

# Adenocarcinoma de pulmón que debuta con derrame pleural invasivo maligno

<sup>1</sup>Hermida Pérez JA, <sup>2</sup>Capote León L, <sup>1</sup>Pérez Concepción SB

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

<sup>2</sup>Universidad de la Laguna  
Santa Cruz de Tenerife

Varón de 49 años de edad, no frecuentador de la consulta, fumador de 20 cigarrillos diarios durante 20 años y diagnosticado de hipertensión arterial.

Antecedentes familiares: padre fumador fallecido de neoplasia pulmonar.

Acude a la consulta por presentar tos persistente, expectoración, dolor en el hemitórax izquierdo y disnea de medianos esfuerzos.

En el examen físico se detecta una anulación del murmullo vesicular, con matidez en el hemitórax izquierdo.

Se realiza una radiografía simple de tórax, en la que se observa un gran derrame pleural en dicho hemitórax.

Se remite al hospital, donde es ingresado por Neumología para estudio y tratamiento.

En la toracocentesis se extrae un exudado y se toman muestras para estudio bacteriológico y citológico del líquido pleural. Resulta positivo para malignidad con células tumorales de adenocarcinoma pulmonar.

En la inmunohistoquímica aparece positividad para CK7 y TTS, pero CK20 y LCA son negativos.

En la broncoscopia se observan implantes tumorales en la pleura, de los que se toma una biopsia. Resulta positiva para adenocarcinoma de pulmón.

La tomografía computarizada tóraco-abdominal muestra un gran derrame pleural izquierdo, de densidad homogénea y sin distorsiones, por la presencia de una masa en el pulmón izquierdo. Se observan adenopatías metastásicas mediastínicas y paraaórticas sin otros signos radiológicos de metástasis.

El paciente es valorado por Oncología y se decide tratamiento con quimioterapia. Al cabo de un año del diagnóstico continúa en tratamiento y seguimiento por dicha especialidad.

## COMENTARIO

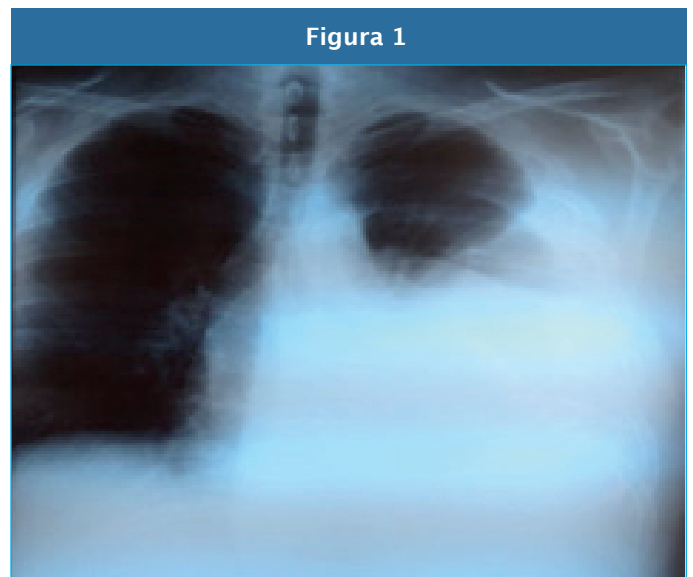
A pesar de las campañas preventivas que se desarrollan en atención primaria, la accesibilidad a los diferentes niveles de la atención sanitaria de la población y los medios diagnósticos actuales, todavía muchos tumores pulmonares debutan en estadios avanzados, con gran cantidad de síndromes paraneoplásicos<sup>1-4</sup>.

Existen diversos tipos histológicos, cada uno con sus peculiaridades clínicas. El 90 % de los tumores de pulmón son carcinomas broncogénicos. Alrededor del 40 % de los cánceres de pulmón son adenocarcinomas.

Este tumor es el primero en frecuencia. Suele ser periférico, es el que más habitualmente invade la pleura y constituye la causa más frecuente de nódulo pulmonar solitario maligno. El 80 % presenta metástasis en el momento del diagnóstico (como pasó en nuestro paciente) y es el tipo más común de cáncer de pulmón observado en las personas que no fuman.

Es más común en las mujeres que en los hombres.

Figura 1



En comparación con otros tipos de cáncer de pulmón, es más probable que ocurra en personas jóvenes.

El carcinoma de células pequeñas (microcítico) es muy maligno. Es el de peor pronóstico, de localización frecuentemente central y suele asociarse a síndromes paraneoplásicos.

El carcinoma de células no pequeñas (epidermoide, escamoso o espinocelular)

es más frecuente en varones, es de localización central y es el de mejor pronóstico. El carcinoma de células grandes suele ser de localización periférica o central y, en el 80 % de los casos, se observan metástasis extratorácicas.

El derrame pleural masivo maligno fue la forma de debut de nuestro paciente. En la literatura se destaca que este tumor constituye la causa más frecuente de derrame pleural en sujetos en los que se realiza toracocentesis. Las neoplasias primarias de pulmón en el hombre (en la actualidad causa principal de muerte por cáncer) y el cáncer de mama en la mujer justifican más de la mitad de los derrames pleurales malignos; les siguen, en frecuencia, el linfoma y el cáncer de ovario, mientras que en el 8 % o más no se llega a identificar el tumor primario. Por tanto, la gran mayoría de los derrames pleurales malignos representan metástasis de un tumor primitivo extrapleural y menos de un 2 %, con alguna variación geográfica, se origina en la pleura.

El término paraneoplásico se refiere a derrames pleurales que no son resultado directo de la afectación neoplásica de la pleura pero sí se relacionan con el tumor primario (atelectasia, síndrome de la vena cava superior...). La presencia de derrame pleural maligno conlleva un mal pronóstico, ya que representa un estadio tumoral avanzado y constituye una complicación relevante en la toma de decisiones sobre los pacientes<sup>5-7</sup>.

Se han publicado numerosos casos clínicos de pacientes con neoplasmas pulmonares en estadios avanzados que debutan con derrame pleural. Destaca el caso de un varón de 53 años de edad con un tumor de células no pequeñas (carcinoma epidermoide), que, a posteriori, sufrió un cuadro confusional agudo por metástasis cerebrales y finalmente falleció<sup>8,9</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hermida Pérez, Bermejo Hernández, Sobenes Gutiérrez RJ. Cáncer de pulmón de células pequeñas, tabaquismo y síndromes paraneoplásicos. Presentación de un caso clínico. *Med Gen y Fam* 2013;2:153-7.
2. Hermida Pérez JA, Sobenes Gutiérrez y cols. Carcinoma adenoescamoso de pulmón. *Med Gen y Fam* 2012;1:281-9.
3. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Hernández Guerra JS, Arroyo Días R. Tumor del vértice pulmonar derecho que produce un síndrome de Pancoast. Descripción de un caso clínico. *Semergen* 2012;38:111-4.
4. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Sobenes Gutiérrez RJ. Adenocarcinoma mucosecretor de pulmón con diseminación pleural que debuta con un neumotórax. Presentación de un caso clínico. *Semergen* 2013;39:391-5.
5. Hammerschmidt S, Wirtz H. Lung cancer: Current diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106:809-18.
6. Porcel Pérez JM. Tratamiento paliativo del derrame pleural maligno. *Medicina Paliativa* 2003;10:142-8.
7. Heffner JE, Nietert PJ, Barbieri C. Pleural fluid pH as a predictor of survival for patients with malignant pleural effusions. *Chest* 2000;117:79-86.
8. Cano Hoz M, Priede Díaz L, Carrascosa Porras M. Tratamiento ambulatorio del derrame pleural maligno: aportación de un caso. *Medicina Paliativa* 2012;19:3-9.
9. Villena V, López-Encuentra A, Echave-Sustaeta J, Álvarez C, Martín-Escribano P. Estudio prospectivo de 1.000 pacientes consecutivos con derrame pleural. Etiología del derrame y características de los pacientes. *Arch Bronconeumol* 2002;38:21-6.