

## **Presentación atípica de neoplasia de pulmón**

### **Atypical Presentation of Lung Neoplasia**

**Maria Teresa Hidalgo Rodríguez<sup>1</sup>, Jorge Luís Rojas Alonso<sup>2</sup>, Carlos Antonio Paneque Acosta<sup>3</sup>, Silvina Ferrer Ballagas<sup>4</sup>, Idalmis Tejeda Alvares<sup>5</sup>**

1. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Geriátría y Gerontología. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.
2. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Geriátría y Gerontología. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.
4. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Geriátría y Gerontología. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.
5. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Geriátría y Gerontología. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín. Cuba.

---

### **RESUMEN**

Se presentó un paciente de 65 años de edad de la raza negra, con antecedentes de alcoholismo y ex-fumador, que hace seis meses comenzó con aumento del volumen del cuello, refirió pelotas duras, niega dolor y aumento de temperatura local, se constató pérdida de peso de unas 30 libras, negó otra sintomatología. Acudió al área de salud de Velasco, municipio Gibara sin diagnóstico conclusivo, se decidió su remisión cuando las lesiones se abrieron al exterior y sangraban, manifestaciones ganglionares en el cuello, lateral derecho, supraclaviculares, ulceradas, no movibles, adheridas a planos profundos y no dolorosos. Presentó otras en el izquierdo, con circulación colateral tipo vena cava superior, sin dificultades respiratorias, se

estudió para encontrar posible causa. Los exámenes realizados corroboraron el diagnóstico: cáncer de pulmón de forma ganglionar ulcerado. Se remitió a la Consulta de Oncología para seguimiento y tratamiento.

**Palabras clave:** cáncer de pulmón, lesiones ganglionares, ulceraciones.

---

## **ABSTRACT**

A 65-year-old black patient with chronic alcoholic history and ex-smoker was reported in this paper. The patient presented an increase in the volume of the neck and hard nodules six months ago. The patient denied the pain and local temperature increase as well as other symptoms. Weight loss of about 30 pounds was observed. This patient was attended at Velasco health area, Gibara municipality without conclusive diagnosis and was referred when injuries were opened with bleeding, lymph node manifestations in the neck, right lateral supraclavicular, ulcerated, not moving, adhered to deep planes and not painful. Other manifestations were observed on the left side, with collateral circulation of superior vena cava, without respiratory distress. The patient was studied to find possible cause. Tests corroborated the diagnosis: lung cancer of ulcerated nodular form. The patient was referred to the Oncology Consultation for monitoring and treatment.

**Keywords:** lung cancer, ganglionic lesions, ulcerations.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades malignas ocupan la atención de gran número de investigadores a nivel mundial, Cuba no está ajena a este fenómeno. El cáncer constituye en el mundo desarrollado una de las primeras causas de muerte y en esta isla se comporta de manera similar, ocupando el segundo lugar entre las primeras cinco causas de muerte <sup>1</sup>.

Algunas estadísticas reportan que las neoplasias malignas, como causa de muerte, solo son precedidas por las enfermedades cardíacas y representan el 22% de todas las muertes, como sucede en Cuba <sup>2-4</sup>. Esta enfermedad es considerada como propia del anciano, más del 65% de todas las neoplasias malignas ocurren en este grupo poblacional, el cual representa más del 12% de la población cubana.

Actualmente en el país se diagnostican más de 20 000 casos al año y una de cada cinco personas que fallecen es debido a tumores malignos <sup>2,5</sup>. Se hace difícil el diagnóstico precoz del cáncer en el adulto mayor debido a que se presenta con características particulares, su evaluación debe realizarse por un personal calificado <sup>6,7</sup>.

El 60% de los casos nuevos de cáncer y dos tercios de las muertes, se producen en pacientes mayores de 65 años, con mayor incidencia del cáncer de pulmón, mama, cervicouterino y colorrectal. Su incidencia se estabiliza, en muchas ocasiones, después de los 80 años, lo cual sugiere la posibilidad de una resistencia intrínseca al desarrollo del cáncer en las etapas tardías de la vida o de algún riesgo de selección <sup>8</sup>.

El incremento de la enfermedad en relación con la edad se pronostica que a medida que la población envejezca, la incidencia seguirá aumentando. Existen varias teorías que explican este hecho, las alteraciones relacionadas con la edad en el sistema inmunitario, la acumulación de mutaciones genéticas al azar que provocan la activación de oncogenes o la amplificación o disminución de la actividad de los genes supresores del tumor, la exposición a carcinógenos durante toda la vida <sup>9</sup>.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 65 años de edad de la raza negra con antecedentes de ser enfermo etílico crónico y exfumador. A partir del 18 de enero de 2013 comenzó a presentar toma del estado general acompañado de pérdida de apetito, cansancio fácil, no podía realizar las tareas agrícolas habituales, entonces quince días más tarde (3 de febrero) acudió al área de salud de Velasco, municipio Gibara a donde pertenecía; allí se le realizó un estudio complementario que no arrojó datos de interés.

En esta ocasión se le puso tratamiento por un proceso viral hasta que tres meses después (mayo de 2013) el paciente comenzó a notar un aumento de volumen del cuello. Acude nuevamente a la consulta de su área de salud el 12 de junio de 2013, donde refiere que le han salido varias pelotas duras, negó dolor o aumento de la temperatura local, se constató una pérdida de peso de más o menos 30 libras, no refirió otra sintomatología.

Sin un diagnóstico conclusivo, se decide su remisión inmediata al día siguiente (13 de junio de 2013) al Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez de la provincia Holguín, debido a que una de las lesiones del cuello se había abierto al exterior y sangraba con facilidad. En el hospital se obtuvieron datos positivos al examen físico expresados de la manera siguiente:

Cuello: presencia de adenopatías de más menos tres centímetros, de bordes irregulares, duros, pétreos, adheridos a planos profundos, no dolorosas ([fig. 1](#)).

Tórax: presencia de circulación colateral tipo vena cava superior ([fig. 2](#)).

La mayor de todas las adenopatías media cuatro centímetros, ulcerada, con fondo rojo y algunas zonas con necrosis de color negro en el lado derecho, en el lado izquierdo supraclavicular, otras adheridas a planos profundos, pétreas, no movibles ([fig. 3](#)).

Exámenes complementarios:

- Hemoglobina 118 g/L
- Velocidad de sedimentación globular 86 mm/h
- Glucemia en ayunas: 5,2 mmol/L
- Creatinina: 60  $\mu$ mol/L
- Colesterol: 5,70 mmol/L
- Coagulograma completo: (normal)
- Conteo de plaquetas:  $250 \times 10^9/L$
- Tiempo de sangramiento: 2 min
- Tiempo de coagulación: 8 min
- Tiempo de protombina: 3 seg
- Coagulo retráctil

Biopsia del ganglio cervical: positivo a adenocarcinoma.

Ultrasonido de cuello: se explora ambas regiones laterales del cuello, así como, región maxilar y submaxilar, se observaron múltiples imágenes de adenopatías de baja ecogenicidad de aspecto metastásicas, la mayor de ellas de 12 mm.

Ultrasonido abdominal: páncreas atrófico, hígado con ligero aumento de la ecogenicidad, textura granular fina, no hepatomegalia, a nivel del segmento III, imagen ecogénica de bordes bien definidos de 12 x 12 mm, que impresiona ser un hemangioma, resto normal.

Rayo de X de tórax: no lesiones pleuroparenquimatosas.

TAC de pulmón ([fig.4](#)): lesión tumoral hipodensa, no homogénea con microcalcificaciones a nivel hilar derecho, con crecimiento hacia la luz del bronquio tronco, contorno espiralados con tractos infiltrativos hacia el parénquima vecino, engrosamiento irregular de la pleura en región basal posterior derecho, también de etiología infiltrativa, presencia de adenopatías mediastinales.



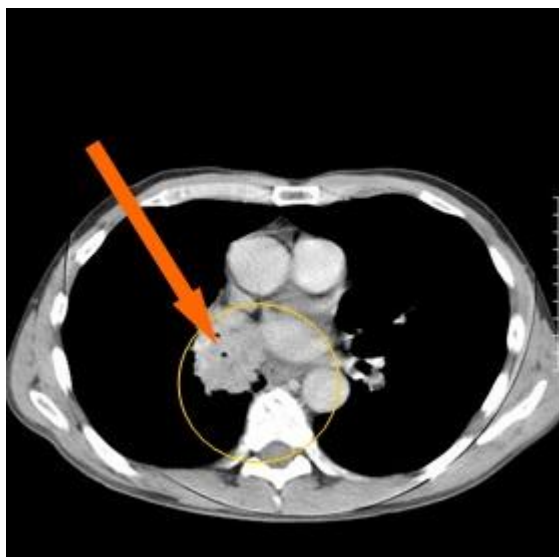
**Fig. 1.** Adenopatías ulceradas



**Fig. 2.** Circulación colateral



**Fig. 3.** Adenopatía cervical



**Fig. 4.** Imagen de TAC de pulmón donde se observa la tumoración

## **DISCUSIÓN**

Las enfermedades malignas ocupan la atención de gran número de investigadores a nivel mundial, Cuba no está ajena a este fenómeno. El cáncer constituye en el mundo desarrollado una de las primeras causas de muerte y en Cuba las estadísticas se comportan de manera similar al resto de los países<sup>10</sup>.

El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer en hombres y mujeres, la enfermedad predomina en los ancianos y la incidencia aumenta con la edad. El riesgo de la enfermedad guarda relación con el número total de años de tabaquismo durante los cuales el fumador ha estado expuesto a carcinógenos y sustancias favorecedoras, además aumenta el riesgo debido a la disminución de la capacidad para reparar el ADN celular relacionado con la edad. Desde la exposición inicial al humo de los cigarrillos hasta la presentación clínica, es probable que la enfermedad tenga una historia natural de 15 a 20 años.

Los cuatro tipos histológicos principales de cáncer de pulmón son, el carcinoma escamocelular, el adenocarcinoma, el macrocítico y el microcítico. Es frecuente la coexistencia de dos a más patrones histológicos. Los síntomas y signos que suelen acompañar al crecimiento local y regional del tumor están dados por tos, disnea, dolor torácico, ronquera, derrame pleural, entre otros<sup>10</sup>.

Se presentó en este paciente de forma atípica la neoplasia de pulmón ya que no se recogieron signos y síntomas locales y regionales que orientaran a su diagnóstico. El caso que se presentó de forma atípica con complicaciones no propias de la evolución de esta enfermedad, pudo arribarse a

un diagnóstico erróneo, ya que en el estudio simple de tórax no se visualiza ninguna lesión tumoral. Incluso el paciente no presentó manifestaciones respiratorias u otros datos positivos al examen físico que orientaran a un posible diagnóstico del sistema respiratorio. Fue necesario entonces insistir en la discusión colectiva y proseguir la pesquisa, decidiéndose realizar una TAC del pulmón que pone finalmente en evidencia la presencia de esta lesión.

Es importante realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad, para ello la atención primaria ocupa un importante lugar siempre y cuando se realicen los exámenes físicos y chequeos profilácticos para los grupos de riesgo (mayores de 40 años, fumadores y etílicos crónicos) y un análisis más exhaustivo para los mayores de 60 años con esta condición.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico Cuba 2011. La Habana: Ciencias Médicas; 2012.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. La Habana: MINSAP; 2007.
3. Min Yuan J, Mimi C, Ronald K. Risk factors for breast cancer in Chinese women. *Cancer research*. 2000[citado 5 jun 2011]; 108(7). Disponible en: <http://cancerres.aacrjournals.org/content/48/7/1949.full.pdf>
4. Monteagudo Canto A, Salazar Cueto CE, Santana Téllez T. Parámetros clínicos y psicosociales para definir el tratamiento onco-específico del anciano con cáncer de pulmón. *AMC*. 2009 [citado 5 jun 2011]; 13(6): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552009000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000600004&lng=es)
5. Joseph F, Faumeri JR. Epidemiología del Cáncer. En: Devita V, Hellman S, Rosemberg S. *Cáncer. Principios y prácticas de Oncología*. 6ta ed. Philadelphia: Editorial Lippincot Williams and Wilkins; 2001.p.219.
6. Borrego Dias L, Gonzalez Sapsim K, Borrego Pino L, Dovalés Borjas B, Gonzalez Sapsim K. Diagnóstico tardío del cáncer en adultos mayores. *CCM*. 2008 [citado 12 ene 2012]; 12(5). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no125/n125ori5.htm>

7. Cruz González P, Carballo Espinosa RR, Valdivia Domínguez A, Massip Nicot J, García Higuera LR. Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 5 ene 2011]; 27(1): 83-90. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100009&lng=es)
  
8. Ortiz P, Martínez J. Neoplasias Malignas: Caracterización. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997 [citado 12 ene 2012]; 13(1): 28-33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  
9. Borrego Pino L. Diagnóstico tardío del cáncer en el adulto. (Tesis). Holguín: Hospital Vladimir Ilich Lenin, 2007.
  
10. Fuentes Rodríguez A. Paciente con adenocarcinoma de bulbo duodenal con metástasis pulmonar y suprarrenal. CCM. 2013 [citado 12 ene 2012]; 17 (3): 2-5 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1560-4381&lng=es&nrm=is](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=1560-4381&lng=es&nrm=is)

Recibido: 23 de abril de 2013

Aprobado: 5 de diciembre de 2013

Dra. *Maria Teresa Hidalgo Rodríguez*. Hospital Clínico Quirúrgico. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: [thidalgo@hpuh.hlg.sld.cu](mailto:thidalgo@hpuh.hlg.sld.cu)