



DOI: 10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.300-306

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/747>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 300-306







Carcinomatosis meníngea. A propósito de caso clínico en Hospital clínica San Francisco

Meningeal carcinomatosis. About a clinical case at Hospital Clínica San Francisco

Carcinomatose meníngea. Sobre um caso clínico no Hospital Clínica San Francisco

Mariela Belén Novillo Arévalo¹; Martín Federico García Arteaga²; Oscar Eduardo Quijije Mejía³; Jessica Marlene Gallegos Saucedo⁴

RECIBIDO: 15/09/2021 **ACEPTADO:** 05/10/2021 **PUBLICADO:** 29/11/2021

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; belennovi@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4420-9987>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; nitramgarcia13@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7779-4537>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; oscarquijijemejia@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1787-2791>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; jegallegossa@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6477-2195>

CORRESPONDENCIA

Mariela Belén Novillo Arévalo

belennovi@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La literatura indica que esta condición se presenta en cánceres que son muy avanzados y que se presentan generalmente en tumores hematológicos o en tumores sólidos, la supervivencia a una carcinomatosis meníngea es muy baja con una supervivencia máxima de 6 meses. Se presenta caso clínico de paciente femenina de 42 años de edad que acude al Hospital Clínica San Francisco, con cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por cefalea intensa, náuseas, vómitos, deterioro progresivo de la motricidad y sensibilidad, además de pérdida de masa muscular y trastorno de la deglución, es valorada por facultativo presentando deterioro del sensorio por lo que proceden a intubación endotraqueal, realizan resonancia magnética con contraste donde se evidencia hidrocefalia + limitada capacidad resolutoria. Luego de pruebas de imágenes complementarias, se observa engrosamiento de meninges por lo cual se sospecha de carcinomatosis meníngea.

Palabras clave: Meníngea, Tumores, Cefalea, Carcinomatosis, Supervivencia.

ABSTRACT

The literature indicates that this condition occurs in cancers that are very advanced and that generally appear in hematological tumors or in solid tumors; survival to meningeal carcinomatosis is very low with a maximum survival of 6 months. A clinical case of a 42-year-old female patient who attends the Hospital Clinical San Francisco is presented, with a clinical picture of 2 months of evolution characterized by intense headache, nausea, vomiting, progressive deterioration of motor skills and sensitivity, as well as loss of mass. Muscle and swallowing disorder, is assessed by a physician presenting impaired sensory sensory, so they proceed to endotracheal intubation, perform magnetic resonance imaging with contrast where hydrocephalus + limited resolution capacity is evidenced. After complementary imaging tests, a thickening of the meninges is observed, which is why meningeal carcinomatosis is suspected.

Keywords: Meningeal, Tumors, Headache, Carcinomatosis, Survival.

RESUMO

A literatura indica que essa condição ocorre em cânceres muito avançados e que geralmente aparecem em tumores hematológicos ou sólidos; a supervivência à carcinomatose meníngea é muito baixa, com supervivência máxima de 6 meses. É apresentado o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 42 anos, que frequenta o Hospital Clínica San Francisco, com quadro clínico de 2 meses de evolução caracterizado por cefaleia intensa, náuseas, vômitos, deterioração progressiva da motricidade e sensibilidade, também como perda de massa. O distúrbio muscular e de deglutição, é avaliado por médico que apresenta comprometimento sensorial sensorial, então procedem à intubação endotraqueal, realizam ressonância magnética com contraste onde evidencia-se hidrocefalia + capacidade de resolução limitada. Após exames complementares de imagem, observa-se espessamento das meninges, motivo pelo qual se suspeita de carcinomatose meníngea.

Palavras-chave: Meníngea, Tumores, Dor de cabeça, Carcinomatose, Supervivência.

Introducción

La Carcinomatosis meníngea es una complicación rara que se presenta con frecuencia en estadios avanzados del cáncer (Bastidas, Bravo, Acosta, & Linthon, 2018, pág. 47). Meningitis neoplásica, carcinomatosis meníngea, linfomatosis meníngea o meningitis leucémica son los términos empleados para describir la diseminación de un cáncer sistémico sólido o hematológico o un tumor primario del sistema nervioso central (SNC) por la piamadre, espacio subaracnoideo, líquido cefalorraquídeo (LCR) y aracnoides (Buenaño Solís, 2016, pág. 2). La carcinomatosis meníngea (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 (Martínez-Odriozola, Centeno, Cabeza, & Uterga, 2004, pág. 69).

En general, la causa más frecuente son los tumores hematológicos, fundamentalmente la leucemia linfoblástica aguda y el linfoma no Hodgkin de grado intermedio o alto. Entre los tumores sólidos, el más frecuente es el de pulmón (9-25%), el melanoma (23%) y la mama (2-5%). La presencia de este cuadro se asocia a mal pronóstico, con una supervivencia media entre tres y seis meses (Ramos-Clemente Romero, Duran Ferreras, Pérez Ramos, & Domínguez Herrera, 2010, pág. 237).

La alteración más característica es la presencia de síntomas y signos neurológicos múltiples que afectan a diferentes niveles del neuroeje. Los síntomas de presentación más comunes incluyen neuropatías craneales, radiculopatías y síntomas cerebrales generalizados como cefalea, síndrome confusional y crisis epilépticas. El diagnóstico se realiza con la demostración de células malignas en el líquido cefalorraquídeo. Este método es altamente específico pero poco sensible, pudiendo ser negativo en el 40% de los casos por lo que si la sospecha es alta es conveniente repetir la toma de mues-

tra. La resonancia magnética con gadolinio también tiene utilidad en el diagnóstico (López, Ferrer, Coves, Galán, & Gimeno, 2011, págs. 55-56).

Debido al carácter difuso de la diseminación leptomeníngea, el cuadro clínico resultante es casi siempre la combinación de síntomas multifocales: cefalea, dolor local o radicular (preferentemente en zona lumbosacra), déficit motores o sensitivos de distribución radicular, afectación de pares craneales, alteración de funciones superiores y con menor frecuencia, alteración del control de los esfínteres. La pérdida o la disminución asimétrica de algunos reflejos musculares es un signo temprano y, en ocasiones se observa la combinación de un síndrome piramidal con exaltación de algunos reflejos y signo de Babinski (por afectación parenquimatosa cerebral o medular) y disminución o pérdida de otros reflejos (por radiculopatías). En un paciente con cáncer, la presencia de náuseas persistentes, asociadas o no a vómitos, y no explicada por otras causas, sugiere una carcinomatosis leptomeníngea (Contemporánea, 2019).

El tratamiento de MC es frecuentemente incapaz de proporcionar beneficio clínico duradero para la mayoría de los pacientes. Esto se debe al alcance limitado de los agentes antineoplásicos que pueden administrarse de forma segura por vía intratecal, por extensión de la enfermedad básica y exposición tumoral previa a agentes antineoplásicos con probable selección de clones quimio resistentes y la presencia de obstrucción del flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR). A pesar de estos problemas, el tratamiento a menudo puede aliviar los síntomas con el resultado aumento de la supervivencia. Las principales modalidades terapéuticas disponible en oncología están: cirugía, quimioterapia y radioterapia, todos tienen un papel que desempeñar en el tratamiento paliativo de pacientes con CM (Martins, y otros, 2011, pág. 977).

Caso clínico

Paciente femenino de 42 años de edad, con antecedentes patológicos de cáncer de mama izquierda (radioterapia/quimioterapia), hipotiroidismo postquimio y radioterapia y covid 19 (abril 2021), no refiere antecedentes familiares, antecedentes quirúrgicos: laminectomía descompresiva y cuadrectomía de mama izquierda con vaciamiento ganglionar. Paciente que permaneció 48 horas (TMC) con cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por cefalea intensa, náuseas, vómitos, por lo que fue ingresada para estudio, fue diagnosticada de migraña por lo que fue dada de alta, posterior al alta presenta crisis convulsiva por lo que fue ingresada en otra casa de salud, donde presento deterioro progresivo de la motricidad y sensibilidad, además de pérdida de masa muscular y trastorno de la deglución, solicitan alta petición y se la llevan al domicilio donde empeora y es llevada a facultativo de origen donde es valorada presentando deterioro del sensorio por lo que proceden a intubación endotraqueal, realizan resonancia magnética con contraste donde se evidencia hidrocefalia + limitada capacidad resolutive.

1. Examen Físico

1.1. Neurológico

Despierta al llamado y estímulo doloroso con RASS menos 1 con pupilas reactivas a la luz, moviliza extremidades superiores con escala de Daniels 2/5, extremidades inferiores no moviliza

1.2. Cardiovascular

Hemodinamicamente estable sin soporte vasopresor con RSCS rítmicos no soplos no ruidos agregados con TAM 100 con FC 69 con buena perfusión periférica, buen llenado capilar

1.3. Respiratoria

Paciente con OIT con ventilación mecánica invasiva modo presión control con CSPA

ventilados murmullo vesicular conservado con parámetros en:

- PI 12
- FR 14
- PEEP 8
- FIO 45%

1.4. Digestivo

Abdomen blando depresible no doloroso con RHS presentes no catarsis no masas palpables no visceromegalias no ruidos agregados.

1.5. Renal / Metabólico

Con diuresis conservada con azoados en urea 29, crea 0.21 con medio interno en NA 145 k 3.6 cl 104.

1.6. Osteomuscular

Extremidades simétricas no edema no ulcera de presión no escara

1.7. Infecciosos

Afebril con marcadores infecciosos en PCR 285 LEU 14 IL 366 PROCAL 1.6.

2. Otros exámenes

2.1. Electroencefalograma

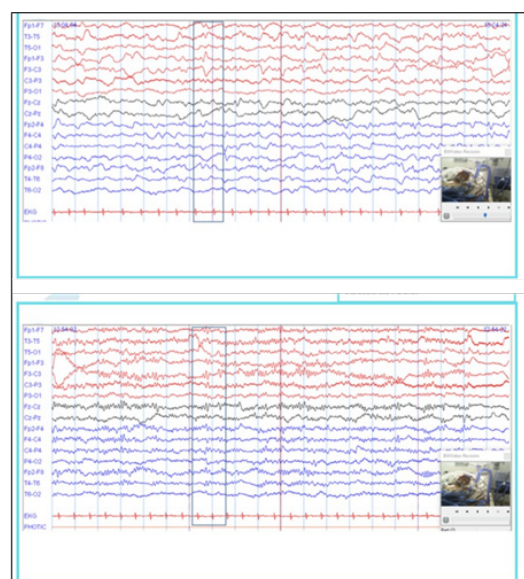


Imagen 1. Electroencefalograma

Fuente: Los Autores.

Sobre trazado electroencefalografico con identificación difusa se observa moderada actividad paroxística generalizada con aumento progresivo en frecuencia de presentación durante registro además, se observa un evento electroclinico autolimitado con aparente inicio en región fronto- centro-temporal izquierda de rápida progresión.

2.2. TAC tórax

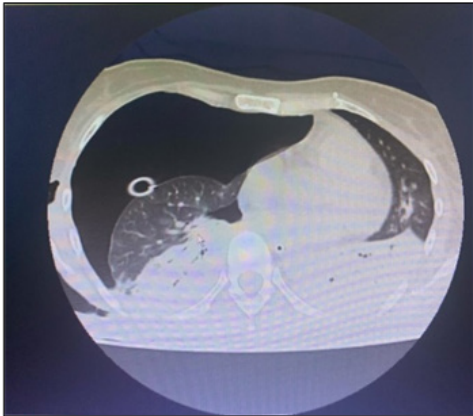


Imagen 2. TAC de tórax

Fuente: Los Autores.

- Catéter de DVP.
- Estudio limitado por artefactos de movimiento, por dificultad de paciente para contener la respiración.
- Neumotórax severo derecho. Tubo torácico que ingresa por sexto espacio intercostal derecho.
- Enfisema subcutáneo en región axilar y pectoral derecha.
- Atelectasia del lóbulo inferior derecho.
- Opacidades redondeadas con atenuación en vidrio deslustrado peribroncovasculares izquierdas.
- Tráquea central. Tubo de traqueostomía.
- Corazón de tamaño normal.
- Diámetros de aorta y arteria pulmonar principal conservados.
- Catéter venoso vía subclavia izquierda; punta en vena cava superior.

- Esófago sin signos evidentes de patología.
- No hay evidencia de adenomegalias hiliares, mediastinales o axilares.
- No derrame pleural.
- Estructuras óseas y musculares de la pared torácica no muestran datos de patología.

2.3. MRI columna cervical

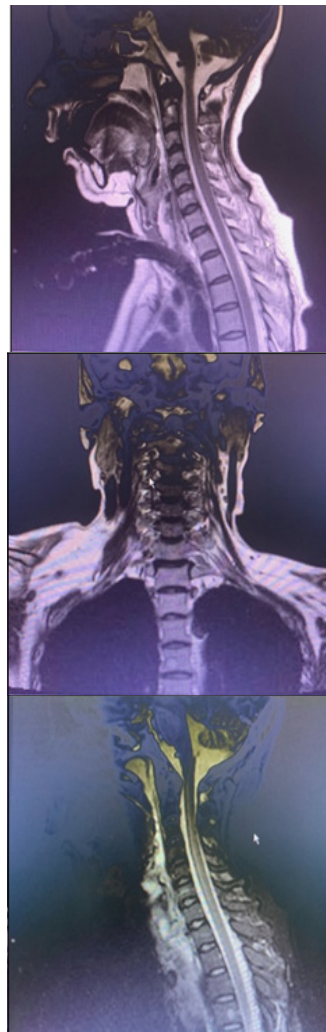


Imagen 3. MRI columna cervical

Fuente: Los Autores.

- Médula sin alteraciones en su intensidad de señal.
- Diámetro AP del canal medular y agujeros de conjunción normales.

- Complejo ligamentario anterior y posterior continuos.
- Los cuerpos vertebrales conservan su tamaño, morfología, alineación e intensidad de señal.
- Músculos paravertebrales sin alteraciones visibles.

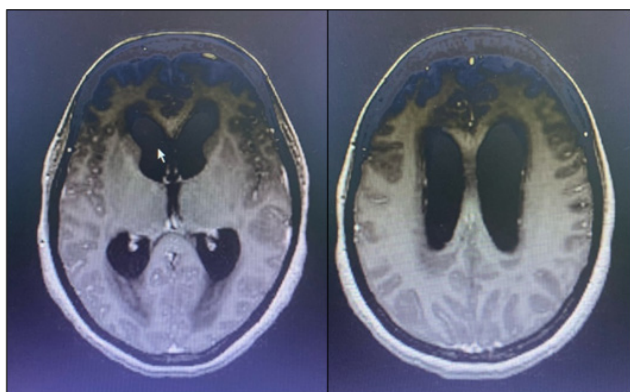


Imagen 4. TAC cráneo

Fuente: Los Autores.

- Dilatación moderada tetraventricular.
- Edema transpendimario.
- Borramiento de los surcos de la convexidad, probablemente relacionado con aumento de la presión intracraneal.
- Estructuras de la línea media no desplazada.
- Cerebelo y tronco cerebral sin alteraciones evidentes.
- Pequeña lesión lítica en calota frontal de localización paramedial izquierda; mide 9 x 4mm.

Discusión

En el presente caso de estudio, en las valoraciones iniciales del paciente, no había un diagnóstico certero de la patología que esta presentaba. Sin embargo la realización de varios estudios de imágenes, complementado con los estudios físicos realizados, abrió el camino para poder determinar el padecimiento de la paciente. Estudios que

van en sintonía con las pruebas de imágenes ampliamente descritas en la literatura, la igual que la sintomatología presentada como cefalea, náuseas y vómitos que están descritos como síntomas que se pueden presentar como consecuencia de una carcinomatosis meníngea. A su vez destaca que la paciente sufrió cáncer de mama que es uno de los desencadenantes de la carcinomatosis, aun cuando en una menor proporción (2-5%), sin embargo la misma fue sometida a una cuadrectomía de mama izquierda con vaciamiento ganglionar, como tratamiento para la erradicación del cáncer, sin embargo no queda claro si la carcinomatosis es una consecuencia del cáncer de mama o por otra condición como la hidrocefalia, por la acumulación de líquido cefalorraquídeo.

Conclusión

Paciente reportado de grave el cual se encuentra en cuidado hospitalario el cual intercorre con colocación de derivación ventriculoperitoneal con control de EEG por presentar actividad epileptogénica que no completa cuadro para status epiléptico, se trata con anticonvulsivantes en seguimiento por neurología y neurocirugía, además de cirugía pulmonar por presentar fístula bronquial de aparente origen iatrogénico poscolocación de invasivos se indica resonancia magnética (MRI) de columna, la cual se encuentra dentro de parámetros normales, se indica además control de tomografía donde se observa engrosamiento de meninges por lo cual se sospecha de carcinomatosis meníngea, se indican estudios complementarios y se monitorea hemodinamia y función respiratoria, se comunican novedades a familiares.

Bibliografía

Bastidas, T. Ó., Bravo, H., Acosta, M., & Linthon, S. (2018). Carcinomatosis meníngea, un desafío diagnóstico. Reporte de caso. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca, 20(1), 46-49.

Buenaño Solís, M. D. (2016). Carcinomatosis Meníngea secundaria A Tumor primario del Sistema Nervioso Central (Snc).

Contemporánea, N. (26 de 09 de 2019). Obtenido de http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=meningitis_carcinomatosa

López, D. S., Ferrer, A., Coves, J., Galán, N., & Gimeno, J. (2011). Complicaciones neurológicas del paciente con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 53.

Martínez-Odrizola, P., Centeno, J., Cabeza, S., & Uterga, J. (2004). Carcinomatosis menígea raquídea como manifestacion inicial de adenocarcinoma pulmonar. *Gaceta Médica de Bilbao*, 101(2), 69-69.

Martins, S. J., Azevedo, C., Chinen, L., Peterlevitz, M., Cruz, M., & Gimenes, D. (2011). Meningeal carcinomatosis in solid tumors. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 69, 973-980.

Ramos-Clemente Romero, J. I., Duran Ferreras, E., Pérez Ramos, M., & Domínguez Herrera, J. (2010). Carcinomatosis Meningea por invasión dural de Metástasis Craneal. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(3), 237-239.

CITAR ESTE ARTICULO:

Novillo Arévalo, M. B., García Arteaga, M. F., Quijije Mejía, O. E., & Gallegos Saucedo, J. M. (2021). Carcinomatosis menígea. A propósito de caso clínico en Hospital clínica San Francisco. *RECIAMUC*, 5(4), 300-306. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(4\).noviembre.2021.300-306](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.300-306)

