

Carta Científica

Presentación atípica del cáncer de pulmón: A propósito de un caso clínico



Atypical Presentation of Lung Cancer: About a Clinical Case

Estimado Editor:

El cáncer de pulmón es el tumor más frecuente y el que mayor mortalidad ocasiona en el mundo con 1,69 millones de fallecidos al año, según datos publicados por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan metástasis a distancia en el momento del diagnóstico. Aunque el cáncer de pulmón puede metastatizar en cualquier órgano, los más frecuentes son el cerebro (15-43%), el esqueleto óseo (19-33%), el hígado (33-40%) y las glándulas suprarrenales (18-38%)^{1,2}.

Las metástasis a nivel musculoesquelético son poco frecuentes y de origen hematógeno. Presentan una incidencia del 1% aproximadamente³. El cáncer de pulmón es el que con mayor frecuencia produce metástasis de partes blandas (3-5%), seguido por riñón y colon⁴. La presentación clínica de las metástasis musculoesqueléticas es muy variable, generalmente se presentan como nódulos o masas solitarias o múltiples de crecimiento rápido, cubiertos de piel normal, que pueden ser o no dolorosos, cuyo tamaño oscila entre 1 y 20 cm. Las localizaciones más frecuentes de las metástasis de partes blandas son las extremidades inferiores, la musculatura paraespinal, la pared torácica y la pared abdominal. El principal diagnóstico diferencial lo constituye el sarcoma con metástasis pulmonares, siendo fundamental su distinción mediante biopsia debido a las implicaciones pronósticas y terapéuticas^{2,4}.

Aunque se han descrito algunos casos en la literatura, actualmente no existen guías clínicas para el manejo específico de las metástasis musculoesqueléticas. El tratamiento de estos pacientes debe ser individualizado. Las opciones de tratamiento son la escisión quirúrgica, la quimioterapia, la radioterapia o una combinación de las tres. La presencia de metástasis a nivel musculoesquelético en el cáncer de pulmón se asocia a mal pronóstico, con una esperanza media de vida de seis meses^{2,5}.

Presentamos el caso de un paciente de 56 años de edad, alérgico a tramadol, fumador de 35 paquetes/año, con antecedentes personales de dislipemia, artritis seronegativa, hernia discal L3-L4 y melanoma en rodilla derecha intervenido en 1984, que consultó por dolor en el muslo izquierdo que había ido aumentando progresivamente hasta imposibilitarle el sueño y la deambulación. En la exploración física presentaba aceptable estado general y la auscultación cardiopulmonar era normal. En el tercio medio de la cara anterior de la pierna izquierda se palpaba una masa de consistencia dura, dolorosa a la palpación, sin alteración dérmica. En la radiografía de tórax se visualizaba una masa central de al menos 5 cm en

lóbulo superior izquierdo. La analítica sanguínea era anodina, salvo una proteína C reactiva (PCR) de 193 mg/L. El paciente ingresó a cargo de Neumología para completar estudio y control del dolor. Se realizó una tomografía computarizada (TC) de tórax y abdomen (fig. 1, A y B) donde se apreciaba una masa central hiliar izquierda de unos 5,5 cm de diámetro mayor que rodeaba el bronquio del lóbulo superior izquierdo, englobando y estenosando sus bronquios segmentarios, con obstrucción del bronquio del segmento 1-2 de dicho lóbulo. La masa englobaba y estenosaba también las ramas de la arteria pulmonar lobar superior izquierda. Además, se visualizaba una adenopatía supraclavicular izquierda de 16 mm (espacio 1L), adenopatías mediastínicas significativas en los espacios 7 (subcarinal), 2R y 4R (paratraqueales derechos) y adenopatías significativas hiliares derechas (espacios 10R y 11R). También se visualizaban lesiones líticas a nivel del cuerpo de la escápula derecha y cuerpo esternal compatible con metástasis óseas. Para la evaluación de la lesión del muslo izquierdo, se llevó al paciente a la Unidad de Broncoscopia y Técnicas Pleurales para realización de ecografía y, en función de resultados, valoración de biopsia a dicho nivel que permitiese a la vez el diagnóstico y la estadificación del tumor. En la ecografía de partes blandas con sonda lineal en modo B (fig. 1, C y D), se visualizó una masa heterogénea de aproximadamente 10 x 3 cm de diámetro localizada entre la cortical anterior del fémur izquierdo y el recto femoral izquierdo, en espacio anatómico de músculo vasto intermedio, que parecía estar desplazado anteriormente por esta masa. Con estos hallazgos, se procedió a realizar una biopsia con aguja gruesa (BAG) ecoguiada de la masa con aguja tipo Trucut de 18G, obteniéndose cuatro cilindros que se mandaron a anatomía patológica (fig. 1, E y F) con resultado de infiltración por carcinoma sugestivo de adenocarcinoma de origen broncopulmonar con ausencia de mutaciones del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR). Estudio inmunohistoquímico: ALK negativo, ROS-1 negativo, PDL-1 negativo (< 1%). Tras el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón T3N3M1c (estadio IV), se presentó en comité oncológico decidiéndose tratamiento con radioterapia con intención paliativa y quimioterapia con carboplatino-pemetrexed-pembrolizumab.

Aunque el músculo esquelético representa casi el 50% de la masa corporal total, las metástasis a este nivel son una afección rara cuya etiología más frecuente es el cáncer de pulmón. Se han propuesto varias teorías para explicar la baja afinidad de las células tumorales por el tejido muscular. La hipótesis mecánica aboga por que las contracciones musculares podrían ejercer un efecto protector debido a la elevada presión y al flujo variable de sangre. La hipótesis metabólica destaca el papel de las fluctuaciones de oxígeno, la variabilidad del pH local y la producción de ácido láctico. Finalmente, la hipótesis inmunológica apunta que la inmunidad celular y humoral y las reacciones de hipersensibilidad desempeñarían un papel importante en la inhibición del crecimiento de las células cancerosas metastásicas⁴. La mayoría de las metástasis musculoesqueléticas

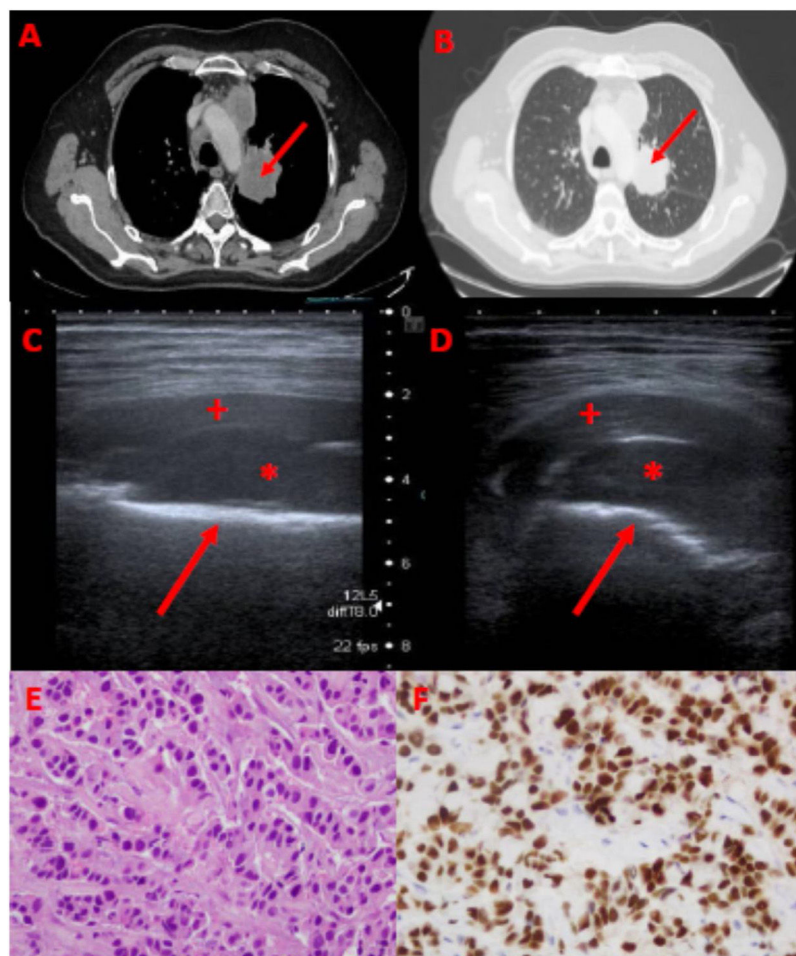


Figura 1. A y B) TC tórax: masa pulmonar central de 5,5 cm en lóbulo superior izquierdo (flecha). C y D) Ecografía musculoesquelética: masa de partes blandas de 10 x 3 cm (señalizada con asterisco), localizada entre la cortical anterior del fémur izquierdo (flecha) y el recto femoral izquierdo (cruz). E) Imagen de anatomía patológica (AP): tinción con hematoxilina-eosina. F) Imagen de AP: expresión positiva de TTF1 (origen pulmonar).

se presentan, como en nuestro paciente, como una masa palpable y dolorosa. La localización más frecuente es la parte proximal de las extremidades inferiores como el cuádriceps o los músculos abductores³. Dada la baja prevalencia de estas, debe hacerse un diagnóstico diferencial exhaustivo que incluya las entidades malignas y benignas más frecuentes, entre ellas el sarcoma de partes blandas. Por ello, ante toda lesión muscular (sintomática o no) detectada en pacientes con cáncer de pulmón, se debe valorar la posible etiología neoplásica y realizar una confirmación histológica de la misma².

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación de ninguna entidad privada o estatal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pop D, Nadeemy AS, Venissac N, Guiraudet P, Otto J, Poudenx M, et al. Skeletal muscle metastasis from non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2009;4:1236–41.

2. De Vega-Sánchez B, Lobato-Astírraga I, López-Castro R, López Pedreira MR, Disdier Vicente C. Metástasis musculoesqueléticas: hallazgo infrecuente asociado al cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol*. 2018;54:390–1.
3. Martínez-Mullor C, de Aspe de la Iglesia E, Cordido-Carro M. Múltiples metástasis musculares como forma de presentación de un cáncer de pulmón desconocido. *Semergen*. 2017;43:261–2.
4. Perisano C, Spinelli MS, Graci C, Scaramuzza L, Marzetti E, Barone C, et al. Soft tissue metastases in lung cancer: a review of the literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012;16:1908–14.
5. Tuoheti Y, Okada K, Osanai T, Nishida J, Ehara S, Hashimoto M, et al. Skeletal muscle metastases of carcinoma: a clinicopathological study of 12 cases. *Jpn J Clin Oncol*. 2004;34:210–4.

María del Carmen Vera Sánchez^{a,*}, Esther Sánchez Álvarez^a, Isabel Arranz Sala^b y María del Carmen Fernández Aguirre^a

^a Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maricarmenvera46@gmail.com (M.d.C. Vera Sánchez).