

PATRÓN DE DISEMINACIÓN MILIAR CEREBRAL EN CÁNCER DE MAMA. PRESENTACIÓN DE CASO.

*COELLI J. , ** NAPOLITANO G. M. , ***AYALA L. S.

*Servicio de Oncología Hospital Luisa C. de Gandulfo, Lomas de Zamora; **Servicio de Oncología Hospital Ricardo Gutiérrez, La Plata; ***Servicio de Neurología Hospital General de Agudos J.M. Penna , CABA.

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 31 años de edad con diagnóstico de carcinoma de mama estadio IV HER 2 positivo. Durante el tratamiento de quimioterapia intercorre con síntomas neurológicos de rápida evolución. Hallazgos radiológicos compatibles con lesiones metastásicas cerebrales en patrón miliar. El objetivo es describir este infrecuente patrón de diseminación a nivel del sistema nervioso central.

Introducción

La diseminación metastásica cerebral aparece en el 25-35 % de los pacientes con cáncer. Entre los tumores primarios con diseminación al sistema nervioso central (SNC) se encuentran: pulmón, mama, melanoma, riñón y tracto gastrointestinal. De éstos, los dos primeros desarrollan metástasis cerebrales con mayor frecuencia (40 % y 28 %, respectivamente). El Gold Estándar para el diagnóstico es la resonancia magnética (RM). Las metástasis cerebrales con patrón de diseminación miliar son, con mayor frecuencia, secundarias a una neoplasia de pulmón. Clínicamente se manifiestan con deterioro del estado neurológico asociado a demencia, desorientación y raramente progresión a coma. A diferencia de las metástasis no miliares, pueden no presentar realce con los medios de contraste habituales.

Materiales y Métodos

Paciente femenina de 31 años de edad, sin antecedentes de relevancia, con diagnóstico de carcinoma ductal de mama avanzado (E.IV) con metástasis ganglionares y óseas múltiples. HER 2 positivo, receptores hormonales negativos. En tratamiento con docetaxel, trastuzumab y pertuzumab en dosis usuales. Tras cinco ciclos de quimioterapia inicia con episodios de cefalea progresiva de difícil manejo analgésico. Se realiza TAC y RM de cerebro con contraste que evidencian múltiples lesiones focales que comprometen la totalidad del cerebelo, tallo encefálico (Fig.1) y encéfalo (Fig.2). Se instaura tratamiento sintomático y manejo del síndrome de hipertensión endocraneana. Se programa evaluación para terapia radiante holocraneana. La paciente evoluciona tórpidamente con convulsiones, deterioro del estado neurológico hasta el coma, falleciendo a los 7 días de comenzado el cuadro.

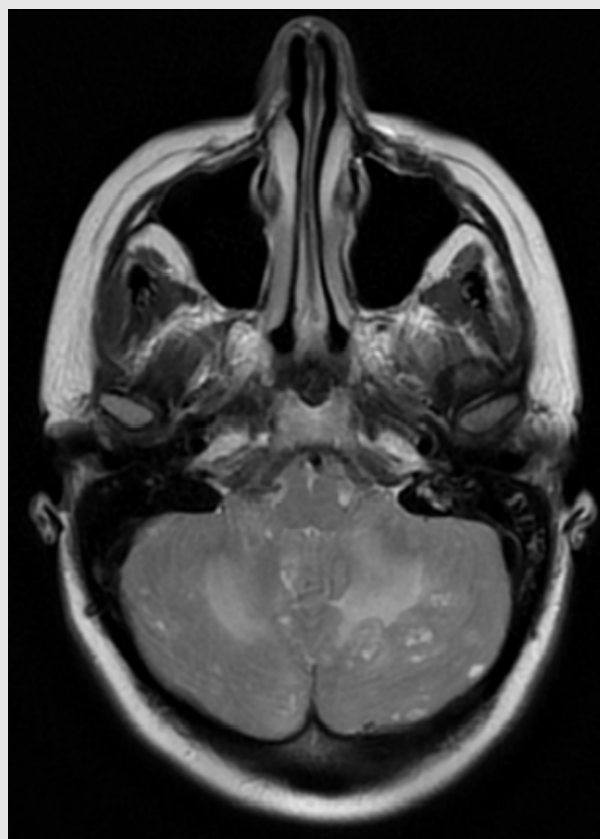


Fig 1 RM axial T2



Fig 2 RM axial T1 flair cc

Discusión

Más del 50 % de las neoplasias cerebrales corresponden a metástasis, siendo una de las complicaciones más graves del cáncer dado los trastornos incapacitantes asociados. En Estados Unidos la relación metástasis cerebrales y neoplasia cerebral primaria es 10:1, y la probabilidad de desarrollar metástasis cerebrales es de 48 % para melanoma, 32 % para pulmón, 21 % mama, 11 % tumor de células renales y 6 % cáncer gastrointestinal. Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen tumores primarios del cerebro, abscesos, neurosarcoidosis, infecciones oportunistas, vasculitis y enfermedad desmielinizante. En el 80% de los casos se ven afectados los hemisferios cerebrales, 15 % el cerebelo, 5 % el tallo cerebral y ganglios basales. En el 50 % de los casos son lesiones solitarias.

Las metástasis cerebrales con patrón miliar (también descripta como encefalitis carcinomatosa) constituyen una rara presentación de metástasis cerebral. Se caracterizan por nódulos perivasculares de distribución miliar difusa. Madow y Alpers reportaron el primer caso en 1951. Se observan como múltiples lesiones, pequeñas y de alta intensidad en la corteza cerebral y en los ganglios basales que pueden o no presentar realce con contraste (Gd-DPTA). En nuestro medio corresponde hacer el diagnóstico diferencial con tuberculosis.

La presentación clínica incluye desde cefalea holocraneana, desorientación, demencia hasta el coma. Son raras las formas clínicas con convulsiones y desarrollo de hipertensión endocraneana. La RM con gadolinio es el estudio más específico y sensible para su detección y seguimiento. Reportes de casos han descripto encefalitis carcinomatosa diagnosticadas en necropsias con estudios por imágenes normales, demostrando que el diagnóstico es dificultoso aún luego de la instauración de la demencia.

En la literatura, a diferencia de nuestra paciente, se suelen describir presentaciones clínicas de instauración y evolución lenta, permitiendo la aplicación de tratamientos específicos como quimioterapia o terapia radiante.

Conclusión

Las lesiones de distribución miliar cerebral detectadas y caracterizadas por RM en pacientes con cáncer son un hallazgo infrecuente. En nuestro medio se debe descartar la infección por Mycobacterium Tuberculosis. Sin embargo, hay que tener en consideración la encefalitis carcinomatosa. Recomendamos considerar los datos de la historia clínica que puedan orientar hacia esta patología, la interacción entre especialistas y el manejo multidisciplinario. Nuestro objetivo fué poner en relieve esta complicación dado su mal pronóstico sin una rápida conducta terapéutica específica.