

HOSPITAL PROVINCIAL CLINICOQUIRURGICO DE SANCTI SPIRITUS

Carcinoma indiferenciado del pulmón.

(Sin manifestaciones clínicas ni radiográficas evidentes)

Por los Dres.:

NILO MENOCAI TERRY³⁰ y JOSE SHWIPS CASTAÑAGA³¹

Menocal Terry, N.; Shwips Castañaga, J. *Carcinoma indiferenciado del pulmón. (Sin manifestaciones clínicas ni radiográficas evidentes)*. Rev Cub Med 18: 6, 1979.

Se presenta el caso de un paciente con carcinoma bronquial indiferenciado; se hace revisión y análisis de las manifestaciones generales extrapulmonares; se considera que esta entidad puede simular cualquier cuadro clínico extrapulmonar. El diagnóstico del carcinoma bronquial indiferenciado es muy difícil cuando no hay síntomas y signos del aparato respiratorio. Se demuestra que la negatividad de un Rx de tórax no excluye el diagnóstico.

INTRODUCCION

El carcinoma bronquial, como es conocido, se caracteriza por presentar variados síntomas y signos del aparato respiratorio en las formas clásicas de aparición; cuando ello ocurre es fácil de hacer el diagnóstico tanto clínico como radiográfico; pero no siempre es así, por ejemplo, el carcinoma anaplásico del pulmón, al igual que el hipernefoma, puede manifestarse por múltiples y variadas formas clínicas, simulando así cualquier enfermedad extra-pulmonar.

MATERIAL Y METODO

Presentación del caso

Paciente: O.R.C., HC: 29785.

HEA. Se trata de un paciente con 52 años de edad e historia de buena salud aparente y de ser fumador inveterado. Refiere que hace aproximadamente un mes que viene padeciendo de dolores en la región lumbosacra y en las articulaciones de los miembros inferiores, motivo por el cual empezó a tomar analgésicos y otros medicamentos como butacifona, pues le achacaba los dolores a la columna, pero a pesar de los analgésicos los dolores iban en aumento y se le presentó fiebre de 38 grados, seguida de ligera toma del estado general; hecho éste que motivó su ingreso para estudio.

Datos positivos: al interrogatorio por aparato y al examen físico.

Hábitos tóxicos: fumador de dos cajetillas de cigarros diarias.

Ap. respiratorio: tos seca en ocasiones.

Examen físico: resp. escasos estertores crepitantes en la base del pulmón derecho.

SOMA. Dolor en la región lumbosacra y articulaciones de miembros inferiores, espontáneos y a los movimientos; no rubor ni calor.

TA: 130/80. Pulso: 88 minutos.

Datos evolutivos

Durante todo el tiempo de hospitalización el paciente mantuvo febrícula de 37 a 38 grados, fue presentando toma del estado general; se quejaba constantemente de dolor en la región lumbosacra y articulaciones de la rodilla y tobillo. Tres días después de su ingreso empezó a quejarse de dolor en el brazo izquierdo, días más tarde fue a realizar un esfuerzo ligero con dicho brazo, como es subir el *fowler*, y se produjo una fractura en el húmero (figura 1). Este hecho motivó que se pensara en un proceso neoplásico en cualquier lugar del organismo, ya que se trataba de una fractura patológica, dirigiéndose en ese sentido las investigaciones.

En el tórax, realizado al ingreso, se detectó un ligero proceso inflamatorio en la base del pulmón derecho, el cual borró totalmente a los siete días con antibióticos (figuras 2 y 3).

Las otras investigaciones radiográficas realizadas como pielografía, colon por enema, y examen óseo, dieron resultados negativos. En la placa de tórax evolutiva realizada días antes de su fallecimiento se visualizó pequeñas zonas de osteólisis en varias costillas.

Investigaciones de laboratorio

Hemograma: HB 14 g%, Hto.: 45 vol., leucocitos: 10 000, segmentados: 71, linfocitos: 25, eosinófilos: 02, eritro: 80 mm, coagulograma, plaquetas: 190 000, coagulación: 7 min., sangra- miento: 2 min., urea: 21 mg%, glicemia: 71 mg%, orina: normal, proteínas de Bences Jones: negativa, calcio: 11 mg%, fósforo: 4 mg, esputo BAAR codificación 0.

Electroforesis de proteínas

Albúmina	2,80	g %
Alfa 1	0,30	g %
Alfa 2	0,50	g %
Beta	1,20	g %
Globulina	1,70	g %

Medulograma: no se observa infiltración plas- micitaria.

Se consultó al oncólogo, el cual sugirió la posibilidad de un carcinoma de próstata o tiroides, posibilidad ésta que se descartó, pues el tacto rectal era normal y el tiroides no tenía ninguna alteración al examen físico. Se pensó también en un proceso neoplásico pulmonar, pero al no tener un Rx con signos sugestivos y haber borrado el proceso inflamatorio antes mencionado y no haber tos ni expectoración, se soslayó así el esputo citológico.



Figura 1. 1-6-77. Fractura patológica del tercio superior derecho del húmero derecho.

Paulatinamente el paciente se fue poniendo caquéctico y falleció 30 días después de su ingreso en *shock*.

A continuación, presentamos en orden de aparición los síntomas del carcinoma bronquial de una de las revisiones más completas hechas hasta ahora por la escuela finesa en una serie de 1 127 casos:

.....	71%
.....	44%
Expectoración	38%
.....	38%
.....	32%
.....	31%
Pérdida de peso	31%
Ronquera	2%
Otros síntomas	3%

El grupo de otros síntomas comprende el dolor articular periférico, la cefalea, el vértigo, etc. Entre los síntomas no específicos del carcinoma bronquial se ha probado que la tos es la más común; la disnea no se evidenció en nuestro caso, ni siquiera en el estado final. El dolor en las articulaciones de los miembros inferiores, región lumbosacra, junto a la fiebre, fue siempre una constante durante toda la evolución del caso.

Los dolores articulares los consideramos como manifestaciones paraneoplásicas durante un proceso neoplásico.

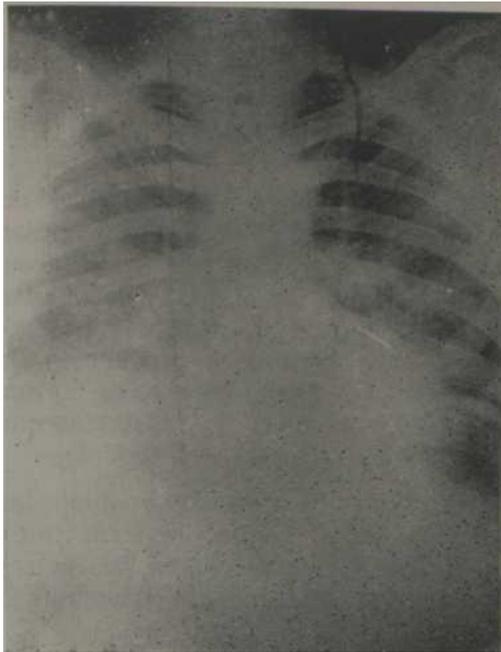


Figura 2. 28-4-77. Lesiones de aspecto inflamatorio de hilos y porción interna de la base derecha. Obsérvese lesiones de aspecto inflamatorio, no homogénea en la base del pulmón derecho.

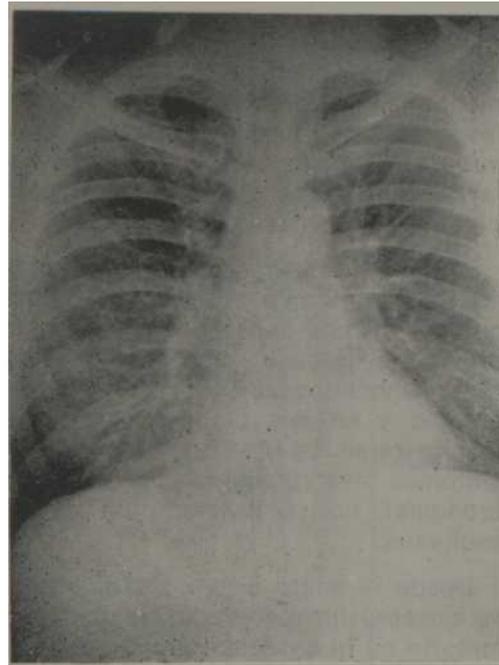


Figura 3. 12-5-77. No lesiones P. PP índice cardiotorácico normal. Obsérvese el borrado total de las lesiones inflamatorias antes señaladas en la figura 2, después de 7 días de tratamiento con antibiótico.

Hallazgo de necropsia *Conclusiones finales*

1. Carcinoma anaplásico del pulmón izquierdo con metástasis ganglionar, ambas suprarrenales, hígado y riñón.
2. Pielonefritis crónica.
3. Arteriosclerosis de la aorta.

Informe macroscópico del pulmón

Pulmones: aumentados de consistencia, al corte y presión de su parénquima deja escapar líquido serohemático espumoso en cantidades moderadas.

Pulmón izquierdo: presenta en su bronquio principal una formación de color blanquecino, consistencia firme, que infiltra varios sitios del mismo. El parénquima pulmonar adyacente a dicha formación, no presenta alteraciones macroscópicas.

DISCUSION Y COMENTARIOS

No es intención al presentar un caso de carcinoma bronquial la de realizar una

revisión clínica o hística del mismo, puesto que obvia su identidad en ese sentido en toda la literatura médica, pero sí es propósito nuestro destacar una variedad clínica, la cual escapa al diagnóstico frecuentemente por su forma de presentación, pues, aunque es una afección pulmonar, sus manifestaciones clínicas se producen en otros órganos de la economía.

El diagnóstico del carcinoma bronquial se basa fundamentalmente en síntomas clínicos radiográficos, en exámenes de laboratorios, y en función de estos factores afirmamos o negamos la existencia de la entidad; el hecho de que uno o más de los factores antes mencionados no estén presentes, no niega en no pocas ocasiones la existencia de una entidad nosológica como el carcinoma bronquial anaplásico. Si consideramos que la medicina no es una ciencia exacta y que el ser humano es el producto de una serie de cambios evolutivos a

través de todo su desarrollo filogenético y ontogenético, por lo tanto, dialécticamente hablando tenemos que concebir a los procesos morbosos cambiantes en sus manifestaciones y no debemos soslayar este criterio a la hora de hacer un planteamiento nosológico.

El caso del paciente que exponemos, no tenía síntomas ni signos evidentes que nos hiciera pensar en un carcinoma bronquial; un caso como éste es de difícil diagnóstico si no pensamos en la entidad y en sus distintas formas de manifestarse. La tos,¹ que es uno de los síntomas más constantes del carcinoma bronquial, no se presentó en toda la evolución.

Desde el punto de vista radiográfico, se observó un moderado proceso inflamatorio en la base del pulmón derecho, que cedió al tratamiento; no tuvo relación alguna con el proceso tumoral, el cual asentaba en el bronquio izquierdo, como se evidenció en la necropsia y se descartó así la posibilidad que el mismo fuera de origen metastásico.

El cuadro clínico del carcinoma bronquial va a estar en dependencia de la zona anatómica en que asiente el tumor, ya sea bronquio, parénquima o pleura, así como de su variedad histológica.² Sus manifestaciones clínicas se producen por tres mecanismos: por extensión local del tumor, por metástasis y por manifestaciones generales.³ Obviando el cuadro clínico clásico, puesto que es harto conocido en sus distintas formas de aparición sobre el aparato respiratorio, vamos a hacer énfasis sobre las formas atípicas de presentación y sus manifestaciones generales o sistémicas.

Se sabe que muchas de las manifestaciones generales que se presentan en el carcinoma bronquial se deben a la producción, por parte del tumor, de sustancias con actividad hormonal o de sustancias que neutralizan elementos químicos normales en el organismo.⁴ Se han invocado otros mecanismos etiopatogénicos como el

inmunológico, el carencial, etc., pero lo cierto es que la mayoría de ellos se queda en el campo de la especulación, motivo por el cual no nos adentramos en el mismo.

Pero sí hay un hecho real que no deja lugar a dudas, es que las células de los tumores anaplásicos o indiferenciados tienen características de células pluripotenciales en su metabolismo "exógeno" y dan lugar a la producción de sustancias no sólo de actividad hormonal, sino de acciones multifacéticas que afectan toda la economía orgánica.

A continuación, vamos a resumir las manifestaciones paraneoplásicas más frecuentes agrupándolas por aparatos y sistemas según el cuadro Gremberg 1 (cuadro).

En nuestro caso, las manifestaciones paraneoplásicas se presentaron en la forma artropática, un mes antes de la aparición de síntomas tan inespecíficos como la fiebre, hecho éste que demuestra la presencia del tumor mucho tiempo antes de la aparición de cualquier síntoma, sea específico o inespecífico.

El síndrome clásico de Marie-Banbarger, osteoartropatía hipertrófica pulmonar, el cual se caracteriza por la tríada siguiente:

No alteración de los tejidos que recubren los huesos largos, dedos hipocráticos y neoformación ósea distal de los huesos largos. En el examen óseo realizado no se evidenció.

El dolor que tenía nuestro paciente en las articulaciones de los miembros inferiores se puede atribuir a sinovitis asociada, la cual produce edema y dolor a los movimientos, fenómenos éstos que en muchas ocasiones es un signo precoz de un proceso neoplásico como lo demuestra este caso.

Sobre la base de lo expuesto llegamos a las siguientes:

CUADRO

MANIFESTACIONES PARANEOPLASICAS DEL CARCINOMA INDIFERENCIADO DEL PULMON
(SEGUN CUADRO DE GREMBERG)

Manifestaciones cutáneas	<ul style="list-style-type: none"> Acantosis nigricans Dermatomiositis Eritema giratum 	Manifestaciones gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> Hepatomegalia no metastásica Zollinger Ellison y síndromes asociados
Manifestaciones neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> Degeneración corticocerebelar Neuropatía periférica Degeneración espinocerebelar Miopatía carcinomatosa 	Manifestaciones metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> Disproteinosis Hipoglicemia Hiperglicemia Hipercalcemia Hiperfunción adrenocortical Ginecomastia Secreción inapropiada de hormona antidiurética
Manifestaciones oculares	<ul style="list-style-type: none"> Trombosis venosa Endocarditis verrugosa no bacteriana Síndrome carcinoide Deficiencia de fibrinógeno 		
Manifestaciones hematológicas	<ul style="list-style-type: none"> Anemia Reacciones leucemoides Aplasia de células rojas Eritrocitemia CIV 	Manifestaciones esqueléticas	<ul style="list-style-type: none"> Dedos hipocráticos Osteartropatía hipertrófica pulmonar Periostitis proliferante

CONCLUSIONES

- 1) El carcinoma bronquial indiferenciado suele estar presente muchos meses antes de que aparezca cualquier síntoma clínico o signos radiográficos. A pesar de que estadísticamente el 90% de los hallazgos radiográficos, están presentes antes de que comiencen los síntomas, la negatividad de los mismos no excluye el diagnóstico.
- 2) El carcinoma bronquial indiferenciado puede simular cualquier afección extrapulmonar.
- 3) Para que sea visible a los Rx un tumor bronquial debe tener un volumen de 3 a 5 mm. Un tumor indiferenciado de esa magnitud, no da signos radiográficos, pero sí manifestaciones a distancia.²
- 4) Hacer el diagnóstico del carcinoma bronquial indiferenciado en estado precoz es casi imposible, si no se tienen conocimientos profundos de sus multifacéticas y variadas formas clínicas de aparición.
Entre todas las causas etiopatogénicas indicadas sobre el carcinoma bronquial, el hábito de fumar es la que tiene mayor
- 5) En todo fumador inveterado con síntomas generales u osteoarticulares, se debe pensar en la posibilidad que sea portador de un carcinoma bronquial indiferenciado.
- 6) La presencia de síntomas clínicos en un paciente portador de carcinoma bronquial, no es nada más que el capítulo final de una larga historia de alteraciones, tanto humorales como tisulares, que venía gestándose en el organismo y en particular en el epitelio bronquial.
Ante cualquier paciente que se sospeche que sea portador de un proceso tumoral oculto, debe realizársele esputo citológico o lavado bronquial, si no tiene síntoma respiratorio.
- 7) De lo anterior expuesto deducimos que nuestra medicina socialista en general, la asistencial y preventiva en particular, se trazará nuevas metas en la lucha para detectar y prevenir el carcinoma bronquial, ya que según datos estadísticos del Organismo Mundial de la Salud (OMS) el 20% de la población actual morirá por algún tipo de cáncer.

SUMMARY

Menocal Terry, N.; Shwips Castañaga, J. *Indifferentiated carcinoma of the lung without evident clinical or roentgenographic manifestations.* Rev Cub Med 18: 6, 1979.

A patient with an indifferentiated bronchial carcinoma is reported. General extrapulmonary manifestations are reviewed and analyzed. It is considered that this affection may be manifested as any extrapulmonary clinical picture. The diagnosis of indifferentiated bronchial carcinoma is too hard whenever there is a lack of respiratory symptoms and signs. It is proved that negative thorax roentgenographies do not rule out the presence of the disease.

RÉSUMÉ

Menocal Terry, N.; Shwips Castañaga, J. *Carcinome indifférencié du poumon. (Sans manifestations cliniques ni radiographiques évidentes).* Rev Cub Med 18: 6, 1979.

Nous présentons le cas d'un patient ayant un carcinome bronchique indifférencié. Après une revue et une analyse des manifestations générales extrapulmonaires, nous considérons que cette entité peut simuler n'importe quel tableau clinique extrapulmonaire. Le diagnostic du carcinome bronchique indifférencié est très difficile à établir lorsqu'il n'y a pas de symptômes et des signes de l'appareil respiratoire. Nous démontrons que la négativité d'un Rx du thorax n'exclue pas le diagnostic.

PE3KME

MeHOKajiB Teppa, H.; UIbhhc KacTaHera, X. toa^epeHiJiipoBaa Han KapmiHOMa JiérKoro.(Ee3 3aMeTHHX pa,miorpa\$ireecKiDC h kijimhm qeCKHX MaHH\$eCTamiñ) . ser Cub Med 181 6, 1979.

В HacTonmeñ paóOTe npefiCTaBJaetCH cjiyqañ o^Horo namieHTa, - CTpaiajomero HHfiHgxdEpeHijianBHoft KapmiHOMOii JiérKoro. ПpOBCWHТ- cii aHapa3 н оó3op odnmx BHejiéroqHHX MamujecTamiñ. CparaiMaer ca BO BHZMaHHe, HTO 3TO 3aóojieBamie iwosceT CMMyjmoBaTB jnoóyrc BHejiéro^HyK mmHHqecKyio KapTHHy. ПocTaHOBKa anarHO3a Hímut^e pemjjiajiLHOii ópoHXHajiBHOii KapmiHOMH HBJineTCH oqeHB TiDKéJioñ, - Kor^a He HMeeTCH npz3HaKOB h cHMITOMOB B auxaTejiBHO anapaTe noñ^épKHbaeTCH, 'ito HeraTHBHocTB peHTpeHapry^HOñ KJieTKH He HCKJHOHaer fiharHOCTHKH.

BIBLIOGRAFIA

1. Carcinoma broncogeno. Serie Información de Ciencias Médicas. 2: 21-22, 1966.
2. Linke, A. Diagnóstico precoz del cáncer. Barcelona, Ed. Científico Médica, p. 564-570, 1969.
3. Goving, A. y otros. Progresos en Cancerología. Clínica Barcelona, Editorial Científico Médica. Vol. 1, p. 591-613. 1971.
3. Valdés, E. F. Fisiopatogenia de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en el cáncer broncogeno. Rev Clin Esp 3: 289-292, nov., 1968.
4. Segura, Porta. Carcinoma broncogeno. Progresos de Patología Médica. 18: Pág. 9,