

# Dolor en miembro inferior como primera manifestación de neoplasia pulmonar

Herrera Coronel AE, Valles Ugarte ML, Ordóñez Peñafiel NE, García Camps R  
 Centro de Salud Francia. Fuenlabrada

Varón de 49 años de edad que consulta por dolor en el muslo izquierdo de 2 meses de evolución, que ha ido aumentando de intensidad; no refiere traumatismo ni sobreesfuerzos.

No ha presentado reacciones alérgicas a medicamentos, fuma 20 paquetes de cigarrillos al año y bebe 10 gramos de alcohol al día. Fue intervenido por una fractura de calcáneo hace 18 años. Su padre falleció como consecuencia de un cáncer de mandíbula.

En el examen físico se observa un bultoma de unos 8 x 10 cm en el tercio proximal del cuádriceps izquierdo, con limitación funcional por el dolor. No hay alteraciones en los relieves óseos, ni dolor en la cadera ni en el trocánter. Se observa otro bultoma en el cráneo, en la zona parieto-occipital derecha, no doloroso con la palpación.

Se inicia tratamiento con vendas elásticas, frío, antiinflamatorios no esteroideos y miorrelajantes durante 1 semana, con lo que refiere leve mejoría.

Veinte días más tarde acude nuevamente a consulta por persistencia del dolor, más intenso por las noches, con mayor dificultad para deambular, por lo que necesitaba bastones.

Solicitamos radiografía de fémur (imagen 1) en la que se observa una lesión lítica de 8 cm en diámetro longitudinal en la diáfisis proximal, con zona de transición amplia y bordes mal definidos, que destruye la cortical y de aspecto radiológico maligno; hay también una probable lesión lítica en la diáfisis distal, de 2,5 cm. A descartar metástasis, sin desear otras posibilidades como un mieloma.

En la radiografía de tórax (imagen 2) se observan hallazgos compatibles con carcinoma de pulmón en estadio avanzado, con lesiones costales.

Se realiza TAC con estudio axial de la diáfisis proximal del fémur izquierdo. Se identifica una lesión lítica del fémur que destruye la cortical con masa de partes blandas asociada, de 9 cm aproximadamente en diámetro longitudinal, que en el contexto

del paciente sugiere una metástasis.

En la TAC craneal se identifica una lesión lítica en el hueso parietal derecho, con componente de partes blandas que se realiza con contraste, compatible en el contexto clínico del paciente con metástasis ósea. No hay signos de lesiones ocupantes ni de captaciones patológicas en el parénquima cerebral sugerentes de depósitos secundarios.

En la TAC tóraco-abdominal se visualizan hallazgos compatibles con carcinoma de pulmón en estadio avanzado (IV); se objetiva la presencia de múltiples metástasis óseas que se localizan en la pala iliaca e isquion izquierdos y en la quinta costilla derecha. Hay un nódulo pulmonar espiculado, localizado en el lóbulo superior derecho, de unos 16 mm de diámetro máximo, compatible con carcinoma de pulmón, que se acompaña de múltiples adenopatías bronquiales, hiliares laterales y mediastínicas que afectan a los compartimentos paratraqueales derecho e izquierdo, espacio prevascular y región subcarinal. Nódulo suprarrenal derecho de 2 cm en probable relación con diseminación de proceso tumoral.

Estudio mediante broncoscopia: VAS de aspecto normal, CV móviles y simétricas; tráquea y carina principal sin hallazgos; se exploran exhaustivamente ambos árboles bronquiales: no existen lesiones endoluminales ni alteraciones de la mucosa hasta los límites accesibles al endoscopio; la carina de separación entre el lóbulo superior derecho y el intermedio del mismo lado está muy tenuemente engrosada, por lo que se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) en este punto.

Informe de la PAAF: además de celularidad epitelial de tipo respiratorio sin atipias, se observa otra segunda celularidad, de aspecto también epitelial, que se organiza en placas tridimensionales, con células grandes con citoplasmas moderados y núcleos agrandados atípicos, nucleolos aumentado, relación núcleo-citoplásmica aumentada, anisocitosis y anisocariosis; no se observa queratinización.

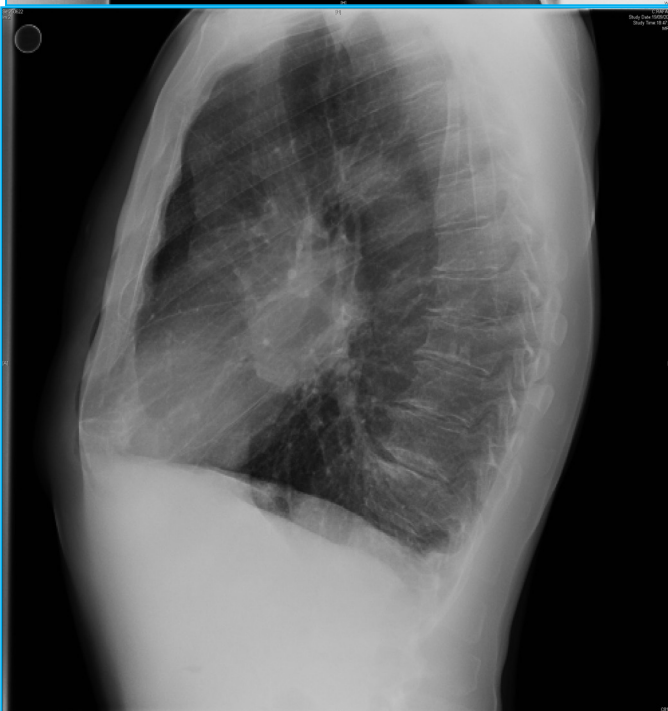
El diagnóstico anatomopatológico es de citología

positiva para malignidad, congruente con carcinoma de células grandes.

El rastreo óseo informa de la existencia de numerosas áreas de hiperfijación patológica del trazador en la calota craneal, la parrilla costal y la pelvis, reflejo de un aumento de la actividad osteogénica de origen secundario.

El diagnóstico definitivo fue de carcinoma no microcítico de pulmón estadio IV (con metástasis óseas) y fractura patológica del fémur izquierdo.

Imágenes 1 y 2



## COMENTARIO

En el pulmón hay tumores malignos y benignos pero la inmensa mayoría son carcinomas broncogénicos (90-95 %).

El carcinoma de pulmón es una neoplasia insidiosa y agresiva, que habitualmente se descubre en la sexta década de la vida, cuando los pacientes llevan varios meses de síntomas.

Las principales manifestaciones clínicas son: tos, pérdida de peso, dolor torácico, disnea, obstrucción bronquial, aumento de la expectoración y hemoptisis.

El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, la citología de esputo, el lavado y cepillado bronquial, la radiología y la biopsia.

Este caso clínico ilustra una de las posibles manifestaciones iniciales de los tumores de pulmón en estadio avanzado. Por ello es importante tenerlo en cuenta para el diagnóstico diferencial del dolor osteomuscular agudo que no evoluciona favorablemente.

## BIBLIOGRAFÍA

- García-Yuste M, Molins L, Matilla JM, González-Aragoneses F, López-Pujol J, Ramos G, De la Torre M. Tendencias en los factores pronósticos de los tumores pulmonares neuroendocrinos. Arch Bronconeumol 2007;43:549-56.
- Casas F. SEOR Working Group. Clin Transl Oncol 2007;9:345-6.
- Alonso-Fernández MA, García-Clemente M, Escudero-Bueno C. Características del cáncer broncopulmonar en una región del norte de España. Arch Bronconeumol 2005;41:478-83.
- Vogl TJ, Straub R, Lehnert T, Eichler K, Lüder-Lühr T, Peters J, Zangos S, Söllner O, Mack M. Percutaneous thermoablation of pulmonary metastases. Experience with the application of laser-induced thermotherapy (LITT) and radiofrequency ablation (RFA), and a literature review. Rofo. 2004;176:1658-66.
- Zolotarevskii VB, Kogan EA, Ablitsov IA. Comparative histological and cytological characteristics of peripheral lung cancer. Arkh Patol 1983;45:49-55.