

Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero" Santa Clara

## Presentación neurológica del adenocarcinoma de pulmón

Dr. Rober Cruz García,<sup>1</sup> Dr. Elvys Pérez Bada<sup>2</sup> y Dr. Juan Miguel Rodríguez Rueda<sup>3</sup>

### RESUMEN

Se presentó un caso con antecedentes de ser fumador inveterado que acudió a consulta y refirió cefalea difusa, opresiva, de carácter permanente y pérdida del conocimiento de forma ocasional desde hacia 2 meses, acompañado de pérdida de peso. Todo este cuadro asociado con disminución de la visión del ojo izquierdo con inestabilidad para la marcha, poliuria y polidipsia. Se le instauró una parálisis facial periférica izquierda y presentó la imposibilidad para desviar el ojo izquierdo hacia fuera y abajo, así como protrusión del ojo izquierdo en los días posteriores al ingreso. Se valoró la posibilidad inicial de un tumor cerebral y se llegó a la conclusión que se trataba de un adenocarcinoma poco diferenciado que debutó con síntomas neurológicos sin presentar manifestaciones respiratorias.

*Palabras clave:* Adenocarcinoma de pulmón.

El cáncer de pulmón es, a nivel mundial, la neoplasia más frecuente, 900 000 nuevos casos al año en varones y 330 000 en mujeres se reportan en la Unión Europea. Este tumor es el causante del 21 % de todos los cánceres en el varón y del 29 % de todas las causas neoplásicas de muerte en ese sexo.<sup>1,2</sup> La incidencia del adenocarcinoma broncogénico ha aumentado de forma significativa en los últimos años y en la actualidad constituye el 35-40 % de los casos de cáncer de pulmón. Su incidencia es similar en varones y mujeres y su relación con el tabaco no es tan aparente como con el carcinoma escamoso. Suelen desarrollarse en la periferia del pulmón, por lo que con frecuencia los síntomas son tardíos. A menudo los primeros síntomas son extratorácicos, dada su propensión al desarrollo de metástasis precoces, y no es infrecuente que comience con síntomas neurológicos debido a metástasis cerebrales con un rango de aparición de estos síntomas entre el 3 y el 21 %.<sup>3,4</sup> Los síndromes paraneoplásicos aparecen en menos del 1 % de los pacientes con cáncer y la mayoría de ellos con carcinoma pulmonar (generalmente de células pequeñas), de mama u ovario. No se limitan al sistema nervioso pero lo afectan con frecuencia.

Los efectos a nivel del sistema nervioso central (SNC), incluyen demencia progresiva, alteraciones del ánimo, convulsiones y, menor grado, signos focales motores o sensitivos. En algunos pacientes se desarrolla una encefalitis límbica (cúmulos linfocitarios en el lóbulo temporal medial). Los efectos periféricos fundamentales son la debilidad muscular (a veces con síndrome de Eaton-Lambert) y neuropatías periféricas. El diagnóstico habitualmente es por exclusión, salvo que se detecten autoanticuerpos en el suero o el líquido cefaloideo (LCR) del paciente. El diagnóstico diferencial incluye trastornos metabólicos cerebrales, carcinomatosis meníngea y leucoencefalopatía multifocal progresiva. No existe tratamiento específico, aunque ocasionalmente los pacientes pueden mejorar con el tratamiento de la neoplasia primaria.<sup>5-8</sup>

A continuación se presenta un caso clínico de un hombre de 61 años de edad de raza negra, con diagnóstico de un adenocarcinoma poco diferenciado, que debutó con síntomas neurológicos sin presentar manifestaciones respiratorias.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente del sexo masculino, raza negra, de 61 años de edad, con antecedentes de ser fumador inveterado que acude a consulta, refiere cefalea difusa, opresiva, de carácter permanente y pérdida del conocimiento de forma ocasional desde hacía 2 meses, acompañado de pérdida de peso de 40 lb. Todo este cuadro estuvo asociado con disminución de la visión del ojo izquierdo, con inestabilidad para la marcha, poliuria y polidipsia. En los días posteriores al ingreso se instauró una parálisis facial periférica izquierda e imposibilidad para desviar el ojo izquierdo hacia afuera y abajo, así como protrusión del ojo izquierdo.

Al realizar examen físico se encontró exoftalmos izquierdo con parálisis del cuarto, sexto y séptimo pares craneales (fig. 1). A nivel del cuello, en su porción anterior, se evidencia a la palpación un aumento de volumen del lóbulo derecho del tiroides con aspecto nodular y doloroso a la palpación de 4 cm. aproximadamente. El abdomen doloroso a la palpación a nivel del hipocondrio derecho, sin hepatomegalia. Se constata, además, bradilalia, bradisiquia, disminución de la visión del ojo izquierdo, unido a la toma motora de los pares craneales ya descritos.



Fig. 1. Obsérvese exoftalmos izquierdos con toma de IV, VI y VII pares craneales del mismo lado.

En su estadía en sala se realizaron un grupo exámenes complementarios de interés que se relacionan a continuación:

Hemoglobina: 94 g/L, eritrosedimentación 100 mm/h.

Conteo global de leucocitos: 7,0/10<sup>9</sup>, neutrófilos 0,49/L, linfocitos: 0,44/L, monolitos: 0,02/L, eosinófilos: 0,05/L. Lámina periférica: eritrocitos con anisocitosis e hipocromía. Conteo de reticulocitos: 0,6 %. Conteo de plaquetas: 250/ 10<sup>9</sup>. Glicemia: 4,60 mmol/L. Creatinina 141,4 mmol/L. Ionograma: Na 136 meq/L, K 4,9 meq/L, Cl 104 meq/L:

Líquido cefalorraquídeo: claro y transparente, células 24, pandy positivo, proteínas 94, glucosa 2,3, examen citológico negativo, así como cultivos bacteriológicos y micológico negativo.

Fondo de ojo: no papiledema, con imagen de coriorretinitis en zona temporal inferior y otra en zona nasal.

Ultrasonido abdominal y prostático? imagen de litiasis de 9 mm en el interior de la vesícula, hígado que rebasa 1,5 cm del reborde costal con imagen hiperecogénica en el lóbulo derecho de posible origen vascular. Resto normal. Próstata que mide 37 x 40 x 49 mm con cambios difusos en su ecogenicidad.

Radiografía de tórax anteroposterior y lateral derecha: opacidad del ángulo cardiofrénico derecho, con trayecto que se extiende al hilio y en la vista lateral se proyecta en el plano posterior, redondeada, de contornos bien delimitados pero irregulares de 3 cm de diámetro.

Radiografía de cráneo simple: presencia de surcos vasculares, pineal calcificada menor de 1 cm . No se observaron lesiones osteolíticas en este estudio.

Broncoscopía: no se detecta tumoración endobronquial. No signos de compresión extrínseca. Se tomó muestras para estudios bacteriológico, micológico y citológico. Todos fueron negativos.

En la tomografía simple de cráneo no se hallaron alteraciones.

Tomografía contrastada de cráneo donde informan imagen hiperdensa en línea media que mide 16 x 16 mm y no produce compresión en ventrículos (fig. 2).



Fig. 2. Imagen hiperdensa de 16,47 x 16,11 mm, que en línea media no produce compresión de sistema ventricular en relación con metástasis cerebral.

En la tomografía simple de pulmón se informa imagen hiperdensa que mide 55 x 52 mm en base de pulmón derecho (fig. 3 y 4).



Fig. 3. Topograma de TAC de pulmón. Obsérvese hacia la base del pulmón derecho imagen de aspecto tumoral que ocupa el ángulo cardiofrénico derecho.

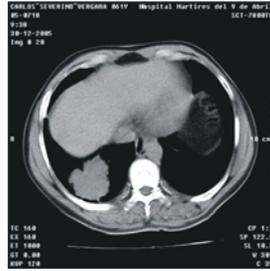


Fig. 4. Imagen tumoral de bordes irregulares en la base del pulmón derecho.

En la biopsia espirativa con aguja fina (BAAF) se informa adenocarcinoma poco diferenciado.

BAAF de tiroides: metástasis e infiltración o ambos de adenocarcinoma poco diferenciado.

## COMENTARIOS

Lo interesante de este caso clínico es precisamente como las manifestaciones iniciales del paciente se circunscribían todas al sistema nervioso, y muestran síntomas y signos compatibles con una lesión expansiva intracraneal. La ausencia de síntomas respiratorios en un paciente con diagnóstico final de un cáncer de pulmón puede entorpecer el diagnóstico inicial, y por lo tanto, retrasar una conducta terapéutica en una entidad donde solo la exéresis quirúrgica temprana de la lesión puede representar la única alternativa de curación en algunos casos.<sup>8,9</sup> Por ello se consideró que el estudio de casos como el presentado puede ayudar al personal médico activo a tener en cuenta la posibilidad de este diagnóstico, ante la presencia de un adulto mayor con síntomas iniciales que remedan una neoplasia intracraneal.

## SUMMARY

### Neurologic presentation of lung adenocarcinoma

Authors presents the case of a inveterade smoker seen in consulting room, who refers a long term compressor diffuse headache and occasional loss of consciousness, accompanied by weight loss. All this picture associated to decrease of vision in left eye and instability for gait, polyuria, and polydipsia. She presented with left peripheral facial paralysis and inability for look aside left eye out and down, as well as protrusion of this same eye in post-admission days. Initial possibility of a brain tumor was assessed and we conclude that this was a not much differentiate adenocarcinoma emerging with neurological symptoms without respiratory manifestations.

*Key words:* Lung adenocarcinoma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olson EJ, Jett JR. Clinical diagnosis and basic evaluation. En: Hansen HH. Textbook of lung cancer IASLC. 6 ed., Londres: Martin Dunitz Ltd.; 2000. p. 141-61.
2. Scagliotti GV. Symptoms, signs and staging of lung cancer. Eur Respir Mon. 2001;17(2):86-119.
3. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL. Initial evaluation of the patient with lung cancer. Symptoms, signs, laboratory tests and paraneoplastic syndromes. Chest. 2003;123(1):97-104.
4. Schaefer-Prokop C, Prokop M. New imaging techniques in the treatment guidelines for lung cancer. Eur Respir J. 2002;19(35):71-83.
5. Reid PT, Rudd R. Diagnostic investigations in lung cancer. Eur Respir Mon. 2001;17(4):151-69.
6. Schreiber G, McCrory DC . Performance characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer. Summary of published evidence. Chest. 2003;123(1):115-28.
7. Rivera MP, Detterbeck F, Mehta AC. Diagnosis of lung cancer. The guidelines. Chest. 2003;123(1):129-36.
8. Bach PB, Kelly MJ, Tate RC. Screening of lung cancer. A review of the current literature. Chest. 2003;123(1):72-82.
9. Pfister DG, Johnson DH, Azzoli CG. American Society of Clinical Oncology treatment of unresectable non-small-cell lung cancer guideline: update 2003. J Clin Oncol. 2004;22(8):330-53.

Recibido: 18 de enero de 2007. Aprobado: 20 de febrero de 2007.

Dr. *Rober Cruz García*. Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Cuba.

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna.

<sup>2</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.

<sup>3</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Terapia Intensiva y Emergencia. Instructor.