas: presentación atípica del cáncer broncopulmonar. Rev Urug Med Int [internet]. 2017 [citado 20 mayo 2023];2(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972017000200052&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

