

PRESENTACION DE CASO**Aparición simultánea de dos neoplasias malignas en una mujer de 25 años. Presentación de un caso.****Simultaneous appearance of two malignant neoplasias in a 25 year-old woman. A case presentation.**

Dra. Miryam M. González González del Pino¹, Dra. Mayrim Hernández González².

¹Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. ²Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

RESUMEN

El cáncer de pulmón y el cérvico-uterino inciden de manera independiente en la mujer a nivel mundial y ambos son frecuentes en ellas, sin embargo estas neoplasias casi nunca se presentan asociadas. En la literatura revisada no hemos encontrado recogida dicha asociación, con un carácter primario. Por tal motivo presentamos el caso de una mujer de 25 años, a la que se le diagnosticó ambas enfermedades.

Palabras clave: neoplasmas pulmonares; neoplasmas del cuello uterino; neoplasmas primarios secundarios

ABSTRACT

Lung cancer and cervix uterine cancer appear in an independent way in women worldwide and both are frequently on them. However, these neoplasias are rarely presented in association. In the medical reviewed literature this association with a primary character has not been found. Thus, a 25 year-old woman who was diagnosed with both diseases is the case we would like to present to you.

Key Words: lung neoplasms; cervix neoplasms; neoplasms, second primary

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años la tasa global de muertes por cáncer en mujeres ha disminuido, todo lo contrario de lo que ha ocurrido en varones⁽¹⁻³⁾. La mejoría registrada en cuanto a las mujeres se debe a la disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de útero, estómago e hígado, y en especial por carcinoma cérvico-uterino,

una de las neoplasias más frecuentes en la mujer⁽¹⁻⁵⁾. Es probable que la mortalidad por esta entidad haya descendido debido al diagnóstico precoz y al mayor número de curaciones logradas gracias a los estudios de citología cérvico-vaginal (Test de Papanicolau).⁽⁶⁻⁹⁾

De la misma forma es alarmante el llamativo aumento de las muertes por carcinoma de pulmón en uno y otro sexo, y aunque la mortalidad por este cáncer, considerado como enemigo público número uno de la población, ha comenzado a disminuir en varones, en la mujer la pendiente de la curva ha experimentado un franco ascenso, tal vez como consecuencia del incremento del consumo de cigarrillos por estas.^(1-4,10)

El carcinoma epidermoide del cuello uterino aparece frecuentemente en mujeres jóvenes, entre la tercera y cuarta década de la vida⁽³⁻⁶⁾. Está relacionado con la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y existen factores predisponentes como el comienzo de las relaciones sexuales precoces, el cambio de pareja o promiscuidad, la sepsis vaginal mantenida, así como los antecedentes sexuales de la pareja, el hábito de fumar, entre otros.^(8,9)

El carcinoma bronquiolo-alveolar es una variedad del adenocarcinoma que muestra un patrón morfológico peculiar que no está asociado al hábito de fumar y mantiene un curso silencioso, libre de síntomas clínicos. Se observa principalmente en pacientes jóvenes y es más frecuente en el sexo femenino.⁽⁹⁻¹¹⁾

Estos dos tipos de neoplasias (cáncer de pulmón y cérvico-uterino) inciden de manera independiente en la mujer a nivel mundial y ambas son frecuentes en estas, sin embargo casi nunca se presentan asociadas. En la literatura revisada no hemos encontrado recogida la

Recibido: 13 de enero de 2008

Aprobado: 8 de febrero de 2008

Correspondencia:

Dra. Miryam M. González González del Pino.

Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

asociación de estas dos neoplasias con un carácter primario (aunque la asociación de otras sí se reportan) y mucho menos en una mujer joven, de 25 años de edad. (3-5,9-11)

Este hecho, así como la evolución tan tórpida experimentada por la paciente (alrededor de un año), es lo que nos motiva a realizar la presentación de este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de 25 años de edad, de color de piel blanca, de procedencia urbana, trabajadora y casada, que acudió a la sala de legrado del Hospital Materno de Cienfuegos para retirar dispositivo intrauterino (DIU) el cual le estaba causando sangramiento, según su propia referencia.

Durante el examen físico se detectó sangramiento vaginal y una tumoración con tejido necrótico que protuía a través del cuello uterino, de consistencia friable que sangraba con facilidad. Se le realizó legrado y se tomaron muestras para biopsia. Se decidió su ingreso.

Durante el examen físico al ingreso se constató: abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y sí a la palpación profunda en hipogastrio. Al examen con espéculo se informó tumoración sangrante con tejido de aspecto necrótico. Fue ingresada con impresión diagnóstica de aborto de mioma o neoplasia maligna del cuello uterino. Se indicó hemograma y biopsia de la tumoración.

Antecedentes personales:

Primeras relaciones sexuales: 14 años.

Partos: 1

Asma bronquial desde niña tratada con salbutamol.

Padeció de hepatitis aguda viral y dengue.

Pareja sexual estable. Antecedentes de leucorrea tratada.

Prueba citológica: Nunca realizada.

Hábitos tóxicos: no fumaba, ni ingería bebidas alcohólicas.

Como antecedentes patológicos familiares se recogió:

Padre con hipertensión arterial, diabetes y cardiopatía isquémica.

Madre con antecedentes de salud.

En sala se recibió a la paciente sin otras manifestaciones que las de continuar con sangramiento vaginal, algo más claro que el de la menstruación y que en ocasiones se acompañaba de decaimiento y fatiga.

Exámenes complementarios:

Hb: 11,8 g/L

Hto.: 0,38 f/v

Eritrosedimentación: 120 mm/h

Al tercer día del ingreso la paciente refirió aumento de sangramiento vaginal al caminar, con dolor en bajo vientre que se irradiaba a la pierna izquierda y además refirió dolor punzante al final de cada micción.

La paciente continuó igual clínicamente y a los 6 días de realizada la biopsia se recibió el siguiente resultado: Carcinoma epidermoide pobremente diferenciado con gran anaplasia que toma todas las muestras analizadas. (Figura 1)

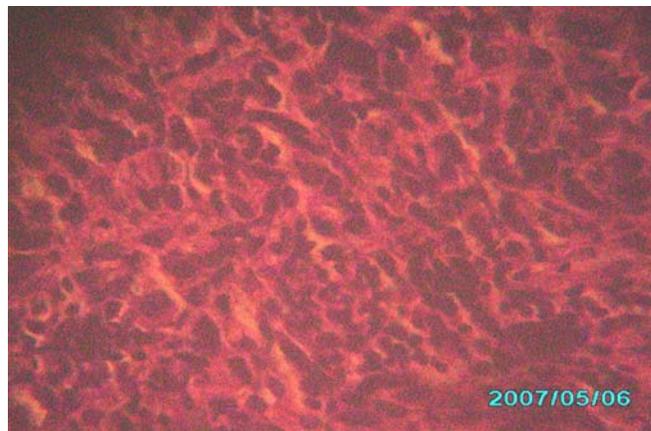


Figura No. 1. Aspecto histológico del carcinoma epidermoide del cuello uterino pobremente diferenciado

La paciente fue estudiada y luego de realizársele los exámenes pertinentes, remitida a Santa Clara, donde fue atendida en la consulta de Oncología. Comenzó con el tratamiento de radioterapia y quimioterapia (Blebastina), por un periodo de 40 sesiones externas y tres radiaciones internas. El sangramiento cesó a partir de la tercera sesión.

Al finalizar el tratamiento indicado, se le realizaron diversos exámenes radiográficos y de sangre, los cuales arrojaron resultados negativos por lo que la paciente fue dada de alta en la consulta de Oncología.

Alrededor de dos meses después, la paciente comenzó a quejarse de disnea en ocasiones. Pensaba que era producto de su asma bronquial de base para lo cual fue tratada, sin obtener mejoría clínica. Posteriormente presentó, paulatinamente, pérdida de peso y astenia marcada.

Acudió al cuerpo de guardia del Hospital provincial de Cienfuegos, porque desde hacía 15 días antes presentaba tos seca y molesta, acompañada de fiebre de 38 – 39 °C y dolor en la base del pulmón izquierdo que se irradiaba a la porción lateral de la mama el mismo lado, así como disnea moderada.

Al examen físico se detectó ligero tinte icterico en la esclerótica así como palpación dolorosa en la región lateral de la mama izquierda que se irradiaba al brazo del mismo lado. Además de esto se detectó un murmullo

vesicular disminuido de manera global, vibraciones vocales disminuidas y aumento de la sonoridad pulmonar. Se le realizó fluoroscopia y se decidió su ingreso en la sala de Medicina Interna con diagnóstico de neumonía atípica primaria y con el objetivo de descartar una tuberculosis.

Se le realizó rayos X de tórax, en el que se observó una opacidad no bien definida en el lóbulo superior derecho asociado a un derrame pleural marcado de ese mismo pulmón y en la base del pulmón izquierdo.

Mediante una pleurotomía mínima se le extrajo un líquido de aspecto sanguinolento. El diagnóstico bacteriológico fue negativo. El estudio citológico produjo un resultado negativo para células neoplásicas.

Al tercer día de evolución en sala continuó con igual sintomatología, presentando disnea en horas de la madrugada, intensa y acompañada de tos, lo que hizo necesaria la administración de aminofilina endovenosa. Al examen físico en esta ocasión se auscultaron algunos sibilantes desimanados en campo pulmonar izquierdo, frecuencia respiratoria de 24 repeticiones por minutos. Ese mismo día se recibieron los resultados de los exámenes complementarios realizados:

Lamina periférica que solo informó eosinofilia.

Hto.: 0,36 f/v.

Eritrosedimentación 110 mm/h.

Segmentados: $0,74 \times 10^9$ /L.

La paciente continuó evolucionando desfavorablemente, hasta que al séptimo día de ingresada fue realizada una interconsulta con el Servicio de Oncología del hospital. Se le repitió el rayos X de tórax, en el cual se observó una desviación de la tráquea hacia la derecha, imagen nodular de contornos algo irregulares sobre la base del pulmón izquierdo, opacidad del ángulo costofrénico izquierdo en relación con derrame pleural de ese lado. En región supra e infraclavicular del lado izquierdo se

observaron dos imágenes nodulares de baja densidad radiológica.

El cuadro radiológico se interpretó como un proceso metastático pulmonar y lesiones inflamatorias asociadas en la base pulmonar izquierda. Índice cardiotorácico normal.

Por dicho motivo se realizó una rediscusión diagnóstica, interpretándose ahora como una metástasis pulmonar a causa de un carcinoma epidermoide cérvico-uterino, tratando de seguir un pensamiento unicista y dada la infrecuencia del desarrollo de dos neoplasias primarias en un mismo paciente tan joven.

Al octavo día se comenzó tratamiento con sulfraprin ya que la paciente había utilizado previamente eritromicina, el cuadro no había mejorado y la paciente era alérgica a la penicilina.

Así continuó evolucionando sin observarse mejoría clínica ni radiológica. Se valoró con Oncología y se decidió su egreso y seguimiento por consulta, al tratarse de una paciente en estadio terminal de su enfermedad.

En este periodo se intensificó la disnea, ya la paciente no toleraba el decúbito, se incrementó además el dolor que solo se aliviaba parcialmente con morfina, así como anorexia, la astenia, y la pérdida de peso que la llevó a un estado caquético y a un desenlace fatal, al año de su primer ingreso.

Su médico de familia solicitó estudio necrópsico, que arrojó la siguiente conclusión anatomo - patológica:

La paciente falleció como consecuencia de un carcinoma bronquiolo - alveolar bien diferenciado del lóbulo superior del pulmón derecho con áreas de necrosis tumoral, que infiltró al bronquio principal derecho y tomó casi todo el parénquima pulmonar con infiltración en pleura, metástasis en el pulmón izquierdo. Derrame pleural bilateral. Bronconeumonía. Insuficiencia respiratoria aguda. (Figuras 2 y 3)

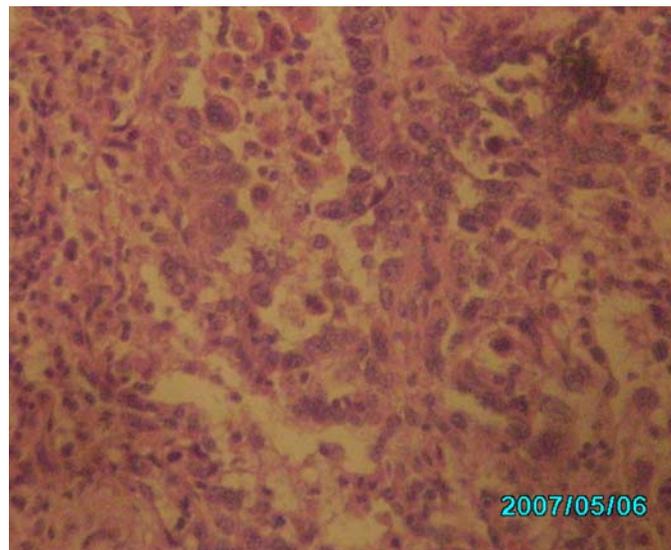
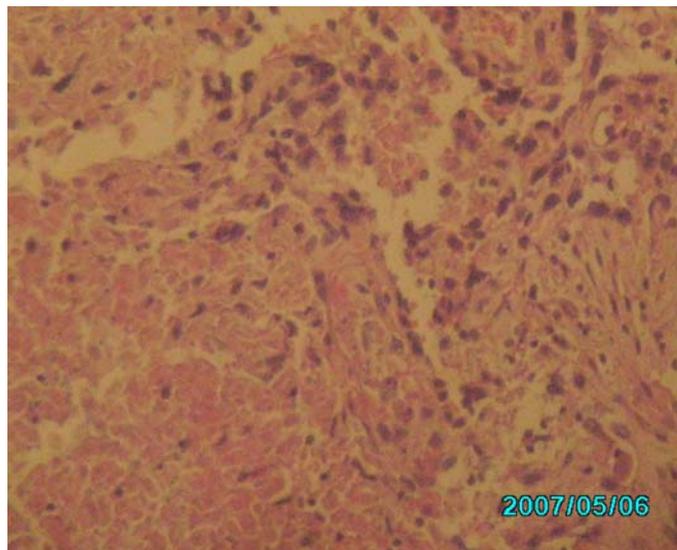


Figura No.2 y 3. Aspecto histológico del carcinoma bronquiolo alveolar (papilar)

En el estudio del útero, el cuello no mostraba lesión maligna residual después del tratamiento de radioterapia y quimioterapia. (Figura 4)

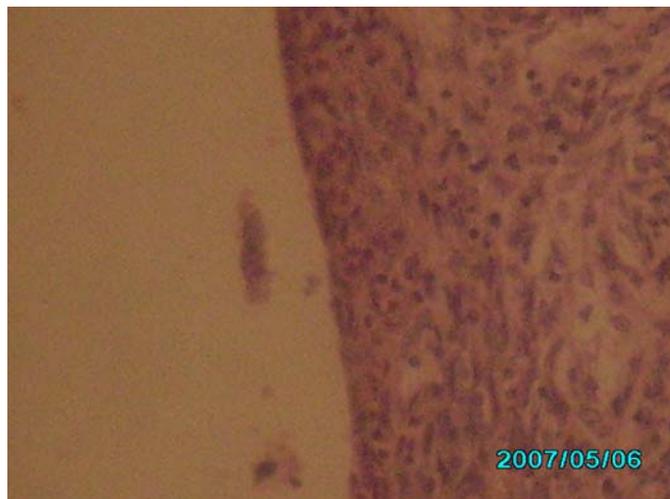


Figura No. 4. Aspecto histológico de un corte del cuello uterino en el que no se observa epitelio endocervical

DISCUSIÓN

A través del estudio anatomo- patológico se pudo concluir que la paciente fue curada del carcinoma

epidermoide del cuello uterino después del tratamiento con radioterapia y quimioterapia. La causa directa de la muerte fue una neoplasia primitiva de pulmón, carcinoma bronquiolo-alveolar, el cual se desarrolló simultáneamente con la neoplasia maligna cérvico – uterina, que se detectó primero por lo síntomas que aparecieron en la paciente. El carcinoma epidermoide del cuello uterino presentaba marcada anaplasia y fue sensible a la radioterapia.

En esta paciente, tenemos como antecedentes personales llamativos el comienzo temprano de las relaciones sexuales y el cambio de pareja, aunque no se cataloga como promiscua, y la sepsis vaginal mantenida. Según el Programa Nacional de Prevención y Diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino⁽⁴⁾, no tenía edad para realizarse la prueba citológica, pero de haber acudido al médico para el tratamiento de la sepsis vaginal, pudo haber sido detectada cualquier alteración del cuello uterino y tratada a tiempo.

El carcinoma bronquiolo-alveolar causó sintomatología tardía por su crecimiento lento y enmascarado por la enfermedad de base de la paciente, el asma bronquial, hasta que ocupó gran parte del parénquima pulmonar y bronquio principal causando así la disnea que se fue intensificando y el dolor torácico. Falleció en un estado de extrema caquexia, disnea y el dolor torácico que no se aliviaba con medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6^{ta} ed. Madrid: Mc Gray-Hill, Interamericana; 2000.p.797-804.
2. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6^{ta} ed. Madrid: McGray-Hill, Interamericana;2000.p.1079 -1136.
3. Lorenzo P, Luaces Álvarez P, Galán Álvarez Y, Abascal ME. Técnicas estadísticas multivariadas en la investigación epidemiológica. Ejemplo de prevalencia de factores de riesgo de cáncer en Cuba. Rev Cub de Oncología [serie en Internet]. 1995 [citado: 12 diciembre de 2006]; 11(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11_1_95/onc12195.htm
4. Cabezas Cruz E, Camacho Canino T, Santana Martínez A, Borrajero Martínez I, Aguilar Vela de Oro F, Romero Pérez T, et al. Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;2001.
5. Cabrera Fernández M, Preval Pérez M, Tamayo Barthelemy R, Hernández Gil M. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino ingresadas en un servicio de radioterapia. Rev Cubana Enferm[serie en Internet]. 2005 [citado:2 mayo de 2007] ;22(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxis.lind.exe/iah/online/?&IscisScript=iah%2Fiah.xis&nextAction=lnk&lang=e&base=LILACS&exprSearch=cancer+and+cervico+and+uterino>
6. Torrejón R. Factores de riesgo de cáncer uterino. Estrategias de Prevención. Salud Total de la Mujer. 2002; 4(1):23-31
7. Went P, Vasei M, Bubendorf L, Terracciano L, Tornillo L, Riede U, et al. Frequent high-level expresión of the immunotherapeutic target Ep-CAM in colon, stomach, prostate and lung cancers. Institute of Pathology, University Hospital Basel, Switzerland. Br J Cancer. 2006;94(1):128-35.
8. Herrera Villalobo C, Rodríguez Vázquez JC, Gassiot Nuño C, et al. Influencia de la demora en el diagnóstico y el tratamiento en la supervivencia de pacientes con cáncer pulmonar. Rev Cubana Med [serie en Internet]. 2007 [citada: 12 diciembre de 2007];46(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/>

9. Pino Alfonso PP, Gassiot Nuño C, Rodríguez Vázquez J. Tumor mucoepidermoide bronquial: Presentación de un caso. Rev Cubana Med. 2000; 36(1): 72-4.
10. Camacho Rodríguez R. El problema cáncer en Cuba. Una estrategia científica de abordaje. La Habana: MINSAP, 2001
11. Mendoza del Pino M. La oncología en la Atención Primaria de Salud. Ciudad de La Habana: Editora Política; 2006.