

## NEUROLOGIA

## CARCINOMATOSIS MENÍNGEA (CASO CLINICO)

Diego Montero González \*

Catalina Morales Ramírez \*\*

## SUMMARY

It is important to admit that the tumors of the SNC deserve therapeutic special considerations, which both in the concept and in the practice differ much from the oncologic aspects own from the tumors of other locations. The carcinomatous meningitis appears only in 45 % of the patients' autopsies with solid tumors and in a 1 % in its pure form without cerebral metastasis.

This entity is a special form of metastatic dissemination. The most frequent primary places are: the lung, breast, skin, and the kidney.

We present here a weird case in a man 45 years old, in Hospital Dr. Escalante Pradilla.

## INTRODUCCIÓN

La meningitis carcinomatosa es una entidad poco frecuente, aparece solamente en un 45% de las autopsias de pacientes con tumores sólidos y en un 1% en su forma pura sin metástasis cerebrales. Esta entidad es una forma especial de diseminación metastásica; consiste en que el proceso metastático se extiende en forma difusa por las leptomeninges e imita de manera anatómica y clínica a la meningitis, así el carcinoma de mama, las leucemias, los linfomas, el carcinoma pulmonar y el melanoma son tumores que tienden a producir carcinomatosis meníngea.<sup>(2)</sup>

## Caso clínico

Masculino, 45 años, vecino de Colimas (Buenos Aires, Puntarenas), agricultor, unión libre. Sin antecedentes personales patológicos de importancia. El 23/04/04 fue referido de Ciudad Cortés, con historia de 6 días de evolución de: Cefalea universal, vómitos de contenido alimentario #20, sin fiebre, con fondo de ojo normal, rigidez nuchal positiva. LCR: presión mayor de 55 mm de agua, leucocitos: 0, eritrocitos 0, proteínas: "disminuidas". TAC (HSJD): normal. Ingresó al Hospital Dr. Escalante Pradilla para continuar estudios. Se valoró por neurocirugía que descarta patología quirúrgica. LCR: leucocitos: 10, eritrocitos: 0, glucosa: 67, proteínas: 40, cultivo: negativo.

\* Médico asistente general, Hospital Dr. Escalante Pradilla

\*\* Médico asistente general Área de Salud de Pérez Zeledón, EBAIS de San Pedro

Hemograma: leucocitos 19 200, 92% pmn, 5% linfocitos. Hemoglobina 15. Hematocrito 44. Bioquímica normal. Sedimento urinario normal. Teletorax: normal. US abdomen normal. Valora neurología y maneja como cefalea tensional y depresión reactiva. Paciente fallece el 11/05/04.

### Comentario:

Es importante reconocer que los tumores del SNC merecen consideraciones terapéuticas especiales, que tanto en el concepto como en la práctica se diferencian mucho de los aspectos oncológicos propios de los tumores de otras localizaciones: los conceptos "benigno" y "maligno", que son absolutos para los tumores de otros sistemas orgánicos, son sólo relativos cuando se aplican al SNC, cuando está situado en el interior del SNC la recidiva local de un tumor histológicamente benigno, pero imposible de erradicar, acaba por ser tan mortal como uno histológicamente maligno de la misma localización.<sup>(4)</sup> El enfoque pronóstico de estos tumores depende de algunas variables importantes:

- La histopatología del tumor
- Localización anatómica
- Edad del paciente
- Estado neurológico del mismo

Epidemiológicamente, los tumores cerebrales primarios contribuyen de manera significativa a la morbimortalidad de todos los grupos de edad. En los lactantes y niños pequeños son la segunda for-

ma más común de cáncer después de la leucemia. En los adultos los tumores cerebrales primarios ocupan el 13 lugar en frecuencia de todos los cánceres dependiendo de la edad de la población. En EEUU la incidencia anual oscila entre 4.8 y 10.6 por 100000 habitantes, cifras que varían en relación a diferentes regiones geográficas. La distribución por sexo muestra predominio de los tumores benignos en mujeres, mientras que los malignos y las cifras globales son mayores en varones.<sup>(3,4)</sup> La incidencia de tumores cerebrales por edad aumenta en forma dramática principalmente entre los 75 y 85 años de edad en ambos sexos. Por fortuna sólo 1.5% de todos los cánceres se observan en niños, pero con una alta incidencia de neoplasias del SNC, siendo la segunda causa más importante de cáncer.<sup>(3, 4)</sup> Anatomopatológicamente, los tumores del SNC se dividen en dos grupos principales: primarios y secundarios. Los tumores secundarios, como este caso, son consecuencia de la diseminación hematogena de una neoplasia que se origina en un lugar distante (metástasis) o de la extensión directa de una lesión en tejidos adyacentes. Las metástasis cerebrales son una de las causas principales de morbilidad en aquellos pacientes

Oncológicos: del 15-20 % de estos pacientes presenta metástasis intracraneales en el examen de necropsia. La frecuencia de los tu-

more secundarios es muy baja en la infancia y aumenta a partir de quinta década de la vida.<sup>(1)</sup> Los lugares primarios más frecuentes son: el pulmón (adenocarcinoma), mama (adenocarcinoma), piel (melanoma) y el riñón (adenocarcinoma). Microscópicamente se ven como múltiples masas redondeadas y bien delimitadas que afectan los hemisferios cerebrales, en especial la corteza cerebral.<sup>(1, 5)</sup> Las metástasis que proceden de los tumores con poca afinidad por el SNC, como tubo digestivo son casi siempre solitarios y generalmente asientan en fosa posterior. Clínicamente, depende de un número de mecanismos fisiopatológicos relativamente escasos. Uno de los conceptos más importantes en cuanto a la fisiopatología de los tumores cerebrales es que crecen en el interior de los límites rígidos e inflexibles del cráneo. Como el volumen de la cavidad craneal es constante, cualquier proceso expansivo produce una elevación de la Presión Intracraneal. Cuando se superan los mecanismos de compensación, el crecimiento continuo se hará a expensas de las necesidades volumétricas del Encéfalo, una circunstancia crítica que se traduce en distorsión y herniación del encéfalo y en último término en la muerte. Al inicio el encéfalo muestra una tolerancia sorprendente a los efectos compresivos e infiltrantes de los tumores cerebrales, por lo que los síntomas precoces pueden ser escasos.

Con el tiempo todos los tumores cerebrales causan síntomas a través de uno o varios de los mecanismos siguientes:

1. Aumento de la presión intracraneana provocada por la masa del tumor, el edema cerebral o la obstrucción del flujo del LCR.
2. Destrucción, compresión o distorsión local del tejido cerebral ,que da lugar a deficiencias neurológicas específicas.
3. Compresión y distorsión de los nervios craneales que se traduce en parálisis de estos.
4. Inestabilidad electroquímica local con aparición de convulsiones.(1,3,5)

## RESUMEN

Es importante reconocer que los tumores del SNC merecen consideraciones terapéuticas especiales, que tanto en el concepto como en la práctica se diferencian mucho de los aspectos oncológicos propios de los tumores de otras localizaciones. La meningitis carcinomatosa es una entidad poco frecuente , aparece solamente en un 45 % de las autopsias de pacientes con tumores sólidos y en un 1 % en su forma pura sin metástasis cerebrales. Esta entidad es una forma especial de diseminación metastásica Los lugares primarios más frecuentes son: el pulmón, mama, piel y el riñón.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, RD, Victor M: Principles of Neurology,6th ed. New York,McGraw-Hill,1997.
2. Higes Pascual, Felix. Beroiz Groh , Patricié el al. Carcinomatosa leptomenígea como forma de presentación de adenocarcinoma de vesícula biliar. Revista de Neurología, 2000 30(9) 841-45.
3. Rossi M, Morena M, Tognetti P. Carcinomatous Meningitis presentation of 3 cases Neurology 1994 ;36(6):462-8.
4. Thomas IE, Falls E,Velaseo MEZaher A Diagnostic value of immunocytochemistry in leptomenígeal tumor dissemination .Arel Pathol Lah Med 2000,124(5) 759-61.
5. Zarrans J:neurología,2 ed. Madrid, Harcourt Brace,1998.