

Médica Sur

Volumen 10
Volume

Número 1
Number

Enero-Marzo 2003
January-March

Artículo:

Enfermedad metastásica pulmonar de
cáncer primario desconocido

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Enfermedad metastásica pulmonar de cáncer primario desconocido

Dra. Vanessa Alatriste Booth,* Dr. Norberto C. Chávez-Tapia,* Dr. Javier Lizardi Cervera**

Resumen

El cáncer de origen desconocido es un diagnóstico frecuente en la práctica médica y representa un grupo heterogéneo de neoplasias que comparten una característica clínica; el diagnóstico precoz de enfermedad metastásica en ausencia de identificación del tumor primario. A continuación se expondrá un caso clínico haciendo referencia a los principales sitios de origen y estirpe histológica, de las malignidades secundarias, así como características radiográficas que las distinguen de las tumoraciones primarias.

Palabras clave: Cáncer de origen desconocido, metástasis, malignidad secundaria.

Paciente masculino de 42 años de edad, sin antecedentes ocupacionales, o familiares de importancia para el padecimiento actual, sin antecedentes de tabaquismo, o exposición a humo de leña, y zoonosis, viajó a El Salvador en el último mes. Refiere antecedentes quirúrgicos sin relevancia. Un mes previo a su ingreso presentó cuadro de infección de vías respiratorias altas, con síntomas progresivos, desde hace dos semanas, disnea de esfuerzo, tos productiva, cianozante y disneizante, acompañándose de expectoración hemoptoica, dolor de tipo pleurítico en hemicárdia izquierda, acompañado de malestar general, fiebre de predominio vespertino de hasta 38.7°C y pérdida ponderal de 10 kilos en el último mes. A la exploración física se observa con signos vitales estables, eutrófico, pálido, en la región torácica se aprecia matidez a la percusión de base pulmonar izquierda, hipoventilación bilateral, así como estertores subcrepitantes en la base pulmonar izquierda, y diseminados en hemicárdia derecho, no se palpan megalias abdominales. Los estudios de laboratorio mostraron elevación de enzimas hepáticas y de fosfatasa alcalina (228 UI/L), gammaglutam-

Abstract

Cancer of unknown origin is a frequent diagnosis in medical practice. It represents an heterogeneous group of tumors that share the same clinical characteristic; early diagnosis of metastasis, without identifying the primary tumor. The following case report will discuss the most common sites of primary malignancies, histological findings and radiographic differences that distinguish secondary malignancies from primary tumors.

Key words: *Cancer of unknown origin, metastasic disease, secondary malignancy*

riltranspeptidasa (282 UI/L), VIH negativo, el cultivo de expectoración fue negativo. La radiografía de tórax muestra opacidad basal izquierda; atelectasia basal izquierda; imágenes micronodulares en hemicárdia derecho. En la tomografía de tórax y abdomen se observan micronodulaciones bilaterales, ganglios mediastinales, imágenes sugestivas de metástasis hepática.

Discusión

El cáncer de origen desconocido es un diagnóstico frecuente en la práctica médica y representa un grupo heterogéneo de neoplasias que comparten una característica clínica, el diagnóstico precoz de enfermedad metastásica en ausencia de identificación del tumor primario. Su frecuencia varía entre el 0.5 a 1 de los diagnósticos de cáncer.

Después del hígado, el pulmón es el sitio más común de enfermedad metastásica. Aproximadamente de 20 a 54% de los pacientes diagnosticados con cáncer de cualquier etiología presentarán metástasis pulmonares en algún momento de la historia natural de su enfermedad.¹

Fisiopatología de las metástasis a pulmón

El proceso metastásico involucra una serie de eventos complejos denominados en conjunto “cascada metastásica”. En una primera etapa, el tumor primario

* Departamento de Medicina Interna.

** Subdirección Académica.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

crece gracias a los nutrientes obtenidos por medio de difusión. Sin embargo, esto limita el tamaño tumoral por lo que depende de vasos de neoformación. Posteriormente ocurre la invasión a membranas basales y tejido conectivo intersticial, gracias a diferentes enzimas proteolíticas como metaloproteinasas provenientes del huésped. El balance entre los factores angiogénicos, y las proteasas determinan el potencial metastásico de cada tumor. La diseminación hematogena, o a través de las arterias pulmonares es la forma más común de metástasis pulmonares. La diseminación linfática es inusual, y representa en la mayoría de los casos diseminación hematogena, con extensión ganglionar. Se requiere la exportación de 0.1% células tumorales a la circulación periférica, para generar metástasis.²

La gran vasculatura hepática y pulmonar contribuyen al aumento de la prevalencia de metástasis a estos órganos. Una vez instauradas en un nuevo sitio, las células neoplásicas dependen de varios factores tales como cadherinas, inmunoglobulinas, integrinas y selectinas para su crecimiento.²

Síntomas y signos

Aproximadamente el 75 a 90% de los pacientes con neoplasias pulmonares secundarias se encuentran asintomáticos, por lo que su diagnóstico es incidental. Esta ausencia de manifestaciones clínicas se debe a que la mayoría de las lesiones metastásicas se localizan en la periferia del pulmón, sin ocasionar obstrucción de la vía aérea.²

El retardo en el diagnóstico lleva a presentación de tos, hemoptisis, disnea, dolor torácico, sibilancias y neuromotorax. Los pacientes con metástasis obstructivas suelen presentar atelectasias lobares o segmentarias.²

La presencia de un nódulo pulmonar solitario en un paciente con el diagnóstico previo de malignidad, confirma el diagnóstico de cáncer; siendo primarios de pulmón el 67% de los casos y el 24% enfermedad

metastásica.³ La probabilidad de que un nódulo pulmonar solitario en un paciente con previo diagnóstico de malignidad extratorácica sea metastásico es del 24%, mientras que en pacientes sin malignidad conocida es del 3%.²

Las posibilidades etiológicas en las tumoraciones pulmonares en base a su patrón histológico se muestran en el cuadro I.⁴

La mayoría de las metástasis pulmonares se ubican en el tercio basal externo, debido a que esta es la región más vascularizada del pulmón. Los pacientes con coriocarcinoma metastatizan con mayor frecuencia a las porciones apicales posteriores.

Radiográficamente, existen algunas diferencias entre los cánceres primarios y metastásicos pulmonares. En el primer caso los nódulos tienen bordes irregulares, en el segundo caso los bordes son regulares y bien circunscritos.^{1,3}

El 87% de los nódulos mayores a 2.5 cm de diámetro son de origen metastásico además de que el 75% de las metástasis pulmonares son múltiples en contraste con las lesiones primarias que generalmente son únicas. Otras causas de múltiples lesiones nodulares incluyen: enfermedades granulomatosas y neumoconiosis.^{1,3}

Estudios de gabinete

El grado de extensión neoplásica determina el patrón radiográfico. La extensión parenquimatosa se caracteriza por un patrón radiográfico alveolar. Las calcificaciones típicamente se asocian a lesiones benignas, como los granulomas y los hamartomas y excepcionalmente se asocian con tumores del tipo del osteosarcoma, condrosarcoma, mama y ovario. Las cavitaciones son típicas de los abscesos, aspergilomas y tuberculosas. Se encuentran con menor frecuencia en los sarcomas así como tumores testiculares, o en un nódulo de cualquier origen posterior al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico.³

La gran mayoría de las metástasis pulmonares se detectan incidentalmente con una radiografía de tórax, a pesar de que su sensibilidad es baja (48%). Las neoplasias primarias que metastatizan primordial y tempranamente a pulmón incluyen: mama, colon, riñón, útero, próstata, coriocarcinoma, osteosarcoma, testiculares, melanoma, sarcoma de Ewing y sarcoma de Kaposi.¹

El estudio de elección para investigar enfermedad metastásica es la tomografía axial computada de tórax, ya que tiene la capacidad de detectar masas de

Cuadro I. Probabilidades diagnósticas tomando en cuenta la histología del nódulo.

Tipo de tumor	Metastásis vs primario
Sarcoma, melanoma	metastásico
Carcinoma de células escamosas (mama)	Primario
Adenocarcinoma (colorrectal)	Metastásico o primario

Foro académico del residente

Revisiones breves

hasta 2 mm de diámetro, además de diferenciar lesiones endobronquiales de lesiones parenquimatosas; finalmente demostrar involucro pleural o pericárdico.²

Otros estudios de utilidad son la resonancia magnética nuclear y la tomografía por emisión de positrones, este último permite diferenciar el origen primario o metastásico de un nódulo pulmonar, basándose en el metabolismo de la glucosa de dicha región.^{2,3}

Patología

La mejor forma de obtener el diagnóstico es a través de la biopsia o punción con aguja fina de las lesiones metastásicas. Desde el punto de vista anatomo-patológico, las neoplasias de origen desconocido se dividen en cuatro subtipos mayores:

1. adenocarcinoma bien o moderadamente diferenciado
2. carcinoma o adenocarcinoma pobemente diferenciado
3. carcinoma epidermoide
4. neoplasia indiferenciada

El diagnóstico patológico se basa en estudios tales como inmunohistoquímica, microscopia electrónica o biología molecular.¹

Tratamiento

Anteriormente las lesiones metastásicas pulmonares eran tratadas de manera paliativa únicamente.

Actualmente se ofrecen varias alternativas dependiendo del tipo histológico del tumor primario, así como del número y su localización.²

El manejo de las metástasis pulmonares depende de varios factores, siendo los quimioterapéuticos (doxorubicina + ciclofosfamida + cisplatino) así como la resección quirúrgica, los tratamientos de elección. Se deben de tomar en consideración los siguientes factores:

- 1) Resección completa del tumor primario
- 2) Ausencia de enfermedad extratorácica, (metástasis confinadas a pulmón)
- 3) Comorbilidad²

Referencias

1. River FV, Barón FJ, López R. Diagnóstico y tratamiento de cáncer de origen desconocido. *An Med In* 2000; 17: 603-608.
2. Greelish JP, Friedberg JF. Multidisciplinary approach to cancer: secondary pulmonary malignancy. *Surg Clin North Am* 2000; 80: 633-657.
3. Gharib AM, Stern EJ. Radiology of pneumonia. *Med Clin North Am* 2001; 85: 1561-1491.

Correspondencia:

Dra. Vanessa Alatriste Booth
Puente de Piedra No. 150.
Col Toriello Guerra. Tlalpan 14050
México, Distrito Federal
Subdirección Académica.
Tercer Piso de Hospitalización.