

NOTA CLÍNICA

Carcinoma microcítico pulmonar con afectación intramedular como primera manifestación clínica**E. Salcedo Lobera, M. Arredondo López, M.A. Ruano Carretero***Servicio de Neumología. Hospital Regional Universitario de Málaga.**Rev Patol Respir. 2021; 24(2): 71-74***Resumen**

Las metástasis intramedulares son generalmente raras y se asocian a enfermedad neoplásica avanzada. Dentro de ellas, las más frecuentes son el carcinoma no microcítico de pulmón, el cáncer de mama y el melanoma. Además es poco habitual que se trate de la primera manifestación de la enfermedad.

Debido a la sintomatología tan aguda que presentan estas lesiones, es importante realizar el diagnóstico diferencial con la compresión medular. Ambas entidades producen una sintomatología muy similar, siendo la debilidad la manifestación más frecuente.

A continuación, presentamos un caso clínico de metástasis intramedular como primera manifestación de una neoplasia pulmonar.

Palabras clave: Metástasis intramedular; Neoplasia pulmonar; Carcinoma microcítico.

MICROCITIC PULMONARY CARCINOMA WITH INTRAMEDULAR AFFECTION AS THE FIRST CLINICAL MANIFESTATION**Abstract**

Intramedullary metastases are generally rare and are associated with advanced neoplastic disease. Among them, the most frequent are non-small cell lung carcinoma, breast cancer and melanoma. It is also unusual that it is the first manifestation of the disease.

Due to the acute symptoms that these lesions present, it is important to perform a differential diagnosis with spinal cord compression. Both entities produce very similar symptoms, with weakness being the most frequent manifestation.

Next, we present a clinical case of intramedullary metastasis as the first manifestation of a lung neoplasm.

Key words: Intramedullary metastasis; Lung neoplasia; Small cell carcinoma.

Introducción

El cáncer de pulmón es el cáncer con mayor mortalidad en la actualidad, existiendo dos tipos principales: de células no pequeñas y células pequeñas o microcítico, siendo este último de peor pronóstico.

El carcinoma microcítico tiene una incidencia elevada en pacientes fumadores, encontrándose al diagnóstico en un estadio avanzado en el 60-75%; aun así, la existencia de metástasis intramedulares son raras^{1,2}. Por ello, presentamos el caso de una paciente fumadora con diagnóstico de carcinoma microcítico y como única manifestación la existencia de una metástasis intramedular.

Observación clínica

Se trata de una mujer de 66 años, fumadora activa con Índice Acumulado de Tabaquismo (IAT) de 80 paquetes-año, sin antecedentes de interés derivada a nuestra consulta de neumología por sospecha de neoplasia pulmonar ante el hallazgo incidental en radiografía de tórax de una masa a nivel de lóbulo superior izquierdo (LSI) (Fig. 1A) sin clínica a nivel de los diferentes órganos y aparatos.

Dentro del estudio llevado a cabo se realiza una fibrobroncoscopia (FBC) donde se observa una mucosa irregular que cerraba parcialmente la luz bronquial del lóbulo superior izquierdo de donde se tomaron varias muestras histológicas.

Correspondencia: Dra. Esperanza Salcedo Lobera. E-mail: esalcedolobera@gmail.com

Recibido: 17 de febrero de 2021; *Aceptado:* 15 de mayo de 2021

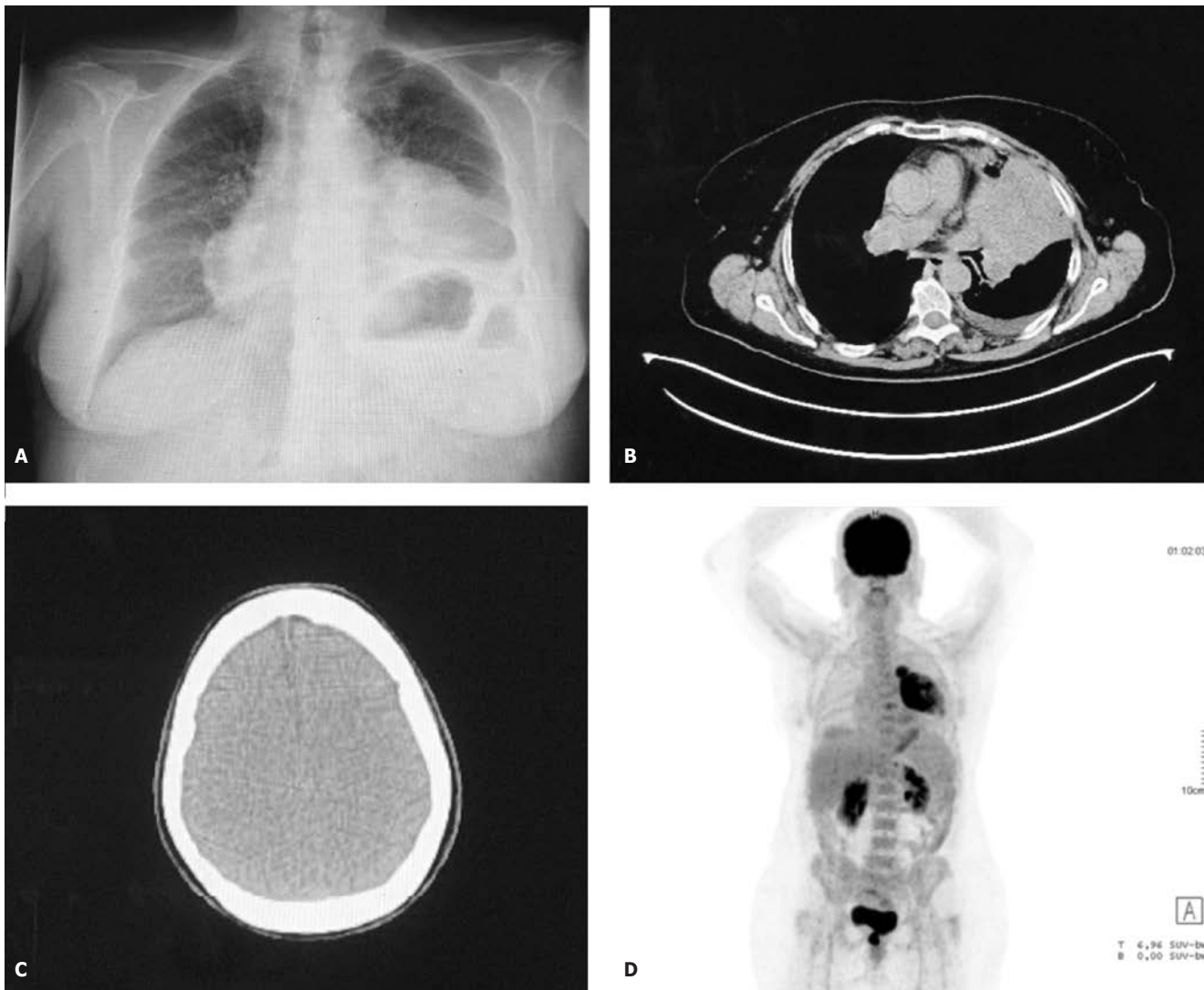


Figura 1. A) Radiografía de tórax PA, donde se objetiva masa a nivel de LSI. B) PET-TC, corte axial tórax, donde se objetiva masa a nivel de LSI. C y D) PET-TC, corte axial y coronal, donde no se objetivan lesiones a distancia.

Se complementó el estudio con un PET-TC donde no se objetivaba lesión extratorácica alguna (Fig. 1B-1D), en espera de resultados anatomopatológicos.

A los 10 días del PET-TC acude a Urgencias por debilidad en miembros inferiores de nueva aparición junto con un cuadro de alteración del lenguaje. En la exploración física destacaba una taquipnea sin trabajo respiratorio junto con hipoxemia que precisó de oxigenoterapia para normalización de la saturación. A nivel neurológico presentaba bradilalia, descarrilamiento del lenguaje, miembros inferiores con paraparesia flácida y disminución de la sensibilidad.

Por este motivo se decide ingreso para estabilización y estudio. Durante este último, se solicita una RM de columna en la cual se observa una lesión metastásica intramedular a nivel de D8 a D10, y realce nodular intramedular a nivel de C6 posiblemente metastásico (Fig. 2) junto con una TC de cráneo que visualiza unas LOEs intraaxiales supra e infra-tentoriales compatible con metástasis (Fig. 2), con discreto edema perilesional de nueva aparición respecto a estudios

realizados 10 días antes, descartándose un síndrome mielopático agudo.

Finalmente, como resultado anatomopatológico apareció un carcinoma de células pequeñas, motivo por el cual se presentó el caso en comité multidisciplinar, decidiéndose tras ello derivar a la paciente a cuidados paliativos y oncología radioterápica para inicio de radioterapia locorregional.

Discusión

Las metástasis intramedulares representan un porcentaje escaso de casos, en torno al 0,85-3,9%, del total de metástasis espinales sintomáticas, siendo la causa más frecuente la neoplasia pulmonar y la histología más frecuente el carcinoma microcítico. Además, son una manifestación rara como se recoge en la revisión de E.S. Connolly y cols.³ donde solo se recogen 174 casos en 28 años.

Costigan y cols.⁴ realizaron un estudio retrospectivo con 627 autopsias de pacientes con cáncer sistémico dentro de

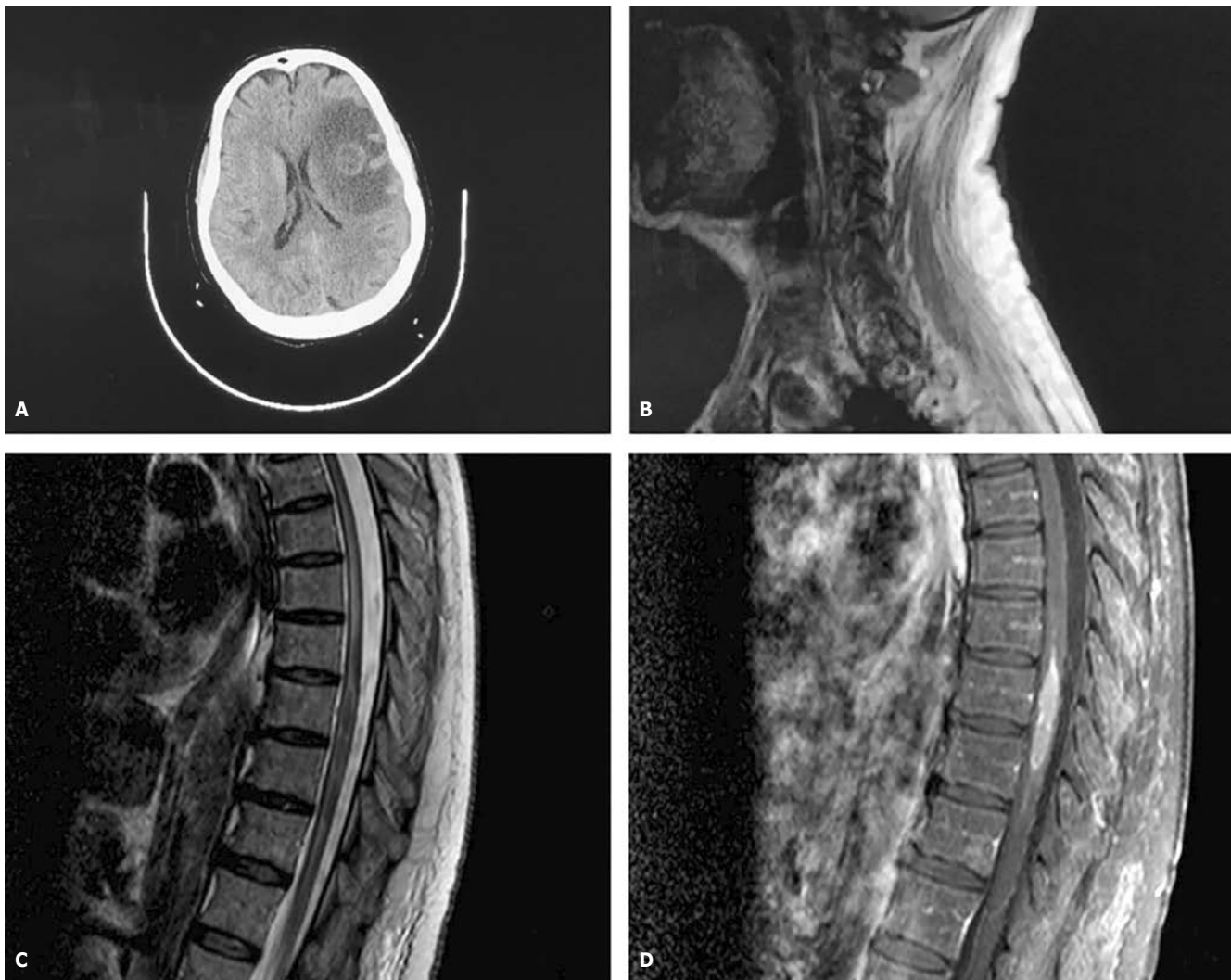


Figura 2. A) TC de cráneo, corte axial, donde se objetiva lesión a nivel cerebral con edema perilesional. B) RM de columna cervical, corte sagital, observándose imagen nodular intramedular a nivel de C6. C) RM columna dorsal, corte sagital T2, sin observarse claramente lesión a nivel intramedular. D) RM de columna dorsal, corte sagital con gadolinio, visualizándose lesión intramedular a nivel D8 a D10.

los cuales 153 presentaban metástasis a nivel de SNC, 13 intramedulares siendo 11 de ellos de tipo pulmonar y el resto secundario a cáncer de mama y melanoma. En cuanto a la vía de diseminación de estas metástasis, la más importante es la hematogena sobre todo en pacientes secundarios a causa pulmonar.

Nuestro caso presenta la peculiaridad de tener como primera manifestación un cuadro neurológico agudo dentro de un estudio de neoplasia pulmonar. Es algo similar a lo que observó G. Torrealba⁵ con 2 casos de neoplasia pulmonar avanzada con afectación a nivel neurológico como primera manifestación.

La sintomatología que suelen producir es la de una mielopatía rápidamente progresiva y depende del área medular donde se localice la lesión. Se trata de una de las grandes diferencias con los tumores primarios medulares, ya que estos últimos presentan una evolución más lenta⁵. Dentro de los síntomas más frecuentes, la debilidad se encontró en el 93% de los casos según el estudio de Connolly y cols.³ seguido de la pérdida sensorial y la presencia de dolor.

El estudio complementario fundamental es la RM pues es la técnica más sensible para el diagnóstico de lesiones en esta localización y para hacer el diagnóstico diferencial con una compresión medular paraneoplásica pero no nos ayudará a saber la histología, siendo necesario en última instancia la biopsia de la lesión. Normalmente hay que ampliar el estudio de extensión con TC de cráneo o PET ya que entre un 62-85% de los casos se asocian a metástasis intracerebrales⁶.

El pronóstico de este tipo de lesiones es malo debido a la enfermedad neoplásica avanzada que presentan y no tanto por la localización medular. La duración media de la supervivencia es inferior al año y existen estudios³ que han observado que la supervivencia se correlaciona con la agresividad de la terapia, siendo mayor en pacientes con tratamiento radioterápico frente a corticoides.

En conclusión, la existencia de una metástasis intramedular es una localización infrecuente del carcinoma microcítico, se debe sospechar en pacientes con alteración neurológica de nueva aparición.

Fuentes de financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna financiación específica de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barón JM, Yague R, Hernández S. Metástasis intramedular de un carcinoma no microcítico de pulmón. *An Med Interna*. 2001; 18: 163-4.
2. Barrado Los Arcos M, Rico Osés M, Errasti Viader M, et al. Larga evolución diente diagnosticado de cáncer microcítico de pulmón con afectación del sistema nervioso central. *Anales Sis San Navarro*. 2016; 39: 295-9.
3. Connolly ES, Winfree CJ, McCormick PC, et al. Intra-medullary spinal cord metastasis: report of three cases and review of the literature. *Surg Neurol*. 1996; 46: 329-37.
4. Costigan DA, Winkelman M. Intramedullary spinal cord metastasis. A clinicopathological study of 13 cases. *J Neurosurg*. 1985; 62: 227-33.
5. Torrealba M, Del Villar S, Barzallo C, et al. Metástasis en la médula espinal: una localización infrecuente. Experiencia en 2 casos. *Rev Méd Chile*. 2001; 129: 1445-8.
6. Winkelman MD, Adelstein DJ, Karlins NL. Intramedullary spinal cord metastasis: diagnosis and therapeutic considerations. *Arch Neurol*. 1987; 44: 526-31.