

Un caso atípico de neoplasia de pulmón

An atypical case of lung neoplasia

Mislay Rodríguez García¹ <https://orcid.org/0000-0001-6891-9863>

Martha Campos Muñoz^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7039-5218>

Daniela de la Caridad Rodríguez Campos² <https://orcid.org/0000-0002-7346-2148>

Osmel Daniel Chacón Reyes² <https://orcid.org/0000-0002-9966-4848>

Joel Reynaldo Chiang Borges² <https://orcid.org/0000-0001-7997-4243>

¹Hospital Militar “Dr. Joaquín Castillo Duany”. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad No. 1. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: odchr@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: El cáncer de pulmón se considera el tumor maligno que más muertes produce en el mundo, por encima de otros cánceres y en el 90 % de los casos se diagnostica en estadios avanzados.

Objetivos: Describir una forma atípica de presentación de una neoplasia de pulmón.

Caso clínico: Paciente masculino de 68 años, fumador de más de 37 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca para lo cual llevó tratamiento con nitrosorbide (10 mg) 1 tableta cada 8 horas y aspirina (125 mg) 1 tableta al día. Refirió dolor en miembro inferior izquierdo, intenso que no se aliviaba durante todo el día y se exacerbaba con los movimientos y esfuerzos físicos. Además, presentó aumento de volumen en la región anterior media del tórax, de aproximadamente 15 cm de longitud, dura, dolorosa, de bordes regulares, superficie lisa. No tuvo tos, disnea, fiebre u otra sintomatología.

Conclusiones: El paciente tuvo una forma diferente de presentación de la neoplasia de pulmón. No presentó manifestaciones respiratorias que orientaran hacia la identificación de una causa pulmonar. Es necesaria la identificación del patrón cancerígeno, así como su estadiaje para prescribir el tratamiento y conducta adecuada.

Palabras clave: neoplasia pulmonar; cáncer atípico; células pequeñas.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

ABSTRACT

Introduction: Lung cancer is considered the malignant tumor that produces more deaths in the world over other cancers and in 90% of cases they are diagnosed in advanced stages.

Objectives: To describe an atypical form of presentation of lung neoplasia.

Clinical case: A 68-year-old male patient, a smoker over 37 years of age, with a history of heart failure for which he was treated with nitrosorbide (10 mg) 1 tablet every 8 hours and aspirin (125 mg) 1 tablet per day. He reported pain in the lower left limb, which was not relieved throughout the day and was exacerbated by physical movements and efforts. In addition, there was an increase in volume in the middle anterior region of the chest, approximately 15 cm long, hard, painful, with regular edges, smooth surface. He had no cough, dyspnea, fever or other symptoms.

Conclusions: The patient had a different form of lung neoplasia presentation. He did not present respiratory manifestations that oriented towards the identification of a pulmonary cause. The identification of the carcinogenic pattern is necessary, as well as its staging to prescribe the appropriate treatment and management.

Keywords: pulmonary neoplasia; atypical cancer; small cells.

Recibido: 10/09/2019

Aprobado: 18/02/2020

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad genética compleja, en la cual concurren una serie de procesos progresivos, hasta dar lugar a la transformación definitiva de la célula normal hacia la célula tumoral.⁽¹⁾

El cáncer de pulmón es la causa principal de muerte por cáncer en hombres y mujeres. Su detección en etapas tempranas es difícil y en el 90 % de los casos se diagnostica en estadios avanzados, en los cuales el tratamiento ya no es tan eficaz. Sus formas típicas de presentación son: bronconeumónica crónica, atelectásica, mediastinal, pleural, entre otras menos frecuentes.^(2,3)

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons

En Cuba constituye el tumor más frecuente, causante de la mayor mortalidad por neoplasias. Desde 2012, el cáncer es la primera causa de muerte en Cuba y según el Anuario estadístico de salud, el de pulmón ocupa las tasas más elevadas de mortalidad en el país, en ambos sexos.⁽⁴⁾

En Santiago de Cuba, durante el año 2007 murieron 1 534 pacientes por esa afección, para una tasa de 146,43 por cada 100 000 habitantes. A partir del 2012 las cifras estadísticas fueron en ascenso hasta alcanzar en el 2014 la primera causa de morbimortalidad en la provincia.⁽⁵⁾

El objetivo de esta presentación de caso es describir una forma atípica de presentación de neoplasia de pulmón.

CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años, masculino, de piel blanca, procedencia rural, con antecedentes de cardiopatía isquémica desde hace 8 años, para la cual lleva tratamiento con nitrosorbide (10 mg) 1 tableta cada 8 horas y aspirina (125 mg), 1 tableta diaria. Refiere dolor en miembro inferior izquierdo, intenso, que no se alivia con analgésicos habituales y se exacerba con los cambios de movimientos y esfuerzos físicos. Refiere además aumento de volumen, desde hace 3 meses, con un crecimiento acelerado en la región anterior media del tórax, de aproximadamente 15 cm de longitud, de consistencia dura, dolorosa, bordes regulares y superficie lisa. Presenta pérdida marcada de peso, de 2 a 3 kg mensuales, pérdida del apetito y fatiga. Niega tener tos, falta de aire, fiebre u otra sintomatología.

Antecedente patológicos personales: cardiopatía isquémica.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere.

Hábitos tóxicos: fumador desde hace 37 años; 1 cajetilla diaria. Café: 3 tazas al día. Bebidas alcohólicas ocasionalmente.

Examen físico: mucosas hipocoloreadas y húmedas; aumento de volumen en la región occipital derecha, de aproximadamente 3 cm, no doloroso, de consistencia dura, bordes regulares y superficie lisa. Aparato respiratorio con expansibilidad torácica disminuida; frecuencia respiratoria, 20 respiraciones por minuto; vibraciones vocales conservadas; murmullo vesicular disminuido en el lóbulo superior izquierdo, no estertores. Tórax con aumento de volumen en la región anterior media, de aproximadamente 15 cm de longitud, dura, dolorosa, de bordes regulares y superficie lisa.

En los complementarios se obtuvieron los siguientes resultados:

Hemograma completo: hemoglobina, 111 g/L; leucocitos: $8,1 \times 10^9/L$; eritrosedimentación: 55 mm/h; glicemia: 4,4 mmol/L; proteínas totales: 6,5 g/dl; albúmina: 2,7 g/dl; globulinas: 3,8 g/dl.

Radiografía de tórax: aumento de la radiopacidad en lóbulo superior del pulmón izquierdo.

Ultrasonido abdominal: páncreas de tamaño normal, aorta de calibre normal, no adenomegalias. Hígado de textura homogénea, imágenes nodulares hipoecogénicas, con vascularización periférica, contornos hipoecogénicos de aspecto metastásico, el riñón derecho mide 111 y 54 mm, tiene aumento de la ecogenicidad. El riñón izquierdo mide 100 y 59 mm, con imágenes quísticas en el polo superior de 24 mm y aumento de la ecogenicidad. No hay líquido libre en cavidad. No derrame pleural.

Tomografía axial computarizada (TAC): Se observa imagen hiperdensa en región occipital derecha de 59 UH, redondeada, bien delimitada, que invade el cuero cabelludo, mide 3,2 cm de diámetro, se asocia a osteolisis, con una extensión de 1 cm. Hay otras imágenes nodulares hiperdensas, redondeadas, de diferentes tamaños en región occipitoparietal derecha, metastásicas. En el tórax se observa masa tumoral hiperdensa en lóbulo superior izquierdo, de 38 UH, mide 5 x 3 cm, hay múltiples imágenes nodulares hiperdensas, de diferentes tamaños, en ambos campos pulmonares, de aspecto metastásico, así como una imagen de gran tamaño, en la proyección del manubrio esternal, con destrucción de este, que mide 12 x 14 cm. Hay cambios osteodegenerativos en la columna dorsal.

Biopsia por aspiración con aguja fina: Se observan células anómalas de pequeño tamaño, microcíticas, de forma redondeada, con citoplasma escaso, núcleo redondo y cromatina granular densa.

El caso clínico corresponde a un paciente con un problema definido: neoplasia de pulmón de células pequeñas (microcíticas), con metástasis en partes óseas.

COMENTARIOS

Entre los signos y síntomas del cáncer de pulmón de células pequeñas, está la tos que no desaparece y empeora con el tiempo, la disnea, inflamación de la cara o dilatación de las venas del cuello, sibilancias, hemoptisis, disfagia, disfonías, inmunodepresión y fiebre.⁽⁹⁾ Ninguna estuvo presente en este paciente. Solo tuvo algunas características de cualquier proceso cancerígeno u otra afección, como astenia, anorexia y pérdida de peso marcada.

Se detectaron células cancerígenas en los huesos; causa del aumento de volumen en el tórax y el cráneo. Si el cáncer se ha diseminado y hay metástasis, puede acompañarse de síntomas locales de donde se haya extendido, como cerebro, hígado, glándulas suprarrenales y huesos.^(8,10)

La biopsia del tumor es imprescindible para identificar el tipo histológico del cáncer, lo cual permite determinar el tratamiento a seguir.⁽¹¹⁾

Se determinó el patrón celular cancerígeno y las características fundamentales de estas células. El cáncer de pulmón de células pequeñas en granos de avena, es el más agresivo, por su rápido crecimiento y tendencia a producir metástasis. Representa el 18 % de todos los cánceres de pulmón.⁽¹⁾

De acuerdo al tipo histológico y del estadio en el que se encuentra el tumor, el tratamiento será más o menos agresivo. Se basa en la cirugía para extirpar la masa tumoral y la quimioterapia o radioterapia. Para los casos de cáncer de pulmón microcítico, la quimioterapia es la primera elección.^(6,7)

En Cuba se utiliza un protocolo de tratamiento basado en 6 ciclos de poliquimioterapia (cisplatino, vincristina y endoxán) asociados a radioterapia en la enfermedad limitada.^(4,12)

A este paciente se le indicó morfina, 1 ampula de 10 mg cada 8 horas, por vía i.m., difenhidramina 1 ampula de 20 mg cada 8 horas por vía i.m., nutriforte, 1 tableta media hora antes de cada comida y dieta hiposódica e hiperproteica. Se realizó apoyo psicológico al paciente y la familia.⁽⁴⁾

En este paciente, se produjo una forma diferente a la habitual, en la presentación de una neoplasia de pulmón. No presentó manifestaciones respiratorias que orientaran hacia la identificación de una causa pulmonar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Noya Chaveco ME, Moya González NL. Roca Goderich. Temas de Medicina Interna. Tomo I. 5ta ed. La Habana: ECIMED; 2017 [acceso 7/10/2019]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/libros_texto/roca_temas_medicina_interna_tomo1_quintaedicion/cap34.pdf
2. Zimmermann ML, Bahurin A, Innos K. Tendencias divergentes en la incidencia de cáncer de pulmón por género, edad y tipo histológico en Estonia: un estudio nacional basado en la población. BMC Cáncer. 2017 [acceso: 10/11/2018]; 17(1): [aprox. 20 p.]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577806>

3. Cheng TY, Cramb SM, Baade PD, Youlten DR, Nwogu C, Reid ME. Epidemiología internacional del cáncer de pulmón: últimas tendencias, disparidades y características tumorales. *J Thorac Oncol*. 2016 [acceso: 4/10/2018]; 11(10): [aprox. 30 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5512876>
4. Cáceres Lavernia HH, Nenínger Vinageras E. Comportamiento del cáncer de pulmón células pequeñas en el hospital Hermanos Ameijeiras. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2016 [acceso 7/12/2018]; 41(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/630/html_146
5. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: MINSAP; 2016. 2016.
6. Chiappori AA, Otterson GA, Dowlati A, Traynor AM, Horn L, Owonikoko TK, et al. Un estudio aleatorizado de fase II de Linsitinib (OSI-906) frente a Topotecán en pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas recurrente. *Oncologist*. 2016 [acceso 5/9/2018]; 21(10): [aprox. 7 p.]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5061534/pdf/theoncologist_16220CTR.pdf
7. Liu SY, Wu YL. Ensayos clínicos en curso de los inhibidores PD-1 y PD-L1 para el cáncer de pulmón en China. *J Hematol Oncol*. 2017 [acceso 5/9/2018];10(1):1-8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5499002/pdf/13045_2017_Article_506.pdf
8. Acosta Reynoso IM, Remón Rodríguez L, Segura Peña R, Ramírez Ramírez G, Carralero Rivas Á. Factores de riesgo en el cáncer de pulmón. *CCM*. 2016 [acceso 3/1/2019]; 20(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Pérez Velázquez E, Cárdenas Igarza JA, Reyes Góngora D. Variables clínicas en pacientes con cáncer de pulmón. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2016 [acceso 5/1/2019]; 41(10): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/947/pdf_348
10. Pérez Guerra LE, Rodríguez Flores O, Morales Morales Y, Amores Ramos A, Jaime Valdés L, Pérez Rodríguez A. Cáncer de pulmón: aspectos clínicos y diagnósticos en pacientes afectados del Policlínico “Marta Abreu”. *Acta méd centro*. 2017 [acceso 7/12/19];

11(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/833/1036>

11. MedlinePlus. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 11 Dic 2017; acceso 11/12/2019]. Cáncer de pulmón; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/lungcancer.html>

12. Barbosa IR, Bernal Pérez MM, Costa ICC, Jerez-Roig J, de Souza DLB. Supervivencia del cáncer de pulmón en pacientes tratados en un hospital de referencia en Zaragoza (España). Semergen. 2016 [acceso 12/12/2018];42(6):380-87. Disponible en:

<https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S113835931500266X>

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.