

NOTA CLÍNICA

Evolución fulminante de un adenocarcinoma pulmonar con linfangitis carcinomatosa

C. Cieza Peral, C. Jurkojc Mohremberger y S. Díaz Lobato*

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 4 de diciembre de 2011; aceptado el 12 de enero de 2012

PALABRAS CLAVE

Cáncer de pulmón;
Linfangitis
carcinomatosa;
Muerte

Resumen Las formas de presentación del cáncer de pulmón se relacionan con la localización del tumor y sus complicaciones locales y a distancia. Se han descrito formas de presentación agresivas en pacientes jóvenes, aunque no es habitual la presentación fulminante. Presentamos el caso de un paciente que en el plazo de una semana pasó de estar asintomático a fallecer por causa de un cáncer de pulmón diseminado.

El caso que presentamos es excepcional por varios motivos: *a*) la presentación aguda sin síntomas previos ni cuadro constitucional; *b*) la evolución fulminante hacia el fallo respiratorio y muerte del paciente, y *c*) la inusual presentación inicial del cáncer con linfangitis carcinomatosa.

KEYWORDS

Lung cancer;
Carcinomatosis
lymphangitis;
Death

Fulminant course of a pulmonary adenocarcinoma with carcinomatous lymphangitis

Abstract The way in which lung cancer presents itself is related to the location of the tumour and its local and systemic complications. Aggressive forms of presentations have been described in young patients, although fulminating presentation is not usual. We present the case of a patient who in the space of one week went from being asymptomatic to dying from the spread of lung cancer.

This case is exceptional for several reasons: *a*) the abrupt presentation without previous symptoms or constitutional syndrome; *b*) the fulminating evolution towards the respiratory failure and death of the patient and *c*) the unusual initial presentation of the cancer with carcinomatosis lymphangitis.

*Autor para correspondencia
Correo electrónico: sdiazlobato@gmail.com

Introducción

El tabaquismo como factor de riesgo de cáncer de pulmón es un hecho claramente conocido, por lo que este debe ser sospechado en todo paciente fumador que consulta por síntomas respiratorios. Las formas de presentación del cáncer de pulmón se relacionan con la localización del tumor y sus complicaciones locales y a distancia. Se han descrito formas de presentación agresivas en pacientes jóvenes, no siendo frecuente la evolución fulminante. Aunque el cáncer de pulmón es una patología habitual en nuestro quehacer diario, la presentación fulminante llevando a la muerte en días, en una persona joven, que había permanecido asintomática hasta ese momento, no ha dejado de sorprendernos. No existe literatura relevante al respecto, solo algún caso aislado que se asemeja al que aquí presentamos, pero con rasgos diferenciales importantes. Presentamos el caso de un paciente que en el plazo de una semana pasó de estar asintomático a fallecer debido a un cáncer de pulmón diseminado.

Caso clínico

Varón de 52 años, fumador de 26 paquetes de cigarrillos al año, trabajador en archivos de Hacienda, sin otros antecedentes personales de interés. Acudió al Servicio de Urgencias remitido por su médico de Atención Primaria al presentar fiebre de 38,5º C, tos sin expectoración y dolor pleurítico derecho de 2 días de evolución. La exploración física no mostró datos patológicos, salvo abolición del murmullo vesicular en la base pulmonar derecha. La radiografía de tórax realizada mostró una imagen de aumento de densidad sin broncograma aéreo, con pérdida de volumen a nivel de lóbulo inferior derecho (LID) y lóbulo medio (LM) (fig. 1). El paciente ingresó en la sala de neumología para completar su estudio, prescribiéndose un tratamiento con levofloxacino. En la anamnesis dirigida el paciente negaba la existencia de síntomas previos, no refiriendo tos, expectoración, disnea, dolor torácico u otros síntomas que pudieran hacer sospechar la existencia de una patología neumológica previa. Se realizó una tomografía computadorizada (TC) de tórax que reveló una masa pulmonar en LM y LID visualizándose una interrupción brusca del bronquio intermedio, atelectasia de LM y LID y datos compatibles con linfangitis carcinomatosa en el resto del parénquima pulmonar ipsilateral (fig. 2). Se realizó también un estudio broncoscópico que mostró una obstrucción del bronquio intermedio por edema-infiltración submucosa que no permitía progresar el fibrobroncoscopio. Se obtuvieron muestras de broncoaspirado, biopsia bronquial y cepillado bronquial. El paciente se encontraba asintomático, por lo que fue dado de alta al cuarto día del ingreso, quedando pendiente de recoger los resultados de la broncoscopia de forma ambulatoria. Tres días después del alta hospitalaria, el paciente acudió de nuevo al Servicio de Urgencias presentando gran trabajo respiratorio y saturación del 75%, por lo que recibió oxígeno con mascarilla reservorio. La radiografía de tórax mostró un pulmón derecho blanco (fig. 3). El paciente fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), intubado y conectado a ventilación mecánica. Se realizó una nueva broncoscopia que no aportó nuevos hallazgos respecto a la broncoscopia previa. Se recibió confirmación histológica de adenocarcinoma de

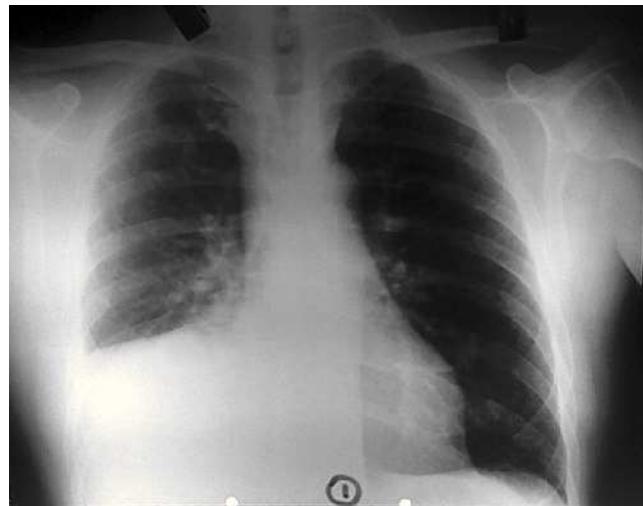


Figura 1 Radiografía póstero anterior (PA) de tórax realizada en el Servicio de Urgencias que muestra una imagen de aumento de densidad sin broncograma aéreo, con pérdida de volumen a nivel del lóbulo inferior derecho (LID) y lóbulo medio (LM).

pulmón. El paciente falleció el día siguiente de su ingreso a pesar de las medidas de soporte vital instauradas.

Discusión

El caso que presentamos muestra la evolución fulminante de un adenocarcinoma de pulmón en un paciente previamente asintomático que comenzó con imagen de pulmón blanco y datos de linfangitis carcinomatosa, ocasionando la muerte en el plazo de una semana. La linfangitis carcinomatosa representa el 7% de todas las metástasis pulmonares, y el 80% de los casos se deben a adenocarcinomas¹. Se caracteriza por la diseminación linfática retrógrada desde ganglios linfáticos afectados, a través de canales linfáticos de la pleura y el diafragma, llegando a través del conducto torácico a los ganglios mediastínicos e hilares. Típicamente el paciente está siendo tratado ya de un cáncer cuando se diagnostica la linfangitis, lo que no ocurrió en nuestro caso. Antes de que se detecten alteraciones en la radiografía de tórax el paciente suele comenzar con síntomas típicos como tos y disnea, hecho tampoco presente en nuestro paciente. El rápido deterioro marcado por la dificultad respiratoria progresiva es el curso clínico habitual de estos pacientes². El pronóstico es sombrío y representa la fase final de una neoplasia ya ampliamente diseminada, al contrario, una vez más, de lo que sucedió en nuestro paciente. La supervivencia media tras la aparición de los síntomas es de dos meses, frente a la semana que presentó nuestro paciente³.

En la literatura se encuentran descripciones excepcionales de casos con evolución fatal debida a fallo respiratorio por linfangitis carcinomatosa en pacientes sin cáncer conocido. Así, Ray et al⁴ describieron a dos pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e infiltrados pulmonares de evolución letal, similar a nuestro caso, que resultó ser por linfangitis carcinomatosa. Jayawarna y Ahmed⁵ han descrito igualmente el caso de una paciente con fallo respiratorio progresivo por linfangitis carcinomat-

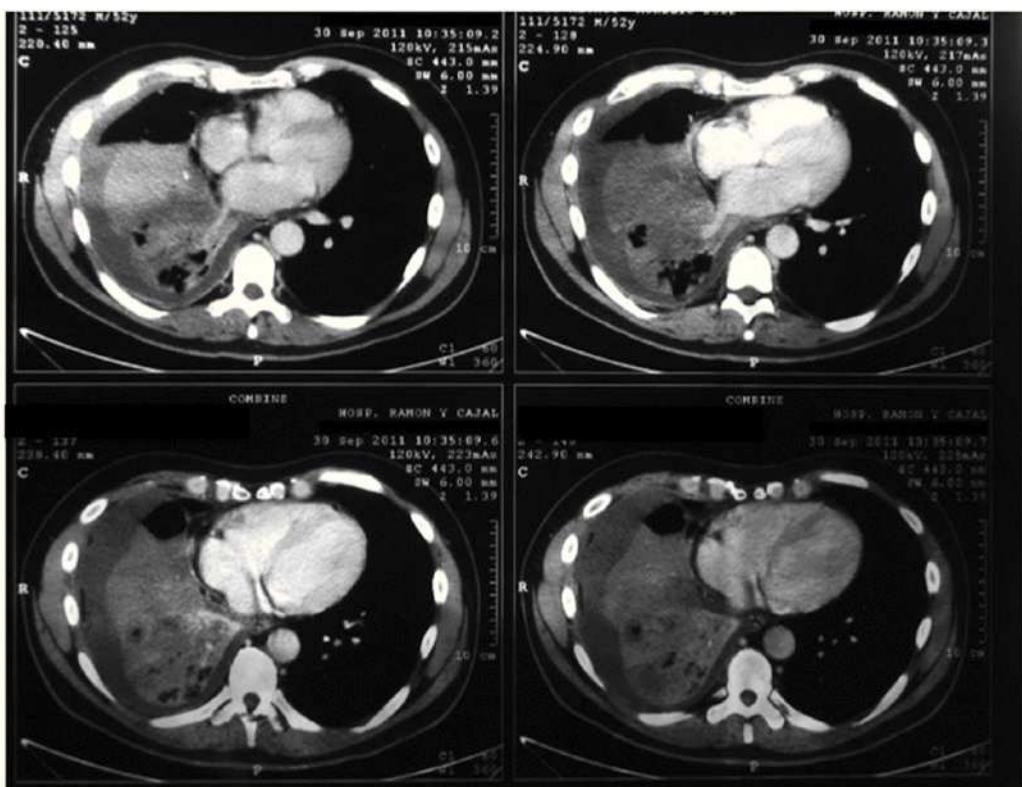


Figura 2 Tomografía computadorizada (TC) de tórax que mostró una masa pulmonar en lóbulo medio (LM) y lóbulo inferior derecho (LID), visualizándose una interrupción brusca del bronquio intermedio, atelectasia de LM y LID y datos compatibles con linfangitis carcinomatosa en el resto del parénquima pulmonar ipsilateral.

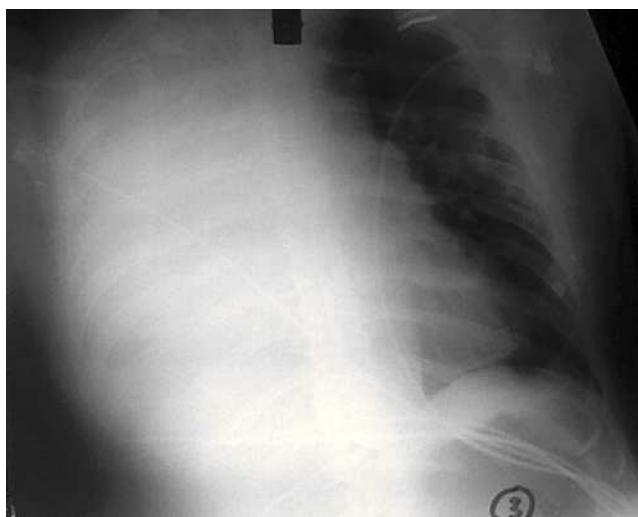


Figura 3 Radiografía póstero anterior (PA) de tórax realizada al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos que muestra pulmón derecho blanco.

sa y muerte, esta vez al mes del inicio de los síntomas, sin datos de neoplasia previa, encontrándose en el estudio neocróscico la neoplasia primaria en el estómago.

El caso que presentamos es excepcional por varios motivos: *a)* la presentación aguda sin síntomas previos ni

cuadro constitucional; *b)* la evolución fulminante hacia el fallo respiratorio y muerte del paciente, y *c)* la inusual presentación inicial del cáncer con linfangitis carcinomatosa.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sánchez de Cos J, Disdier C, Corral J, Riesco JA, Sojo MA, Masa JF. Supervivencia global a largo plazo en el cáncer de pulmón. Análisis de una serie de 610 pacientes no seleccionados. *Arch Bronconeumol.* 2004;40:268-74.
2. De Rivas Otero B, Heili Frades S, Solano Cebrián C. Disnea y patrón pulmonar intersticial. *Rev Clin Esp.* 2003;203:447-8.
3. Sood N, Bandarenko N, Paradowski LJ. Acute respiratory failure secondary to Lymphangitis Carcinomatosis. *Journal of Clinical Oncology.* 2000;18:229-32.
4. Ray P, Lefort Y, Beigelman C, Finet JF, Riou B. Two cases of acute respiratory failure due to carcinomatous lymphangitis in HIV patients. *Intensive Care Med.* 2004;30:1956-9.
5. Jayawarna C, Ahmed SV. Acute respiratory failure in a previously healthy young female. Disponible en: <http://priory.com/med/respfail.htm>