

# Deterioro cognitivo de presentación súbita: debut de un carcinoma pulmonar de células escamosas con metástasis cerebrales

<sup>1</sup>Hermida Pérez JA, <sup>2</sup>Bermejo Hernández A, <sup>1</sup>Sobenes Gutiérrez RJ, <sup>3</sup>Jiménez Vila B

<sup>1</sup>Centro de Salud de El Paso

<sup>2</sup>Centro de Salud de Los Llanos de Aridane  
Santa Cruz de Tenerife

<sup>3</sup>Centro de Salud Miller Bajo. Las Palmas de Gran Canaria

Varón de 74 años de edad, fumador de 30 cigarrillos/día durante 30 años, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata y diabetes tipo 2.

Hace 15 días ha comenzado con deterioro cognitivo progresivo. Es valorado por Neurología, donde se diagnostica enfermedad de Alzheimer y se inicia tratamiento. Posteriormente acude porque desde hace más de 10 días nota que "se despista" con frecuencia.

En la exploración aparece desorientado en el tiempo y el espacio, no sabe el día en que vivimos, no sigue los números impares, aunque sí los pares, y presenta relajación de esfínteres urinario y anal. Tiene una ligera desviación de la comisura bucal derecha, pérdida de fuerza en el miembro superior derecho, agrafía y Babinski negativo. En la auscultación cardíaca presenta latidos arrítmicos.

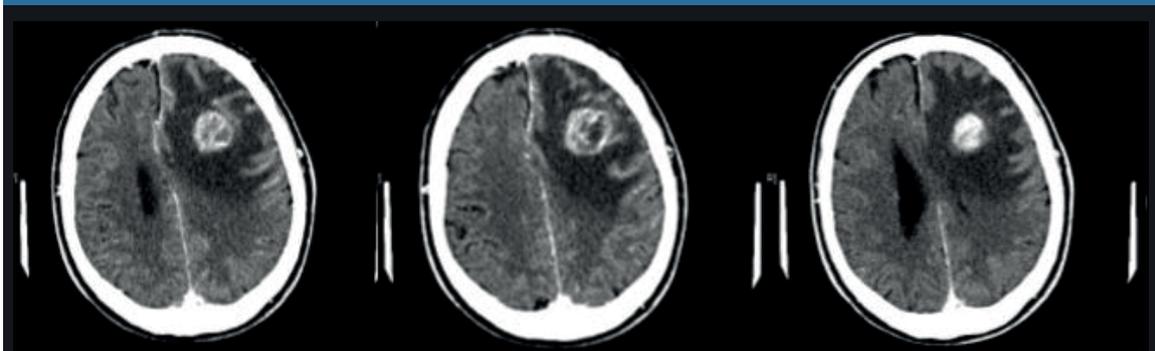
En el electrocardiograma se observa una línea isoeletrica no uniforme; el trazado es arrítmico, con frecuencia cardíaca de 110 pulsaciones por minuto y no presenta ondas P, por lo que se sospecha fibrilación auricular, aunque no sabemos si el problema neurológico puede estar relacionado con dicha arritmia.

Se le remite a Urgencias, donde se realiza una TAC craneal (figura 1) en la que se identifican dos lesiones tumorales de aspecto neoforativo, hipercaptantes, con cambios hipodensos, probablemente por necrosis en el hemisferio cerebeloso izquierdo y en el lóbulo frontal izquierdo. Ambas lesiones presentan edema perilesional (muy marcado en la lesión frontal), que provoca una desviación hacia la derecha de las estructuras de la línea media y un colapso parcial del sistema ventricular izquierdo.

En la radiografía de tórax (figura 2) se observa una lesión de aspecto tumoral en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

Se solicita TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste (figura 3). En ella se observa una masa en el lóbulo inferior izquierdo, en íntimo contacto con pleura. En el resto del parénquima no se observan otras lesiones. En el mediastino, en la región paratraqueal superior izquierda y derecha y en las regiones precarinal y subcarinal se observan múltiples conglomerados adenopáticos. Hay además adenomegalias hiliares izquierdas y derechas y derrame pleural derecho. En el abdomen, el hígado y el bazo son de tamaño normal, sin lesiones focales; se observa una litiasis vesicular única; el páncreas, las suprarrenales y los riñones no muestran alteraciones;

Figura 1. TAC craneal sin contraste: metástasis cerebrales de carcinoma pulmonar de células escamosas



grave ateromatosis aorto-iliaca, con aneurisma infrarrenal, calcificación de pared y trombo mural. En la pelvis hay un fecaloma sin adenomegalias ni otras masas abdomino-pélvicas. En las estructuras óseas hay cambios degenerativos y una prótesis en la cadera derecha.

Se realiza una fibrobroncoscopia con toma de muestra para estudio anatomopatológico. Bajo control con TAC se efectúa una biopsia de la masa en el lóbulo inferior izquierdo. Las muestras se envían a Anatomía Patológica donde se diagnostica un carcinoma pulmonar de células escamosas.

Se inicia tratamiento radioterapéutico (10 sesiones) de las lesiones cerebrales, lo que mejora el estado confusional del paciente, que fue dado de alta.

Posteriormente comienza con fiebre, caquexia, taquipnea y pérdida de peso importante, por lo que se le remite al hospital nuevamente y es ingresado en la Unidad de Cuidados Paliativos, donde finalmente fallece.

## COMENTARIO

Se considera que el carcinoma pulmonar (CP) es una de las enfermedades más graves y uno de los cánceres con mayor incidencia en el ser humano. Es responsable de los mayores índices de mortalidad oncológica a escala mundial. Constituye la primera causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera, después del de colon y mama, en la mujer. Causa más de un millón de muertes cada año en el mundo. En el Reino Unido (2004) y en los

Figura 2. Radiografía de tórax: lesión de aspecto tumoral en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo.



Figura 3. TAC de tórax con contraste: masa en el lóbulo inferior izquierdo; conglomerados adenopáticos mediastínicos e hiliares; pequeño derrame pleural derecho.



Estados Unidos (2006) representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres y hombres.

En España se diagnostican anualmente unos 20.000 casos, lo que representa el 18,4 % de los tumores entre los hombres (18.000 casos) y el 3,2 % entre las mujeres (2.000 casos)<sup>1</sup>.

Nuestro grupo ha publicado varios casos de neoplasias pulmonares con diversas formas de debut: carcinoma poco diferenciado de células no pequeñas que debuta con un síndrome de Pancoast<sup>2</sup>, adenocarcinoma mucosecretor de pulmón con diseminación pleural que se manifiesta con neumotórax<sup>3</sup>, carcinoma adenoescamoso con hemoptisis y dolor<sup>4</sup> y carcinoma de células pequeñas con un síndrome miasteniforme de Eaton-Lambert y fenómenos tromboembólicos<sup>5</sup>.

## CLASIFICACIÓN

La clasificación histopatológica del CP lo divide en 2 tipos histológicos principales<sup>6</sup>:

- CP de células pequeñas o SCLC (*small cell lung cancer*): incidencia aproximada del 20 %.
- CP que no es de células pequeñas o NSCLC (*non-small cell lung cancer*): incidencia del 75 % aproximadamente; en él se incluyen el adenocarcinoma (35 %), el carcinoma de células escamosas (30 %) y el carcinoma de células gigantes (10 %).

El carcinoma epidermoide pulmonar es un tipo no microcítico, generalmente central, hilar o perihilar. Está relacionado con el tabaquismo: el epitelio cilíndrico de los bronquios pierde sus cilios y se

transforma en escamoso atípico y es aquí donde se origina el carcinoma epidermoide.

Era el más frecuente de todos los tipos, pero desde hace 25 años es superado por el adenocarcinoma (32 % del total). Es el tipo histológico más relacionado con el consumo del tabaco y por esto ocurre, sobre todo, en pacientes fumadores varones<sup>7</sup>.

Se localiza, principalmente, en el hilio (75 %) y raramente es periférico (25 %). Histopatológicamente, tiene su origen en las células basales del epitelio bronquial y está constituido por células escamosas con diferente grado de diferenciación, productoras de queratina e incluso con puentes intercelulares y escamas. Es bastante diferenciado y cabe la posibilidad de que forme globos córneos. Existen formas menos diferenciadas, difíciles de distinguir del tipo de células grandes indiferenciado. A veces se encuentra metaplasia escamosa, displasia epitelial y focos de franco carcinoma *in situ* en el epitelio bronquial adyacente a la masa tumoral.

El tipo epidermoide periférico suele cavitarse en el 30 % de los casos. Esto se debe a que,

ocasionalmente, presenta tendencia a la necrosis central, que aparece en los estudios radiológicos como una masa cavitada con nivel hidroaéreo en su interior, lo que semeja un absceso de pulmón. Es el que con más frecuencia se abscesifica. Se disemina, sobre todo, por vía linfática (suele tener afectación de ganglios hiliares en el momento del diagnóstico) y es el que con menor frecuencia produce metástasis a distancia. Por tanto, es el de mejor pronóstico relativamente, comparado con los otros tipos histológicos de cáncer de pulmón.

## PRONÓSTICO

Con el tiempo, duplica su tamaño de forma lenta y produce metástasis a distancia algo más tarde que otros tipos.

## TRATAMIENTO

Es el tipo histológico con mejor respuesta al tratamiento quirúrgico. Se obtienen cifras de supervivencia tras la resección próximas al 85 % a los cinco años<sup>8,9</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Hernández J. Principales neoplasias: pulmón, mama, cérvix, colon, estómago, próstata, leucemias, linfomas y epitelomas. *Epidemiología, factores de riesgo y prevención. Nociones de Salud Pública* 2003;174.
2. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Hernández Guerra JS y Arroyo Díaz R. Tumor del vértice pulmonar derecho que produce un síndrome de Pancoast. Descripción de un caso clínico. *Semergen* 2012;38:111-4.
3. Hermida Pérez JA, Hernández Guerra JS, Bermejo Hernández A y Sobenes Gutiérrez RJ. Adenocarcinoma mucosecretor de pulmón con diseminación pleural que se manifiesta con neumotórax. Presentación de un caso clínico. *Semergen* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.05.008>
4. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Hernández Guerra JS, Sobenes Gutiérrez RJ. Carcinoma adenoescamoso de pulmón. *Med Gen y Fam (digital)* 2012;1:281-9.
5. Hermida Pérez JA, Sobenes Gutiérrez RJ. Cáncer de pulmón de células pequeñas, tabaquismo y síndromes paraneoplásicos. *Med Gen y Fam (digital)* 2013;2:153-7.
6. Ries L, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, et al. SEER Cancer Statistics Review 1975–2000. National Cancer Institute. Bethesda MD. [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2000](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2000), 2003.
7. Gaissert HA, Piyavisetpat N, Mark EJ. A 36-Year-Old Man with Chest Pain, Dysphagia, and Pleural and Mediastinal Calcifications. *N Engl J Med* 2009;360:1886–95.
8. Lynch TJ, Wright CD, Choi NC, Aquino SL, Mark EJ. A 56-Year-Old Woman with Cough and a Lung Nodule. *N Engl J Med* 2004;351:809–17.
9. Underwood GH, Hooper RG, Axelbaum SP, Goodwin DW. Computed Tomographic Scanning