

Casos Clínicos

Metástasis ováricas de carcinoma de células pequeñas de pulmón

Beatriz Rojas P.¹, Belén Carazo H.², Aldonza Ania L.³, Lorena Guardia D.¹,
Teresa Arribas M.¹, Jesús Florián G.⁴, Rosa Oncins T.⁵

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Barbastro. ²Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital de Barbastro. ⁴Unidad de Oncología Médica, Hospital de Barbastro. ⁵Unidad de Anatomía Patológica, Hospital de Barbastro. Huesca, España.

RESUMEN

La incidencia de cáncer de pulmón sigue aumentando, sobre todo en las mujeres y, aunque las metástasis en ovario son raras, hay que tenerla en cuenta en el estudio de extensión y seguimiento del mismo, porque en la mayoría de los casos en el momento del diagnóstico se verifica diseminación a distancia. Presentamos el caso de una paciente de 29 años en la que se planteó duda diagnóstica inicialmente entre tumor ovárico maligno con metástasis pulmonares versus linfoma, llegándose al diagnóstico final de carcinoma de células pequeñas tipo oat-cell de pulmón con metástasis ováricas.

PALABRAS CLAVE: *Cáncer de pulmón, células pequeñas, metástasis ováricas*

SUMMARY

The incidence of lung cancer is increasing, especially in women, and although metastasis in the ovary is uncommon it should be taken into account in the extension study and monitoring of the same because distant spread is verified in most cases at the time of diagnosis. We report the case of a 29-year-old patient which diagnostic doubt arose initially from malignant ovarian tumor with lung metastases or lymphoma, and she came to the final diagnosis of small cell carcinoma oat-cell type of lung with ovarian metastases.

KEY WORDS: *Lung cancer, oat-cell, ovarian metastases*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón sigue siendo la principal causa de muerte por enfermedad oncológica en los países desarrollados y el segundo cáncer más común que afecta tanto a hombres como mujeres (1). El carcinoma de células pequeñas supone un 10-15% de todos los cánceres de pulmón (1). Las manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen habitualmente en fase tardía y con metástasis a distancia, excluyendo en la mayoría de los casos la posibilidad de curación. Aunque la diseminación pueda ocurrir a cualquier localización, los órganos

más frecuentemente afectados son cadenas ganglionares, pleura, hueso, hígado, glándulas suprarrenales y cerebro. Los tumores ováricos metastásicos son raros, estimándose su incidencia en un 6-22%, la mayoría de los mismos de origen gastrointestinal (2). Las metástasis ováricas de un cáncer de pulmón representan un 2-4% del total de masas ováricas metastásicas (2). El carcinoma de células pequeñas de pulmón metastatiza en ovario con más frecuencia que otros subtipos, hasta un 40% de las metástasis ováricas de un tumor primario de pulmón corresponden a un oat-cell (3). Presentamos el caso de una paciente de 29 años, no fumadora,

en que las metástasis ováricas se diagnosticaron antes que el cáncer de pulmón primario.

Caso clínico

Paciente de 29 años, no fumadora y sin antecedentes patológicos de interés, de origen marroquí, residente en España desde hace 11 años. Dos embarazos con partos eutócicos, el último en 2008. Última revisión ginecológica con ecografía vaginal normal en octubre de 2010, desde entonces en tratamiento con anticoncepción hormonal oral con buena tolerancia y menstruaciones regulares.

Ingresa de urgencia a cargo del servicio de Medicina Interna por astenia, anorexia y tos no productiva de meses de evolución, que no cedía con antitusivos ni antiinflamatorios, y ocasionalmente con fiebre. A la exploración se objetiva adenopatía de 1 cm supraclavicular izquierda y otra axilar derecha, normoventilación a la auscultación pulmonar. La analítica general es normal y los marcadores tumorales (CA125, CA15.3, CA19.9 y CEA) negativos. La radiografía de tórax es normal.

Se solicita TAC toraco-abdomino-pélvico que informa de masa heterogénea en región parahiliar superior izquierda que condiciona estenosis de la rama superior de la arteria pulmonar y obliteración de ramas lobar y segmentarias de lóbulo superior, lesión lítica en quinta costilla izquierda y en L4, lesiones focales hepáticas sólidas (Figura 1).

En pelvis se identifica útero con hiperrealce heterogéneo inespecífico en región fúndica, en un área de morfología nodular de 4 cm, y formaciones sugestivas de nódulos y masas en región pélvica, las de mayor tamaño de densidad heterogénea de 52 x 48 mm en la zona antero lateral derecha, altamente sospechosas de implantes, sin poder visualizarse ovarios. Pequeña cantidad de líquido peritoneal en región pélvica.

Con la sospecha de masas pélvicas piden colaboración a Ginecología. La paciente no presenta dolor abdominal, dismenorrea, dispareunia o ningún otro síntoma ginecológico. A la exploración se objetivan genitales externos normales, vagina limpia, cuello de múltipara, útero en anteflexión normal, móvil y no doloroso, sensación de masa en anejo derecho de aproximadamente 6 cm, indurada, móvil, no dolorosa. El anejo izquierdo no se delimita con claridad.

Se realiza ecografía vaginal y abdominal que informa de útero en anteflexión normal de 67 x 35 mm, con endometrio proliferativo de 4,7 mm. Tumoración sólida, irregular, de 71 x 45 mm en anejo derecho, contigua a fondo uterino pero claramente diferenciada de él por una fina lámina de líquido libre y a la palpación manual vía abdominal y con la sonda vía vaginal. En anejo izquierdo otra masa de similares características pero con componente sólido-líquido, en conjunto de aproximadamente 55 x 37 mm. Al aplicar el Doppler color se constata en ambas masas abundante vascularización periférica y central, y

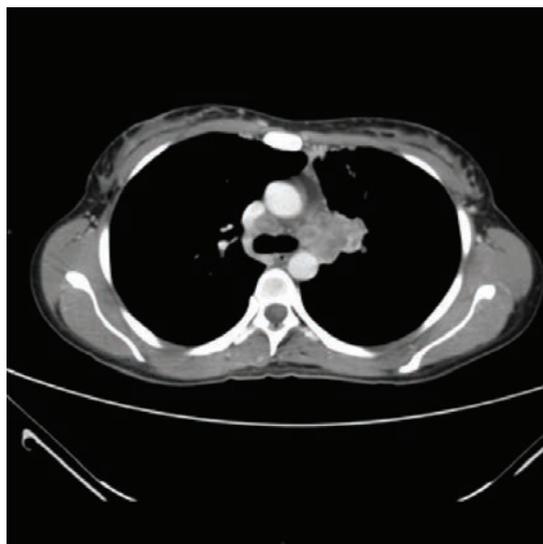


Figura 1. TAC torácico. Masa pulmonar en región parahiliar izquierda.

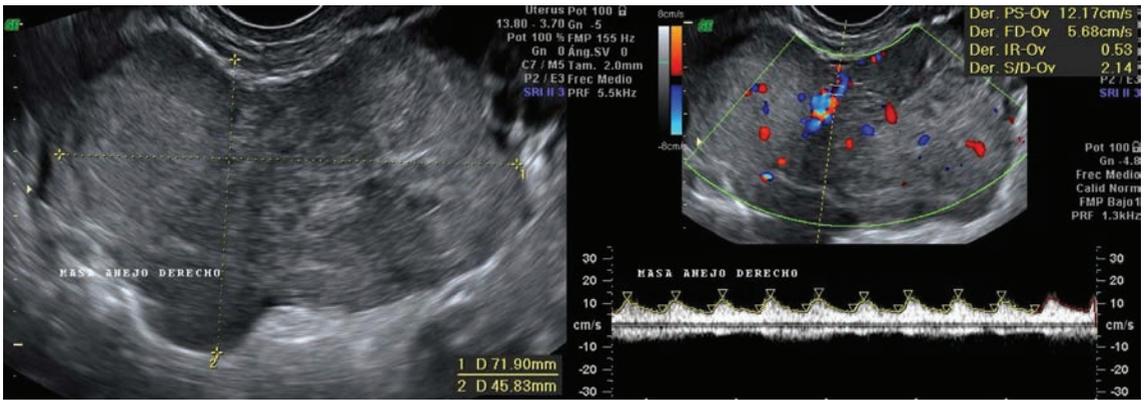
ondas de velocidad de flujo de baja resistencia, por todo ello con alta sospecha de malignidad. Mínima cantidad de líquido libre en Douglas (Figuras 2-5).

Ante la sospecha de tumor de Krukenberg de posible origen gástrico se realiza gastroscopia que resulta normal, y broncoscopia para intentar llegar al diagnóstico sin tener que realizar laparotomía exploradora. La broncoscopia informa de carcinoma de pulmón de células pequeñas tipo oat-cell (Figura 6).

Se comenta el caso con el servicio de Oncología y se decide quimioterapia sin necesidad de biopsiar la tumoración ovárica bilateral, asumiéndola como metástasis ovárica de un tumor pulmonar primario. Se inicia tratamiento con quimioterapia (cisplatino-topotecan como primera línea, seguido de cisplatino-etopóxido, 5 ciclos). A los 6 meses del diagnóstico se trata con radioterapia holocraneal y quimioterapia con taxol semanal por metástasis cerebrales (Figura 7). Dado el empeoramiento rápido del proceso, la paciente decide trasladarse a su país de origen para tratamiento paliativo, perdiendo el seguimiento 10 meses tras el diagnóstico, con metástasis hepáticas, cerebrales, óseas, ováricas y peritoneales en el último control.

DISCUSIÓN

Sólo un 10-20% de los cánceres descubiertos en los ovarios son metastásicos de origen no genital (4), siendo los más frecuentes mama, tracto gastrointestinal y colon (5,6). Habitualmente son bilaterales (7), aparentan una tumoración difusa ovárica, a veces sólida, de apariencia fibrosa. La diferenciación entre lesión primaria o metastásica es fundamental, pues implica diferente tratamiento y pronóstico (8). Así en nuestro caso, lo primero que



Figuras 2 y 3. Masa sólida anexial derecha con moderada vascularización.



Figuras 4 y 5. Masa anexial izquierda de similares características.

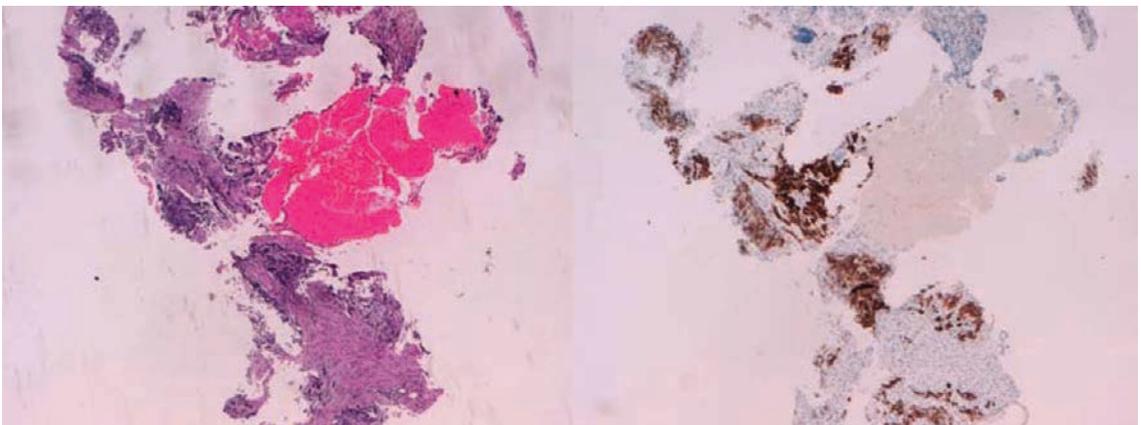


Figura 6. Tinción hematoxilina-eosina. Tinción sinaptofisina (+).

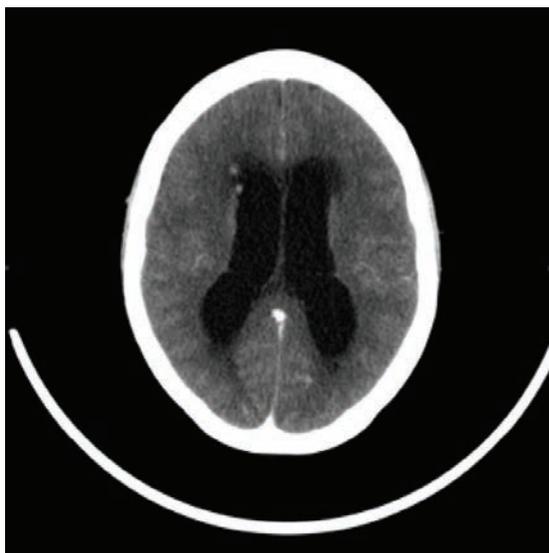


Figura 7. TAC cerebral. Metástasis subependimarias.

nos llamó la atención fue la biteralidad y esto, junto con las características de las masas (sólidas) y el aumento de la vascularización con el Doppler color, nos hizo pensar en tumor metastásico, a pesar de la juventud de la paciente.

El carcinoma pulmonar es una causa rara de metástasis ováricas, siendo responsable de apenas el 0,4% de los casos (9,10). De hecho, en una revisión de la bibliografía sólo hemos encontrado menos de 50 casos y en la mayoría de las series de metástasis ováricas, no aparecen casos de tumor pulmonar primario. En la serie más amplia (3), sobre 32 casos de metástasis ovárica de cáncer de pulmón, el 44% eran tumores de células pequeñas, de este modo, este subtipo de tumor parece tener más riesgo de asentar en el ovario que otros subtipos de carcinomas pulmonares (2).

Aunque la mayoría de los casos publicados en la literatura, la neoplasia pulmonar es diagnóstica en primer lugar y la metastatización anexial suele ser al cabo de un año (11), sí que es más común en las neoplasias de células pequeñas el diagnóstico simultáneo del tumor primario pulmonar y de la metastatización anexial, como ocurrió en el caso que nos ocupa (12).

El cáncer de pulmón de células pequeñas es un tumor de gran agresividad, siendo la supervivencia media al diagnóstico de 10-15% a los 5 años, a pesar de un tratamiento quimioterápico intensivo, recortándose la supervivencia media a 8 meses tras el diagnóstico de metástasis ováricas (13), lo que indica que el pronóstico de las metástasis ováricas es muy pobre.

CONCLUSION

El diagnóstico diferencial de las masas ováricas de aspecto maligno debe incluir las metástasis a pesar de su rareza, por las implicaciones pronósticas y terapéuticas que conlleva. No debemos precipitarnos a una cirugía agresiva que en muchos casos, no será curativa, sobre todo en el caso de una enfermedad metastásica diseminada. Debido a la incidencia creciente de carcinoma pulmonar en la mujer, los ovarios no deben ser excluidos de las localizaciones secundarias del mismo.

REFERENCIAS

1. Cancer Facts and Figures 2013. American Cancer Society, 2013. Disponible en: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/index>. Acceso el 29 de abril de 2013.
2. Losito N, Scaffa C, Cantile M, Botti G, Constanzo R, Manna A, *et al*. Lung cancer diagnosis on ovary mass: a case report. *J Ovarian Res* 2013;6:34.
3. Irvin JA, Young RH. Lung carcinoma metastatic to the ovary: a clinicopathologic study of 32 cases emphasizing their morphologic spectrum and problems in differential diagnosis. *Am J Surg Pathol* 2005;29:997-1006.
4. Choi HJ, Lee JH, Kang S, Seo SS, Choi JI, Lee S, Park SY. Contrast-enhanced CT for differentiation of ovarian metastasis from gastrointestinal tract cancer: stomach cancer versus colon cancer. *Am J Roentgenol* 2006;187:741-5.
5. Moore RG, Chung M, Granai CO, Gajewski W, Steinhoff M. Incidence of metastasis to the ovaries from nongenital tract primary tumors. *Gynecol Oncol* 2004;93:87-91.
6. Fujiwara K, Ohishi Y, Koike K, Sawada S, Moriya T, Kohno I. Clinical implications of metastases to the ovary. *Gynecol Oncol* 1995;59:124-8.
7. De Waal YR, Thomas CM, Oei AL, Sweep FC, Massuger LF. Secondary ovarian malignancies: frequency, origin and characteristics. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19:1160-5.
8. Yada-Hashimoto N, Yamamoto T, Kamiura S, Seino H, Oha H, *et al*. Metastatic ovarian tumors: a review of 64 cases. *Gynecol Oncol* 2003;89:314-7.
9. Khunamornpong S, Suprasert P, Chiangmai WN, Siriaunkgul S. Metastatic tumors to the ovaries: a study of 170 cases in northern Thailand. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:132-8.
10. Ketata W, Msaad S, Feki W, Toumi N, Frikha M, Makni S, Ayoub A. Ovarian metastasis from bronchial carcinoma. *Rev Mal Respir* 2011;28:101-5.
11. Young RH, Scully RE. Ovarian metastases from cancer of the lung: problems in interpretation- a report of seven cases. *Gynecol Oncol* 1985;21:337-50.
12. Mazur MT, Hsueh S, Gersell DJ. Metastases to the female genital tract. Analysis of 325 cases. *Cancer* 1984;53:1978-84.
13. Sun C, Liu X, Zhang G, Wang W. Small cell lung carcinoma metastatic to the ovary: report of two cases. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*, 2010;13:1165-8.