

CARCINOMATOSIS MENINGEA RAQUIDEA COMO MANIFESTACION INICIAL DE ADENOCARCINOMA PULMONAR

Spine's meningeal carcinomatosis as initial manifestation of lung adenocarcinoma

P. Martínez-Odrizola, J. Centeno, S. Cabeza, J.M. Uterga

Servicio de Medicina Interna.
Servicio de Neurología.
Hospital de Basurto. Bilbao.

Sr. Director: La carcinomatosis menéjica (CM) es un término que se refiere a la infiltración de las leptomeninges por células metastásicas de tumores sólidos extraneurológicos, sin que existan metástasis parenquimatosas (1). En caso de tumores hematológicos se habla de meningitis leucémica o linfomatosa. Las dos neoplasias que originan esta entidad con más frecuencia son los carcinomas de mama y de pulmón (1,4). Presentamos un caso de CM secundaria a un adenocarcinoma pulmonar, cuya forma de presentación en la clínica fue un síndrome de la cola de caballo.

Varón de 78 años de edad, con antecedentes de miocardiopatía dilatada en tratamiento con quinapril, hace dos años resección transuretral de carcinoma vesical y fumador de 20 cigarrillos al día, que ingresó por cuadro de unos 40 días de evolución consistente en pérdida progresiva de fuerza y parestesias en miembros inferiores, junto con anestesia en zona genital y anal, estreñimiento e incontinencia urinaria ocasional. En la exploración física destacaba una paraparesia flácida, con pérdida de fuerza simétrica grado 3 en miembros inferiores, hiporreflexia rotuliana y arreflexia aquilea bilateral, anestesia perineal e hipoalgesia en pierna y pie izquierdos, con sensibilidad profunda conservada, siendo totalmente normal el resto de la exploración. La analítica básica se encontraba dentro de los límites normales. En la punción lumbar se obtuvo un líquido cefalorraquídeo (LCR) claro, con escasos linfocitos (15 células/mm³), hiperproteínoorraquia (158 mg/dl), hipoglucoorraquia (26 mg/dl), ADA bajo (2 U/l), cultivos negativos y citología positiva para células malignas, compatible con carcinoma metastásico. Radiografía de tórax: masa sólida en lóbulo superior del pulmón derecho, de 4 cm de diámetro máximo. Broncoscopia: sin hallazgos patológicos. Punción-aspiración con aguja fina de masa pulmonar: citología tumoral positiva,

sugestiva de corresponder a un adenocarcinoma. Resonancia magnética (RM) de columna: afectación metastásica de los cuerpos vertebrales D6, D7, D8 y D10, sin que se observaran signos de compromiso medular. Tras la introducción de gadolinio no había evidencia de realces patológicos. Electromiografía: signos de lesión neurológica aguda en los músculos tibial anterior, peroneo lateral largo, extensor del primer dedo y gemelo interno de ambos lados, hallazgos compatibles con afectación de las raíces L5 y S1 (síndrome de cola de caballo). Se realizó el diagnóstico de CM del raquis secundaria a adenocarcinoma pulmonar, siendo trasladado el paciente a una unidad de cuidados paliativos para tratamiento sintomático. La evolución fue desfavorable, presentando incremento en el grado de la paraparesia y aumento de los trastornos esfinterianos, precisando sondaje vesical permanente y falleciendo al cabo de 6 semanas. No se practicó necropsia.

Aunque la incidencia de la CM ha aumentado en los últimos años, sigue siendo una entidad relativamente poco frecuente. En estudios de autopsia la CM pura aparece en cerca del 1% de los tumores sólidos (5), sin embargo, en estudios clínicos esta frecuencia es mucho menor. Una serie española (4) que estudia los casos de CM diagnosticados en un período de 10 años en su hospital, encontró una frecuencia de 0,24% para todos los tumores sólidos, de 1,19% para el carcinoma pulmonar microcítico y de 0,54% para el de mama. Los tumores que producen una CM con más frecuencia son el de mama y el de pulmón, seguidos a mucha distancia del melanoma y de los tumores del tracto urinario (1-3). El tipo histológico de cáncer broncopulmonar que origina con mayor frecuencia una CM es el carcinoma microcítico (4,6), siendo mucho menos frecuente el adenocarcinoma (4,7).

Las manifestaciones clínicas se deben a aumento de la presión intracraneal (cefalea, vómitos, edema de papila), afectación cerebral (alteraciones mentales, confusión, agitación, estupor), irritación menéjica (rigidez de nuca, raquialgia) o afectación de pares craneales y raíces nerviosas (1-4). La CM puede ser la forma de presentación del cáncer o aparecer como complicación tardía. En la serie antes citada, la CM fue el inicio del cáncer en 3 casos (10%) y el máximo período de tiempo entre el diagnóstico del cáncer y el inicio de la sintomatología neurológica fue de 112 meses, con una mediana de 7 meses. La manifestación clínica de inicio más frecuente es la cefalea, seguido de síndrome confusional, crisis convulsivas, parálisis del VI par craneal, radiculalgia y signos menéjicos (1,4). En la revisión de la literatura realizada, no hemos podido encontrar ningún

caso de CM cuya manifestación inicial fuera un síndrome de la cola de caballo.

La técnica de imagen más útil para el diagnóstico de CM es la RM con contraste (gadolinio), que puede mostrar la infiltración de las meninges a nivel craneal o raquídeo (8). Sin embargo, el test diagnóstico más importante es el estudio del LCR, que presenta en la mayoría de los casos una presión elevada, aspecto claro, hiperproteínoorraquia, hipoglucoorraquia y pleocitosis moderada a expensas de linfocitos (4,7). El diagnóstico de certeza de CM se hace mediante citología del LCR, aunque ésta puede ser negativa en un primer examen. La repetición del estudio está indicada ante un cuadro compatible y una primera punción lumbar anormal, aunque sin células malignas (1,4). El pronóstico de esta enfermedad es muy malo, siendo la supervivencia media en pacientes no tratados en alguna de las series publicadas de sólo 2 semanas (4). El tratamiento más empleado es la administración de metotrexato intratecal, con el que se puede conseguir una mediana de supervivencia de 5,8 meses (rango: 1-29) (1).

Referencias bibliográficas

1. Wasserstrom WR, Glass JP, Posner JB. Diagnosis and treatment of leptomeningeal metastases from solid tumors: experience with 90 patients. *Cancer* 1982; 49: 759-772.
2. Theodore WH, Gendelman S. Meningeal carcinomatosis. *Arch Neurol* 1981; 38: 696-699.
3. Strady C, Ricciarelli A, Nasca S, Liautaud-Roger F, Coninx P. Carcinomatous meningitis and solid tumours. *Oncol Rep* 2000; 7: 203-207.
4. Pérez de Colosía V, Tuñón A, Peláez I, Caminal L, Astudillo A, Lahoz CH. Carcinomatosis menéjica. Revisión de 30 casos. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 530-534.
5. González Vitale JC, García Buñuel R. Meningeal carcinomatosis. *Cancer* 1976; 37: 2906-2911.
6. Greco FA, Fer MF. Oat-cell carcinoma of the lung with carcinomatous meningitis. *N Engl J Med* 1978; 298: 1146.
7. Mateos F, Fuertes A, Almeida J, Cuñado A, Jiménez A. Meningitis carcinomatosa como manifestación temprana de adenocarcinoma pulmonar. *Anales Med Intern (Madrid)* 1993; 10: 517.
8. Gleyze PO, Petit E, Doe A, Nguyen B, Poquet E, Colbert N. Meningeal metastases of ovarian cancer. Contribution of imaging. *Presse Med* 2000; 29: 593-595.

Correspondencia:
Dr. Pedro Martínez-Odrizola
Servicio de Medicina Interna
Hospital de Basurto
48013 Bilbao
Tel.: 944 006 000 Ext. 5252
Correo electrónico: pmodrizo@hbas.osakidetza.net
Recibido: 6/05/2002
Aceptado: 1/03/2004