Presentaciones de casos

Carcinoma de células grandes de pulmón. Inusual metástasis en intestino delgado con invaginación

Non–Small-Cell Lung Cancer. Unusual Small Bowel Metastasis with Invagination

Miguel Ángel Serra Valdés[1] Briggette Fernández González[1] Mariana Medell Gago[1]

[1] Hospital General Docente Enrique Cabrera, La Habana, La Habana, Cuba, CP: 10800

Cómo citar este artículo:
Serra-Valdés M, Fernández-González B, Medell-Gago M. Carcinoma de células grandes de pulmón. Inusual metástasis en intestino delgado con invaginación. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Oct 9]; 7(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/534

Resumen

Los tumores malignos, en Cuba, constituyen la segunda causa de muerte después de las enfermedades del corazón. El cáncer de pulmón es la principal causa de fallecimiento en el mundo por tumores malignos, con predominio en los hombres. El carcinoma de células grandes es el menos frecuente de todos los cánceres de pulmón. Se reconocen metástasis en cerebro, ganglionares, en los propios pulmones, tiroides, hígado, huesos y suprarrenales. La metástasis en intestino delgado es rara y existen pocos reportes. Se presenta el caso de una mujer de 55 años, fumadora, con tumor pulmonar y metástasis en pulmones, ganglios, cerebro, tiroides y en intestino delgado, que ocasionó un abdomen agudo oclusivo mecánico por invaginación que aceleró el curso y desenlace fatal de dicha enfermedad. El objetivo de esta presentación es comunicar a la comunidad científica este caso de un carcinoma de células grandes del pulmón con metástasis intestinal dando un abdomen agudo oclusivo mecánico por invaginación intestinal.

Palabras clave: carcinoma de células grandes, metastasis de la neoplasia, neoplasias intestinales, intususcepción

Abstract

Malignant tumors, in Cuba, are the second leading cause of death after heart disease. Lung cancer is the leading cause of death worldwide in malignant tumors, predominantly in men. Non–small-cell lung cancer is the least common of all lung cancers. Metastases are recognized in the brain, ganglion, in the lungs, thyroid, liver, bones and adrenals. Metastasis in the small intestine is infrequent and there are few reports. It is presented the case of a 55-year-old female smoker with lung tumor and metastases in the lungs, lymph nodes, brain, thyroid and small intestine, which caused a mechanical occlusive acute abdomen due to invagination which accelerated the course and fatal outcome of this disease. The objective of this presentation is to let the scientific community know this case of a non-small cell carcinoma of the lung with intestinal metastasis giving an acute occlusive mechanical abdomen due to intestinal invagination.

Key words: carcinoma non-small-cell lung, neoplasm metastasis, intestinal neoplasms, intussusception

Recibido: 2017-04-03 17:49:32
Aprobado: 2017-07-04 07:49:13

Correspondencia: Miguel Ángel Serra Valdés. Hospital General Docente Enrique Cabrera. La Habana. maserra@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos, en Cuba, constituyen la segunda causa de muerte después de las enfermedades del corazón. El cáncer de pulmón (CP) es la principal causa de fallecimiento en el mundo por tumores malignos, con predominio en hombres entre 55 y 65 años, aunque ya la incidencia en las mujeres tiende casi a equipararse, pues en ellas ha habido un incremento notable.[1-3]

La reducción de su incidencia se ve afectada por el aumento del tabaquismo, el envejecimiento de la población, la predisposición genética, los factores inmunológicos y la contaminación atmosférica entre otros. Aproximadamente el 50 % se diagnostican con enfermedad localmente avanzada o metastásica. Los carcinomas no microcíticos o de célula no pequeña representan el 80 % de todos los tumores de pulmón. Alrededor de la mitad de los casos presenta metástasis en el momento del diagnóstico, siendo más frecuentes en cerebro, huesos, hígado, suprarrenales y ganglios linfáticos. El esófago, por extensión directa, es la región del tubo digestivo que más se afecta, mientras que las metástasis del intestino delgado son raras. En adultos, el origen más frecuente de metástasis intracraneal incluye el cáncer de pulmón (50-60 %).[3]

El carcinoma de células grandes es el menos frecuente de todos los cánceres de pulmón (15 %). Se trata de una neoplasia epitelial maligna que no cumple los criterios de adenocarcinoma, de un carcinoma epidermoides o de un carcinoma de célula pequeña. Histológicamente se caracteriza por grandes células poligonales, con un núcleo vesiculoso y gran nucleolo. Suelen aparecer en fumadores y tener una localización periférica. Se presentan como grandes masas adyacentes, con frecuentes áreas de neumonitis asociada. La diseminación por metástasis muchas veces ocurre cuando el tumor no ha dado síntomas pulmonares ni generales, por lo que cuando se hace el diagnóstico las posibilidades terapéuticas son mínimas.[2,3]

El objetivo de esta presentación es comunicar a la comunidad médica este caso de un carcinoma de células grandes del pulmón con metástasis intestinal dando un abdomen agudo oclusivo mecánico por invaginación intestinal, y por el insuficiente reporte encontrado en la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de color de piel negra, con antecedentes de ser fumadora desde muy joven y con un padecimiento de gastritis crónica. Desde hacía 15 días presentaba fiebres en ocasiones, decaimiento, inapetencia marcada, pérdida de peso, dolor de localización epigástrica, tos húmeda y en los últimos 5 días anteriores a acudir a consulta, notó disminución de la fuerza muscular en el miembro superior derecho con marcada torpeza para sujetar objetos. Se ingresó por primera ocasión en el Servicio de Medicina del Hospital General Docente Enrique Cabrera, después de realizar varios exámenes de urgencia.

En el examen físico se recogieron los siguientes resultados: mucosas hipocoloreadas. Se constató pérdida motora del miembro superior derecho con discreta paresia facial de ese lado. Estertores húmedos en la mitad superior del hemitórax derecho con marcada disminución del murmullo vesicular. Llamó la atención la presencia de adenopatías en el cuello de ese lado mayores de 1 cm., consistencias aumentadas y no dolorosas, así como nódulos pequeños de 1cm. aproximadamente en el tiroides, ambos lóbulos, con iguales características.

En la radiología de tórax se observó la presencia de una radiopacidad de forma nodular con bordes no bien precisos, de aproximadamente unos 4 cms. hacia la periferia del lóbulo superior derecho, con unas lesiones inflamatorias asociadas que se extendían en todo el lóbulo. Engrosamiento de ambos hilios pulmonares. Área cardiaca normal.

Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina: 85 g/l. Velocidad de sedimentación globular (VSG): 135. Hemoquímica: dentro de los parámetros normales. Estudio por punción lumbar del líquido cefalorraquídeo (LCR): sin alteraciones. Coagulograma: normal. Serología: no reactiva. Examen para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH): vía rápida: negativo.

Tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo multicorte: en los cortes practicados se observaron extensas zonas hipodensas en forma de dedos de guante con nódulos en su interior, en la región frontal izquierda y ambas regiones parietales con densidades de 26 UH correspondiendo a lesiones metastásicas

cerebrales. (Figura 1).

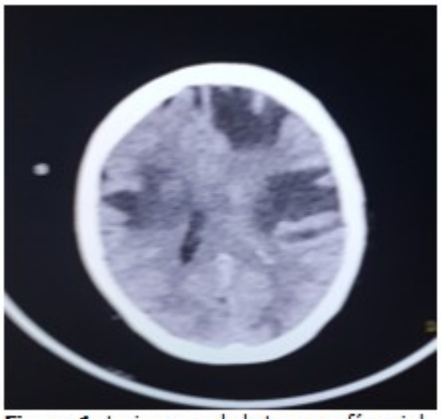

Figura 1. La imagen de la tomografía axial de cráneo mostró lesiones metastásicas.

Tomografía axial computarizada (TAC) del tórax multicorte: mostró derrame pleural derecho con atelectasia del bronquio principal inferior. Imágenes nodulares en ambos campos pulmonares, la mayor de 17 x 18 mms. con densidades entre 12 y 26 UH de aspecto metastásico. Imagen hiperdensa de 40 x 46 mms. con contornos mal definidos, con densidad entre 30 y 37 UH en el segmento posterior del lóbulo superior derecho de aspecto tumoral sospechando fuese el primario. Se observaron adenopatías patológicas mediastinales. (Figura 2).

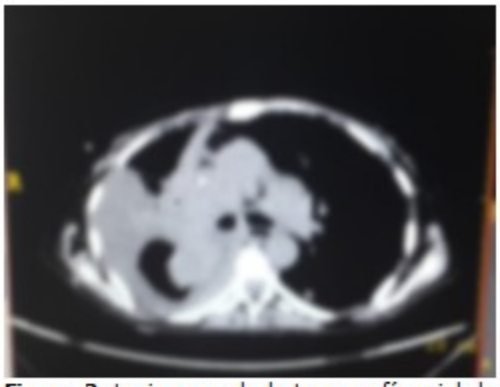

Figura 2. La imagen de la tomografía axial de tórax mostró derrame pleural, ganglios de mediastino, pequeños nódulos metastásicos.

La ecografía del tiroides manifestó varios nódulos en ambos lóbulos tiroideos el mayor de 21 x 11 mms. hipoecogénicos, con contornos parcialmente definidos y distorsión del tejido vecino de aspecto tumoral metastásico. En la base del cuello y regiones adyacentes, se observaron supraclaviculares paquetes de adenopatías de aspecto patológico, las mayores de 21 x 14 mms. Las regiones axilares se encontraban libres.

La ecografía abdominal reveló: hígado, vesícula, bazo, páncreas, suprarrenales y ambos riñones sin alteraciones. Aorta ateromatosa. Adenopatías periaórticas de 27 x 13 mms. Genitales internos sin alteraciones, sin líquido libre en cavidad.

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) de ganglio cervical derecho, izquierdo y nódulo tiroideo (102, 103,104): positivos de células neoplásicas. Metástasis de un carcinoma poco diferenciado de células grandes con extensa necrosis.

A esta paciente se le diagnosticó una neoplasia de pulmón con extensión extrapulmonar. Metástasis pulmonares ipsilateral y contralateral con toma de ganglios mediastinales, metástasis en ganglios del cuello, en tiroides y en cerebro, posiblemente de un carcinoma de células grandes.

En la evolución se observó una mejoría del estado general, se trataron con antimicrobianos las lesiones inflamatorias asociadas y se valoró en conjunto con el Servicio de Oncología donde

se seguiría tratando después de darle de alta.

La paciente acudió nuevamente al cuerpo de guardia del Hospital refiriendo varios días sin defecar, no expulsaba gases, con presencia de dolor abdominal difuso a tipo cólico con distensión, y vómitos en gran número con aspecto fecaloideo. Se realizó un segundo ingreso en el Servicio de Cirugía.

En el examen físico se observaron: mucosas hipocoloreadas y secas, toma marcada del estado general, Tensión arterial (TA): 100/60. Frecuencia cardiaca (FC): 104 x min. Abdomen distendido y timpánico con ruidos hidroaereos aumentados. Tacto rectal sin heces ni tumoraciones.

Se realizó radiología de abdomen simple de pie y se constataron niveles hidroaereos en escalera, gases en el recto. Se tomaron como medidas generales, compensar el medio interno y se llevó al salón de operaciones con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica.

El informe operatorio notificó una oclusión intestinal mecánica yeyuno-ileal por invaginación de 5 cms. En esa región se halló una masa nodular tumoral. Se realizó la resección intestinal con anastomosis término terminal. Se envió la pieza a anatomía patológica para su análisis. (Figura 3).

Figura 3. Fotografía de la pieza de resección intestinal. Obsérvese el nódulo tumoral metastásico.

La evolución posoperatoria fue precaria, hubo un deterioro del estado general, en los días siguientes apareció una tos húmeda, con dificultad respiratoria, fiebre y estertores húmedos dispersos en ambos pulmones con ausencia de murmullo vesicular en la base derecha. Pérdida de las conciencia. La paciente falleció varios días después, los familiares se negaron al estudio necrópsico.

El departamento de anatomía patológica informó como resultado del análisis de la pieza extraída en la intervención quirúrgica, una metástasis infiltrante en la pared de intestino delgado de un carcinoma poco diferenciado de células grandes, que sugería tener un origen pulmonar. El análisis inmunohistoquímico mostró: citoqueratina (CK): 7 positivo, CK: 20 negativo. El antígeno de membrana epitelial (EMA) (por sus siglas en inglés): positivo intenso. Factor de trascripción tiroidea (TTF1): positivo focal. Cromogranina y sinaptofisina: negativas en células tumorales, el antígeno K167: positivo 80 %. Antígeno carcinoembrionario (CEA): negativo.

El diagnóstico final estuvo dado por un carcinoma poco diferenciado de células grandes del pulmón con metástasis a diferentes órganos. Metástasis poco frecuente en intestino delgado con invaginación intestinal y cuadro abdominal agudo de oclusión intestinal mecánica.

DISCUSIÓN

Los carcinomas pulmonares actualmente comprenden desde el punto de vista histológico: el adenocarcinoma, el carcinoma de células escamosas, el carcinoma de células grandes, el carcinoma de células pequeñas o microcítico y el adenoescamoso. Los tumores neuroendocrinos pulmonares representan un 20 % de los carcinomas pulmonares y constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con morfología, comportamiento y pronóstico muy diferentes, que abarcan un amplio espectro de tumores que incluyen los carcinoides típicos (CT) y atípicos (CA), el carcinoma neuroendocrino de células grandes (CNCG) y el carcinoma microcítico de pulmón (CMP).[4-6]

El diagnóstico de este caso se confirmó mediante estudio histopatológico de ganglios, los nódulos del tiroides y la masa intestinal eran metastásicos, lo que causó la oclusión intestinal por invaginación. La metástasis intestinal es rara en el cáncer del pulmón. Está descrita en pocos reportes acompañando al carcinoma de células grandes. La invaginación en intestino delgado son las más frecuentes y pueden ocurrir gastroyeyunal, yeyunoyeyunal, yeyuno-ileal, ileal-ileal, íleo-cólica.[7-10] En los adultos es poco frecuente la invaginación intestinal, es más frecuente en niños; pero cuando aparece

clásicamente se ha descripto que el 90 % de ellas es secundaria a alguna condición patológica proliferativa que sirve de punto guía, generalmente maligna, y que habitualmente es reconocida en el acto quirúrgico.[9-11]

El inicio de las manifestaciones clínicas de este caso fue por metástasis cerebral. En estudios realizados en Cuba, de las metástasis cerebrales de diferentes tumores, el más frecuente es el cáncer del pulmón.[12,13] Así lo describe la literatura clásica y otras publicaciones.[3-5] Ya en el momento del diagnóstico en el primer ingreso el cáncer estaba avanzado con metástasis ganglionares, en cerebro, tiroides, y en los propios pulmones y el deterioro del estado general de la paciente era marcado, sin embargo, debido a no existir sintomatología, asistió de forma tardía al facultativo. Se describe generalmente en la literatura revisada que el carcinoma de células grandes del pulmón acostumbra a comenzar por metástasis donde aparece la sintomatología y es difícil hacer el diagnóstico temprano. Quizás si esta paciente que tenía factores de riesgo, hubiera realizado chequeos con cierta periodicidad, se hubiera diagnosticado antes y hubiera tenido algunas posibilidad terapéutica que alargara la supervivencia. El desenlace de este caso realmente fue muy dramático y en corto tiempo para los profesionales que estuvieron involucrados en su atención directa.

Las técnicas diagnósticas actuales por imágenes, citopatología, histopatología con estudios de inmunohistoquímica, hacen posible el esclarecimiento de resultados dudosos para confirmar los diagnósticos en las patologías oncológicas, también lo son los marcadores moleculares.[3-6]

El cáncer pulmonar sigue siendo una entidad prevalente en la actualidad y se estima el aumento por el contradictorio aumento del hábito de fumar en muchos países, a pesar de las campañas preventivas de educación a la población. Si bien es más frecuente en el hombre, la incidencia en mujeres ha aumentado considerablemente. El caso presentado tiene por supuesto sus enseñanzas, por lo inusual o poco frecuente de las metástasis en intestino y que da lugar a una invaginación intestinal con una oclusión mecánica. La evolución fue muy corta a partir del diagnóstico (2 meses). El cuadro del abdomen agudo a juicio de los autores, aceleró el deterioro y complicaciones en esta paciente y acortó notablemente la supervivencia. La clave del éxito siguen siendo las campañas de prevención, dirigidas a mostrar lo nocivo del hábito de fumar y el diagnóstico temprano de la enfermedad, por medio de chequeos periódicos de la población de riesgo y la detección de lesiones premalignas. Hay investigadores que están en desacuerdo, pues los estudios por imágenes y los de laboratorio pueden dar falsos negativos y publicaciones realizadas de reportes de casos han presentado errores metodológicos.[2] Particularmente los autores de este artículo, sí consideran como de gran valor la realización del pesquisaje, no solo para detectar este tipo de cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2017 [citado 5 May 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/dne/

2. López JL, Navarro F, Molina R, Álvarez-Mon M. Cáncer de pulmón no microcítico. Medicine [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Mar 2017];11(24):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541213704967

3. Amorín E. Cáncer de pulmón, una revisión sobre el conocimiento actual, métodos diagnósticos y perspectivas terapéuticas. Rev Peru Med Exp Salud Pública [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Mar 2017];30(1):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100017&script=sci_arttext

4. Husain AN. Pulmón. Carcinomas. En: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins y Cotran. Patología Humana. 9na. ed. Barcelona: Elzevier; 2013: p. 505-11

5. Horn L, William W, Johnson DH. Neoplasias del Pulmón. En: Kasper DL. Harrison´s Principles of Internal Medicine. 19th. ed. México: McGraw-Hill Companies; 2015: p. 737-53

6. Travis WD, Brambilla E, Riely GJ. New Pathologic Classification of Lung Cancer: Relevance for Clinical Practice and Clinical Trials. J Clin Oncol [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Mar 2017];31(8):[aprox. 12p]. Disponible en: http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2012.46.9270

7. Gómez JA, Sánchez C, Torres MI. Carcinoma primitivo de pulmón con afectación intestinal secundaria: 3 casos de una serie de 420 pacientes. Arch Bronconeumol [revista en Internet]. 2007 [citado Mar 23];43(8):[aprox. 4p]. Disponible en: http://www.archbronconeumol.org/es/carcinoma-primitivo-pulmon-con-afectacion/articulo/13108789/

8. Oruezábal MJ, Burón MR, Lara R, Espinosa R. Invaginaicón yeyunal por metástasis intestinal de un carcinoma primario pulmonar: aportación de un caso y revisión de la literatura. Oncología [revista en Internet]. 2006 [citado 23 Mar 2017];29(9):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X09004813

9. Franco R, Burneo M, Martín J, Fabregues A, Pérez D, Turégano F. Invaginación intestinal en el adulto. Una causa infrecuente de obstrucción mecánica. Rev Gastroenterol Mex [revista en Internet]. 2012 [citado 23 Mar 2017];77(3):[aprox. 4p]. Disponible en: http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/invaginacion-intestinal-el-adulto-una/articulo/S0375090612000304/

10. Morera FJ, Hernández E, Bernal JC. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. Cir Esp [revista en Internet]. 2009 [citado 20 Mar 2017];86(6):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X09004813

11. Pratto D, Resial M, Wulfson A, Gennaro M, Brarda M, Schmidt A. Invaginación yeyuno-yeyunal como presentación de un carcinoma primario pulmonar: Reporte de un Caso. Acta Gastroenterol Latinoam [revista en Internet]. 2012 [citado 20 Mar 2017];42(1):[aprox. 4p]. Disponible en: http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-22616498

12. Caballero J, Morán AF, Toledo C, Pérez P, Morales I. Consideraciones anatomopatológicas y demográficas de la metástasis intracraneal. Rev Cubana Neurol Neurocir [revista en Internet]. 2012 [citado 20 Mar 2017];2(1):[aprox. 4p]. Disponible en: http://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/36

13. Caballero J, de Mendoza JH, Cruz O, Montero TJ, Morán AF. Características de la metástasis intracraneal en 14 321 autopsias realizadas en el Hospital “Dr. Luis Díaz Soto”, La Habana (1962-2011). Rev Cubana Neurol Neurocir [revista en Internet]. 2013 [citado 20 Mar 2017];3(2):[aprox. 6p]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2013/cnn132f.pdf