

Metástasis a músculo esquelético como primera manifestación de sarcoma primario del pulmón. Informe de un caso

Aura Lucía Rivera B. MD*; Jorge Alberto Carrillo B. MD**; Paulina Ojeda L. MD***; Marcela González****

RESUMEN

El carcinosarcoma de pulmón es una neoplasia poco frecuente, que representa menos del 0.3% de los tumores malignos del pulmón.

El músculo esquelético es un sitio poco común de localización de metástasis de origen hematológico, siendo su incidencia de aproximadamente un 1%. El tumor primario se localiza en: el colon, el páncreas, el riñón, el estómago, el ovario, el cérvix, la próstata y el pulmón. Los grupos musculares más frecuentemente comprometidos son el diafragma y el iliopsoas.

Presentamos el caso de un paciente con carcinosarcoma pulmonar y enfermedad metastásica muscular. No encontramos en la literatura casos similares.

Palabras clave: pulmón, carcinosarcoma, metástasis, músculo esquelético.

ABSTRACT

The lung carcinosarcoma is a very infrequent neoplasia, and accounts for less than 0.3% of malignant tumours of the lung.

The eskeletal muscle is a noncommon site for metastases localization of hematological spread, its incidence being approximately 1%. The primary tumor is localized at colon, pancreas, kidney, stomach, ovary, prostate, cervix and lung. The muscle groups most common affected are the diaphragm and the iliopsoas.

We present a case in wich a pulmonary carcinosarcoma with muscle metastases is found. There are no similar cases in the literature.

Key Words: lung, carcinosarcoma, metastases, eskeletal muscle.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 70 años de edad, quien consultó por cuadro de tres meses de evolución, consistente en aparición de masas dolorosas en los tejidos blandos del cuello, región submandibular, pared torácica y abdominal. Pérdida de peso no cuantificada. Las tomografías de cuello y abdomen, demostraron múltiples masas con densidad de tejido blando, centro hipodenso, realce anular con el medio de contraste y diámetros comprendidos entre 3 y 30 mm; que comprometían los músculos paraespinales del cuello, geniogloso derecho, glúteos menor, medio y mayor bilateralmente, psoas bilateralmente y

paraespinales derechos a nivel del sacro (Figuras 1, 2, 3, 4). También se encontraron masas de tejidos blandos en el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal. La radiografía de tórax evidenció masa parenquimatosa basal derecha (Figura 5 y 5A). Con una impresión diagnóstica de enfermedad metastásica se practicó una tomografía de tórax, que confirmó la presencia de una masa, con densidad de tejido blando, en los segmentos posterior y medial del lóbulo inferior derecho, con diámetro mayor de 70 mm. (Figura 6). En la pared torácica a nivel subescapular derecha, se evidenciaron imágenes nodulares similares a las descritas en la pared abdominal. La biopsia de una de estas lesiones fue informada como metástasis de carcinosarcoma de pulmón (Figuras 7 y 8).

* Médica Radióloga. Hospital Santa Clara.

** Médico Radiólogo. Hospital Santa Clara Universidad Nacional de Colombia.

*** Médica Patóloga. Hospital Santa Clara.

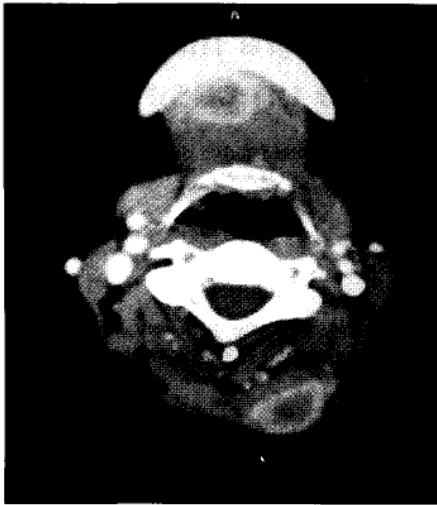


Figura 1. TAC de cuello a nivel de C4, evidenciando lesiones nodulares en los músculos milohioideo, paraespinales y trapecio izquierdos.

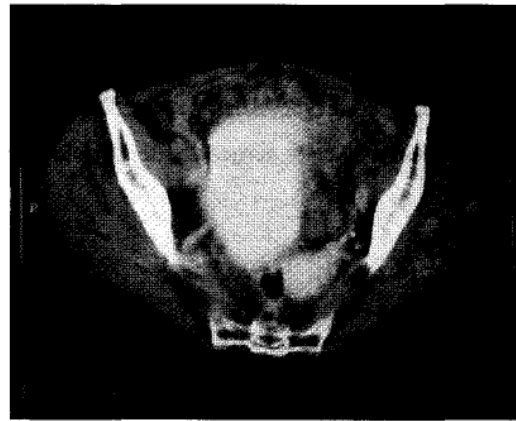


Figura 4. TAC de abdomen que evidencia nódulos en el glúteo medio y mayor bilateralmente y nódulos peritoneales.



Figura 2. TAC de cuello a nivel de T1, el cual muestra una lesión nodular en los músculos paraespinales derechos.

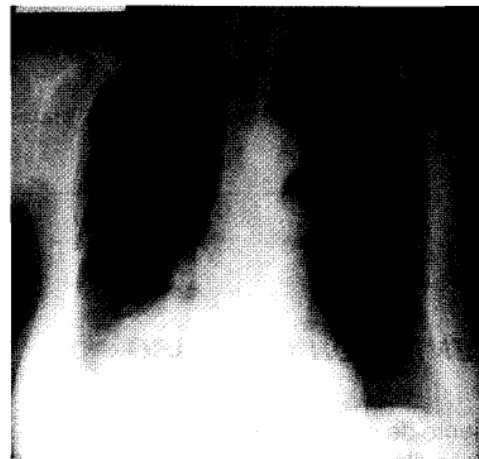


Figura 5. Radiografías de tórax PA y lateral que demuestran masa de tejidos blandos de 8 cms de diámetro, localizada en el lóbulo inferior derecho.

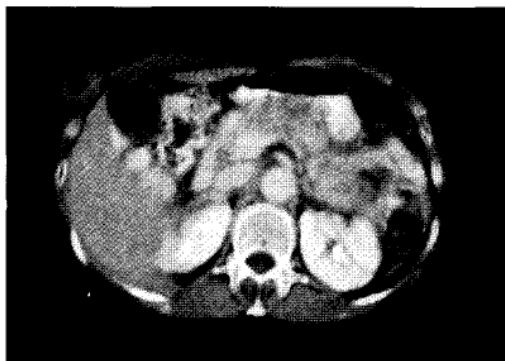


Figura 3. TAC de abdomen evidenciando lesión nodular en el músculo oblicuo externo derecho.



Figura 5A. Radiografías de tórax PA y lateral que demuestran masa de tejidos blandos de 8 cms de diámetro, localizada en el lóbulo inferior derecho.

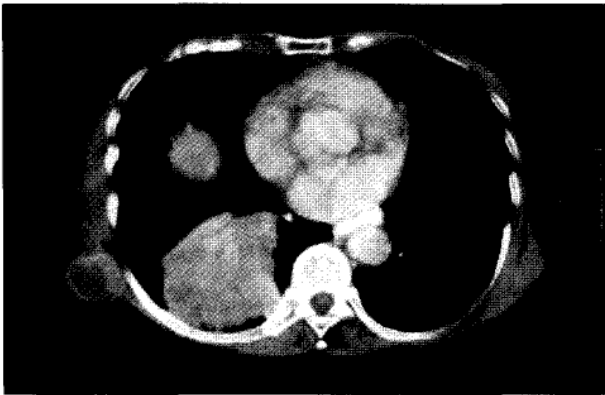


Figura 6. TAC de tórax donde se aprecia una masa de densidad de tejidos blandos, heterogénea en el lóbulo inferior derecho y nódulo comprometiendo el músculo dorsal ancho derecho.

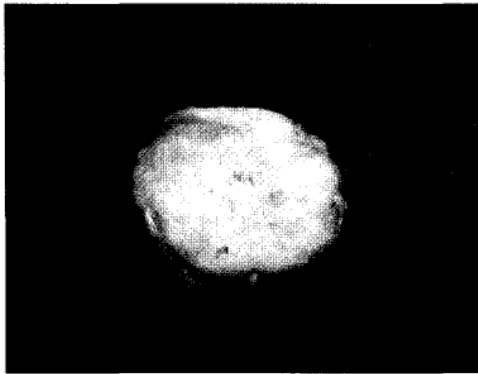


Figura 7. Masa lobulada de 4,5 x 4 cm, de aspecto fibroso; al corte presenta áreas de necrosis.

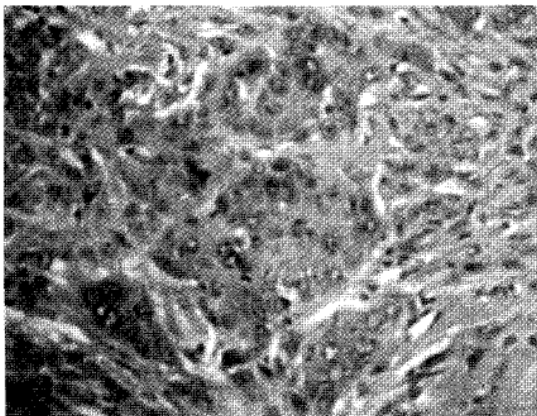


Figura 8. Foco de carcinoma escamocelular en un estroma sarcomatoso. HE 10x

DISCUSIÓN

Carcinosarcoma pulmonar

El carcinosarcoma es un tumor maligno, poco común en el pulmón, caracterizado por la presencia de componente carcinomatoso más frecuentemente del tipo escamocelular (46%), seguido de adenocarcinoma (31%) y en menor proporción carcinoma adenoescamoso (19%); acompañado de componente sarcomatoso que contiene elementos mesenquimales diferenciados tales como cartílago, hueso, músculo esquelético o combinación de estos elementos (1). Esta lesión puede desarrollarse en el útero, el esófago y la piel. (2-5). La relación hombre – mujer es de 7.25:1, con una edad promedio de 55 a 63 años y se describe asociación con el tabaquismo. Las manifestaciones más frecuentes son tos húmeda, dolor torácico y pérdida de peso.

En general, los carcinosarcomas de pulmón han sido clasificados como lesiones centrales endobronquiales (62%) y periféricas 38% (2,5).

La presentación se relaciona con la localización del tumor y está caracterizada por la presencia de atelectasia y neumonitis postobstructiva, con crecimiento local e invasivo en las lesiones centrales. Los tumores periféricos muestran diseminación metastásica temprana a el cerebro, el hígado, las glándulas suprarrenales, el intestino, el páncreas y el corazón, encontrándose un informe de compromiso metastásico a piel (6).

El pronóstico de los pacientes con carcinosarcoma es pobre. La supervivencia luego de su diagnóstico es en promedio de 3 a 16 meses. En la mayoría de los casos existen lesiones recurrentes halladas en las glándulas suprarrenales, los riñones, el hueso y cerebro (4,5).

Metástasis de carcinomas a músculo esquelético

Aunque el músculo esquelético representa un 50% de la masa corporal total, el compromiso metastásico

es muy raro, postulándose como factores que contribuyen a esta resistencia: la destrucción mecánica de los tumores por el movimiento, pH hostil y la capacidad del músculo para remover el ácido láctico producido por el tumor.

A pesar de estos mecanismos de defensa, se han informado casos de metástasis musculares de neoplasias primarias del páncreas, los riñones, el colon, el pulmón, el estómago y el ovario. Estas lesiones pueden ser descubiertas de manera incidental en los estudios de TC, practicados en forma rutinaria a los pacientes oncológicos.

Clínicamente los pacientes se presentan con masas dolorosas en el sitio de las metástasis, las cuales pueden o no ser palpables al examen físico.

La presentación descrita en TAC consiste en masas intramusculares, con realce anular luego de la administración de medio de contraste e hipotenuación central en la mayoría de los casos. También se describe realce heterogéneo o menos frecuentemente realce homogéneo de las lesiones. Los

grupos musculares más frecuentemente comprometidos son el diafragma, el iliopsoas y los glúteos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saha SP, Rogers AG. Pulmonary carcinosarcoma. *J Ky Med Assoc* 2002;100(2):63-5.
2. Koss MN, Hochholzer L. Carcinosarcomas of the lung: a clinicopathologic study of 66 patients. *Am J Surg Pathol* 1999; 23(12):1514-26.
3. Wick MR, Ritter JH. Sarcomatoid carcinomas of the lung: a clinicopathologic review. *Am J Clin Pathol* 1997; 108(1):40-53.
4. Bull J, Grimes O. Pulmonary carcinosarcoma. *Chest* 1974; 65(1):9-12.
5. Davis M, Eagan R. Carcinosarcoma of the lung: Mayo clinic experience and response to chemotherapy. *Mayo Clin Proc* 1984; 59:598-603.
6. Muñoz A, Perez J. Pulmonary carcinosarcoma with skin metastasis. *An Med Interna* 2002; 19(11):586-8.
7. Pretorius E, Fishman E. Helical CT of skeletal muscle metastases from primary carcinomas *AJR* 2000; 19(11):586-8.