

Juan José Guelbenzu Zazpe*, Elena Ramírez Gil
y Ester Vilá Mayo

Servicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario de Navarra,
Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: N443283@cfnavarra.es (J.J. Guelbenzu Zazpe).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.002>

Neuropatía paraneoplásica con anti-Hu positivo. A propósito de un caso



Paraneoplastic neuropathy with positive anti-Hu. A case report

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 73 años con antecedentes de tabaquismo activo con un ICAT de 60 paquetes/año, antiguo hábito etílico, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica con un infarto agudo de miocardio hacía 15 años. Consultó por un cuadro de un año de evolución consistente en dolor, debilidad y parestesias en miembros superiores, así como dolor a nivel lumbar. Refería también tos, expectoración mucopurulenta y disnea de pequeños esfuerzos, sin síndrome tóxico asociado. En la exploración física presentaba ligera taquipnea e hipofonesis generalizada bilateral sin ruidos adventicios. Examen neurológico: no alteraciones campimétricas ni de pares craneales, con fuerza conservada. Marcha cautelosa con debilidad proximal en miembros inferiores y abolición de reflejos tricipitales, rotulianos y aquileos. Fue remitido al servicio de neurología decidiéndose su ingreso hospitalario.

La analítica general no fue relevante. El proteinograma y el análisis de LCR fueron normales, así como los marcadores tumorales AFP, CEA, Ca 125, Ca 19.9, Ca 15.3 y PSA. La radiografía de tórax no mostró hallazgos patológicos de interés. El estudio neurofisiológico fue compatible con una polineuropatía de naturaleza desmielinizante. El TAC craneal mostró atrofia frontotemporal

bilateral y el TAC torácico inicial fue normal. La resonancia magnética cervico-dorso-lumbar mostró únicamente una protrusión discal foraminal sin compromiso radicular. En el estudio de anticuerpos, los antiangliósidos y anti-MAG (antiglicoproteína asociada a la mielina) fueron negativos, mientras que los anti-Hu fueron positivos.

Ante la alta sospecha de proceso neoplásico se realizó PET-TC que mostró foco levemente hipermetabólico sobre un pequeño infiltrado pulmonar derecho subpleural basal y gran foco hipermetabólico mediastínico subcarinal de 3 × 2 cm (fig. 1).

Tras estos hallazgos se realizó broncoscopia flexible que no evidenció hallazgos patológicos endobronquiales. Se realizaron punciones en región G7, resultando el estudio citológico de las muestras obtenidas diagnóstico para carcinoma broncogénico anaplásico de células pequeñas. El paciente fue remitido para tratamiento al servicio de oncología.

Los síndromes paraneoplásicos (SP) son entidades bien conocidas asociadas a un tumor maligno, que pueden afectar a cualquier órgano o tejido del cuerpo. El SP se presenta en aproximadamente el 10% de los pacientes con un tumor maligno pulmonar, y es más frecuente en el carcinoma microcítico¹. Aunque la mayoría de las complicaciones neurológicas del cáncer de pulmón son de origen metastásico, existen una serie de SP neurológicos, y dentro de ellos el más frecuente es la polineuropatía. Clínicamente la polineuropatía paraneoplásica se caracteriza por el desarrollo subagudo de alteraciones asimétricas sensoriales como dolor, parestesias y entumecimiento que afecta distalmente a las extremidades². La

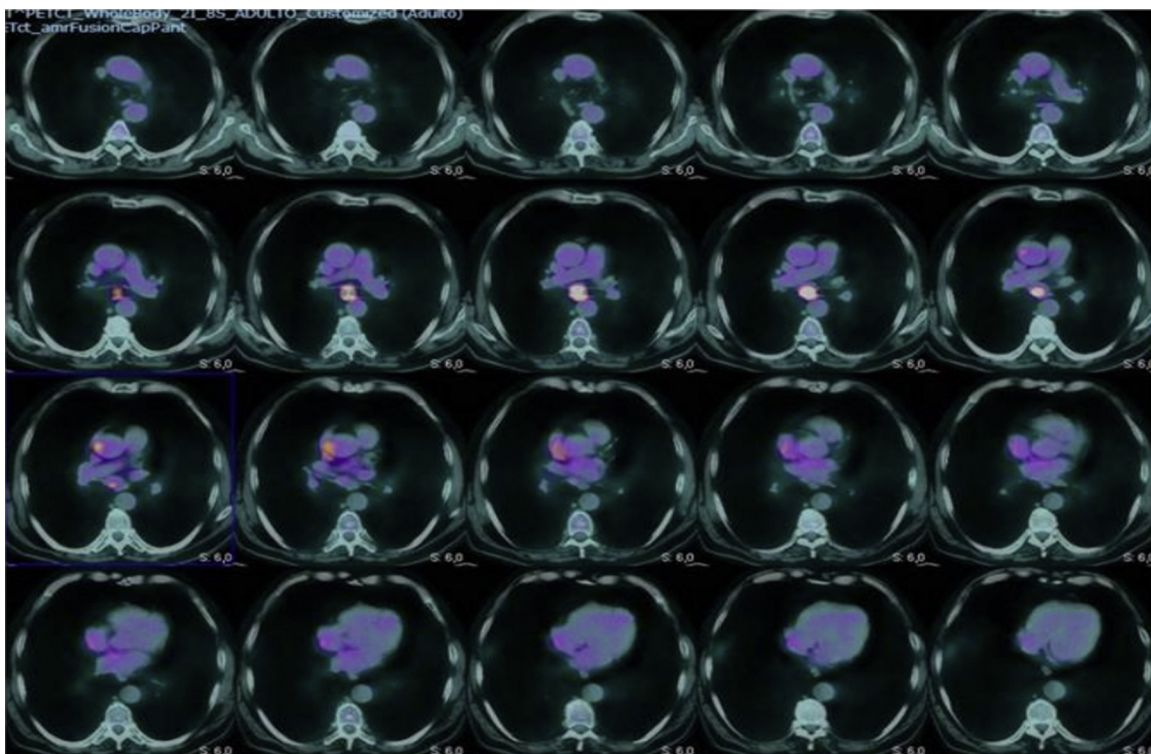


Figura 1. Imagen obtenida mediante PET-TAC de tórax. Se observa un gran foco hipermetabólico en la estación ganglionar subcarínica (G7).

polineuropatía puede preceder en más de un año al diagnóstico del cáncer, como ocurrió en nuestro caso.

En un adulto con polineuropatía periférica e historia de tabaquismo prolongado, la seropositividad de los autoanticuerpos nucleares anti-neuronales tipo 1 (ANNA-1) también denominados anti-Hu es un marcador de carcinoma microcítico de pulmón³. El mecanismo patogénico de estos anticuerpos sería por acumulación intraneuronal de los mismos en el sistema nervioso. Estos anticuerpos pueden detectarse en pacientes con carcinoma microcítico sin síntomas neurológicos, pero no en personas sanas⁴. El manejo de este síndrome incluye el tratamiento del cáncer subyacente, aunque generalmente no suele mejorar el cuadro neurológico, que progresa de forma rápida⁵.

Bibliografía

1. Porto L, Miranda M, Gomes A, André R, Rodrigues B. Paraneoplastic neurological syndrome as an initial indicator of small cell carcinoma of the lung. *BMJ Case Rep.* 2013;2013.
2. Senties-Madrid H, Vega-Boada F. Paraneoplastic syndromes associated with anti-Hu antibodies. *Isr Med Assoc J.* 2001;3:94-103.
3. Roberts WK, Deluca IJ, Thomas A, Fak J, Williams T, Buckley N, et al. Patients with lung cancer and paraneoplastic Hu syndrome harbor HUD-specific type 2 CD8+ T cells. *J Clin Invest.* 2009;119:2042-51.
4. Leroy T, Porte H, Rousselot C, Taieb S, Outteryck O, Dansin E. Anti-Hu antibody syndrome: Diagnostic and therapeutic difficulties. *Rev Mal Respir.* 2013;30:563-6.
5. Graus F, Vega F, Delattre JY, Bonaventura I, René R, Arbaiza D, et al. Plasmapheresis and antineoplastic treatment in CNS paraneoplastic syndromes with antineuronal autoantibodies. *Neurology.* 1992;42:536-40.

María del Mar Valenzuela Membrives^{a,*}, María Sánchez Palop^a y Javier Esquivias López^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marivalen8@hotmail.com

(M.d.M. Valenzuela Membrives).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.009>

Lesión intraluminal en la arteria pulmonar: un reto diagnóstico



Intraluminal lesion of the pulmonary artery: A diagnostic challenge

Sr. Editor:

Las lesiones ocupantes de espacio intravascular de la arteria pulmonar ocurren de forma infrecuente y su diagnóstico se ve retrasado ya que los datos clínicos que las acompañan son inespecíficos¹. Los tumores primarios que nacen de los vasos sanguíneos sistémicos son muy raros y los tumores originarios de la arteria pulmonar son aún más extraños. A continuación presentamos el primer caso descrito en la bibliografía disponible de metástasis de cáncer microcítico de pulmón en el tronco de la arteria pulmonar.

Mujer de 68 años con antecedentes de neoplasia de colon, tiroidea y carcinoma *in situ* en epiglotis. En junio de 2011 fue diagnosticada mediante fibrobroncoscopia de carcinoma microcítico de pulmón en el segmento anterior de lóbulo superior izquierdo (LSI) tratado con 6 ciclos de CDDP-VP-16 y radioterapia (RT) torácica y holocraneal (acabando el tratamiento en noviembre de 2011). En el estudio radiológico se observó imagen ocupante de espacio en la arteria pulmonar izquierda sugestiva de trombo intramural (fig. 1), por lo que se realizó tratamiento con anticoagulante durante un año.

En los controles radiológicos se observó progresión de la lesión intraarterial, valorándose la posibilidad de un origen tumoral. Debido a la localización de la lesión y la imposibilidad de tomar muestra histológica a este nivel, se decidió intervención quirúrgica diagnóstico-terapéutica. Se realizó neumonectomía izquierda con sección arterial intrapericárdica con márgenes libres de tumor. El resultado de anatomía patológica fue metástasis de carcinoma microcítico de pulmón con márgenes de resección libres. En el postoperatorio no presentó complicaciones intratorácicas. Actualmente se encuentra en seguimiento por oncología médica sin datos de recidiva de la enfermedad pulmonar.

Aunque las lesiones tumorales malignas intraarteriales de la arteria pulmonar son raras, se deben realizar como diagnóstico diferencial del embolismo pulmonar; en un 50% de los casos el

diagnóstico se realiza *postmortem*², aunque con la mejora en las técnicas diagnósticas de imagen el número de casos detectados va en aumento. Shepard et al. publicaron 4 casos de tumor intravascular localizados en la arteria pulmonar detectados en 14.000 casos consecutivos de TC torácicos, y concluyeron que las imágenes de ramas periféricas de las arterias pulmonares dilatadas pueden ser altamente sugestivas de émbolos tumorales³. En una revisión de 1.085 autopsias de pacientes con diagnóstico conocido de tumores malignos sólidos, se observó que los pacientes con metástasis que producen obstrucción intraarterial ocurren con neoplasias que tienen acceso a venas de gran calibre como por ejemplo los hepatocarcinomas, coriocarcinomas y carcinoma de células renales⁴.

En nuestro caso la sospecha de lesión primaria se derivó en la lenta progresión observada en los controles radiológicos y se descartó la posibilidad de recidiva tumoral debido a la estabilidad en la lesión del LSI.

La localización intrapericárdica de la lesión acarrea dificultades y un alto riesgo de sangrado para la obtención de una muestra histológica. Por ello se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente y realizar una neumonectomía intrapericárdica dada la

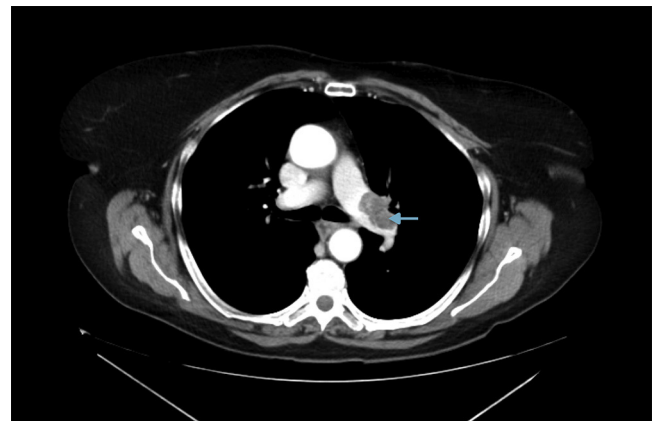


Figura 1. Defecto de repleción localizado en arteria pulmonar izquierda.