

siguientes: 1) aparición de síntomas antes de los 40 años; 2) colestasis crónica leve; 3) focos hiperecogénicos intrahepáticos, barro biliar o microlitiasis; 4) baja concentración de fosfolípidos en bilis, y 5) reaparición de síntomas biliares tras colecistectomía^{6,7}. Una vez confirmada la mutación, el hecho de haber presentado cólicos biliares complicados y colestasis crónica leve nos inclina a pensar que se trate de un paciente heterocigoto compuesto, desembocando en la síntesis de una proteína MDR-3 subdesarrollada o disfuncionante, pero no truncada.

Es importante valorar esta posibilidad etiológica en pacientes jóvenes que presentan cólicos biliares de repetición. En primer lugar, por existir test genéticos que permiten confirmar el diagnóstico y evitar pruebas invasivas con riesgos asociados. En segundo lugar por ser una entidad con un alto índice de respuesta a UDCA³, un fármaco económico y bien tolerado. En tercer lugar, porque pueden presentarse complicaciones en su evolución, en forma de cólicos biliares complicados o fibrosis progresiva⁵. Y, por último, dado su carácter genético, para el despistaje en familiares de primer y segundo grado que presenten clínica compatible².

Bibliografía

1. Eferink RP, Tytgat GN. Hepatic canalicular membrane 1: The role of MDR2 P-glycoprotein in hepatobiliary lipid transport. *FASEB J*. 1997;11:19–28.
2. Poupon R, Rosmorduc O, Boëlle PY, Chrétien Y, Corpechot C, Chazouillères O, et al. Genotype-phenotype relationships in the low-phospholipid-associated cholelithiasis syndrome: A study of 156 consecutive patients. *Hepatology*. 2013;58:1105–10.
3. Jacquemin E. Progressive familial intrahepatic cholestasis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2012;36 Suppl 1:S26–35.
4. Strubbe B, Geerts A, van Vlierberghe H, Colle I. Progressive familial intrahepatic cholestasis and benign recurrent intrahepatic cholestasis: A review. *Acta Gastroenterol Belg*. 2012;75:75–80.
5. Davit-Spraul A, Gonzales E, Baussan C, Jacquemin E. The spectrum of liver diseases related to ABCB4 gene mutations: Pathophysiology and clinical aspects. *Semin Liver Dis*. 2010;30:134–46.
6. Poupon R, Arrive L, Rosmorduc O. The cholangiographic features of severe forms of ABCB4/MDR3 deficiency-associated cholangiopathy in adults. *Gastroenterol Clin Biol*. 2010;34:380–7.
7. Wang D, Afdhal N. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal Liver Disease. Feldman & Friedman & Brandt. Volume 2. Sección IX. Liver Chapter 65, p. 1100-1133.

Héctor Miguel Marcos Prieto, Daniel Pérez Corte, M. Concepción Piñero Pérez*, María Cristina Revilla Morato, Ana María Mora Soler, Rosa Virginia Acosta Materán, Andrea Jiménez Jurado, Valeria Calabuig Mazzola y Antonio Rodríguez Pérez

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Hospital Clínico, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: conxipi@hotmail.com (M.C. Piñero Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.06.002>

Obstrucción intestinal por metástasis de cáncer de pulmón



Metastatic intestinal obstruction secondary to a primary lung tumour

Las neoplasias localizadas en el intestino delgado son muy infrecuentes, representan del 1 al 6% de todos los tumores gastrointestinales. Entre un 1-4% corresponden a tumores metastásicos, y el origen más frecuente son el melanoma maligno, el cáncer de pulmón y el cáncer de colon¹.

La afectación metastásica del intestino delgado es poco frecuente desde el punto de vista clínico, pero no tanto desde el punto de vista histopatológico, con una incidencia del 2-14% según las series autópsicas².

La manifestación clínica de las metástasis intestinales es debida generalmente a una complicación de las mismas, como son la perforación, la obstrucción o el sangrado activo³. La presencia de estas determina un peor pronóstico de la enfermedad de base y requiere un tratamiento quirúrgico urgente.

Presentamos 2 casos de pacientes con carcinoma primitivo de pulmón que presentaron obstrucción intestinal por metástasis.

El primer caso, un varón de 78 años, fumador de 40 paquetes/año, fue diagnosticado de carcinoma epidermoide

de pulmón T2aN0M1 (hepática), y tratado con quimiorradioterapia. Nueve meses más tarde, acudió a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal. La radiografía de abdomen y el TC informaron de dilatación de asas hasta yeyuno medio con cambio de calibre secundario a brida o hernia interna. Se intervino hallando obstrucción por tumoración estenosante en yeyuno. Se realizó resección completa y anastomosis. La anatomía patológica informó de metástasis de carcinoma epidermoide. El paciente fue alta al 8.º día del postoperatorio. Continuó tratamiento con quimioterapia, siendo éxitus por progresión de la enfermedad 20 meses tras la cirugía.

El segundo caso, un varón de 49 años, fumador de 20 paquetes/año, acudió a urgencias por dolor abdominal. Se realizó TC abdominal (fig. 1) que demostró una masa en fosa ilíaca derecha con signos de necrosis y adenopatías regionales. Con sospecha de neoplasia de ciego, se realizó colonoscopia sin evidencia de lesiones. En la radiografía de tórax realizada para estudio preoperatorio se halló una imagen nodular mal definida en lóbulo superior derecho (fig. 2A). Se realizó TC de tórax y broncoscopia para completar el estudio, demostrando la existencia de una masa en lóbulo superior derecho con adenopatías hiliares derechas (fig. 2B). La biopsia de las lesiones pulmonar y abdominal informó de carcinoma microcítico de pulmón. Con diagnóstico de carcinoma microcítico de pulmón estadio IV, el paciente inició tratamiento con quimioterapia según esquema cisplatino-etopósido. Tras recibir el primer ciclo,



Figura 1 Tomografía axial computarizada de abdomen, con contraste oral e intravenoso. Se aprecia una gran masa en fosa ilíaca derecha, de 10,2 x 8,8 cm, que afecta a íleon terminal y asas de íleon distal adyacentes y, también parece englobar el apéndice, con desplazamiento lateral del ciego. El interior de la masa muestra contenido líquido y de contraste oral, con burbujas de gas, probablemente por necrosis y ulceración.

precisó cirugía urgente por obstrucción intestinal secundario a la metástasis en fosa ilíaca derecha que afectaba al íleon terminal. Se realizó resección completa de la tumoración y anastomosis íleo-cólica. El paciente fue alta al 7.º día del postoperatorio y se reinició tratamiento con quimioterapia. Tras completar 6 ciclos, en el TC de control se objetivó progresión de la enfermedad. En la actualidad se encuentra en tratamiento con quimioterapia de segunda línea y con enfermedad estable, 9 meses tras el diagnóstico.

Más de la mitad de los cánceres de pulmón presentan metástasis a distancia en el momento del diagnóstico⁴, siendo su localización más frecuente ganglios linfáticos, hígado, suprarrenal, cerebro y hueso. La afectación gastrointestinal más frecuente es el esófago, por infiltración local. Las metástasis intestinales son raras, aunque más comunes de lo que se pensó en un principio. Su localización más habitual es, por orden de frecuencia, yeyuno, íleon y duodeno³.

La histología más frecuente del primario pulmonar en nuestro medio es la de adenocarcinoma y carcinoma escamoso en porcentajes similares (23,5 y 22,7%, respectivamente)^{1,3}, seguidos del carcinoma de células grandes (20,6%) y el carcinoma microcítico (19,6%)³.

Suelen ser asintomáticas o generar síntomas inespecíficos como anorexia, distensión o dolor abdominal, con lo que en ocasiones el cuadro clínico es difícil de distinguir del propio efecto de la quimioterapia cuando el paciente ya está en tratamiento de su enfermedad pulmonar. La progresión de las lesiones conduce a su presentación en forma de abdomen agudo por perforación, obstrucción o hemorragia⁵. Su manifestación previa al diagnóstico del tumor primario es excepcional^{4,5}, si bien así sucedió en uno de nuestros casos donde el diagnóstico del cáncer pulmonar se produjo durante el estudio preoperatorio de la masa abdominal, considerada como el tumor primario.

El diagnóstico habitualmente se realiza durante la cirugía. Las técnicas de imagen como el tránsito esofagogastroduodenal, la cápsula endoscópica o el TC pueden

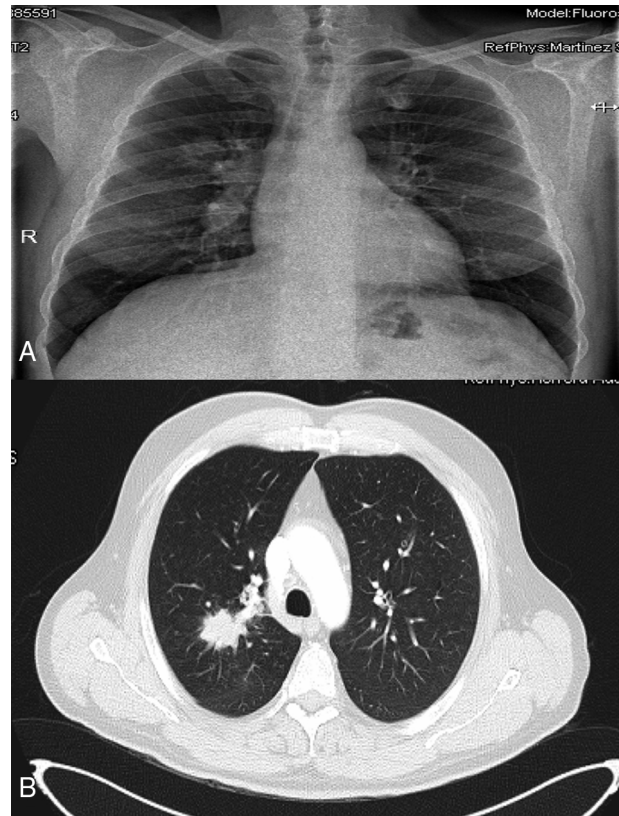


Figura 2 A) Radiografía de tórax: masa en lóbulo superior derecho. B) Tomografía axial computarizada, con contraste oral e intravenoso, donde se observa una masa mal definida de contornos espiculados, que se extiende desde la región hilar derecha con obstrucción del bronquio del LSD y del bronquio para el segmento posterior, de 50 x 27 mm en plano axial, asociado a adenopatías hiliares derechas.

contribuir al diagnóstico preoperatorio, aunque presentan una baja sensibilidad en la detección de pequeñas lesiones intestinales. El uso sistemático del PET-TC en la estadificación del cáncer de pulmón podría ayudar al diagnóstico de estas pequeñas lesiones, aunque aún no existen datos concluyentes a cerca de su sensibilidad. El diagnóstico definitivo se obtiene habitualmente mediante el estudio anatomopatológico con el apoyo de las técnicas de inmunohistoquímica para TTF-1, CDX2, CK7 y CK20, las cuales permiten diferenciar entre adenocarcinoma primario y metastásico^{5,6}.

El tratamiento de elección es resección del área afectada, con intención paliativa. Las metástasis intestinales representan un estadio avanzado de la enfermedad, y habitualmente se asocian a la presencia de metástasis en otras localizaciones, lo que condiciona un mal pronóstico, con una supervivencia no superior a 4 meses^{1,5}. Sin embargo, en algunas series de pacientes seleccionados (cirugía previa del tumor primario, metástasis únicas) donde las metástasis de intestino delgado se han resecado, los pacientes han presentado una supervivencia superior (de 6 a 8 meses) y existe algún caso descrito de supervivencia prolongada^{5,6}, como ocurrió en uno de nuestros pacientes.

Los avances en el tratamiento sistémico del cáncer de pulmón en estadios avanzados han conseguido prolongar la supervivencia de estos pacientes y, por tanto, la

probabilidad de que aparezcan este tipo de complicaciones. Este hecho incrementa la importancia del diagnóstico de las metástasis intestinales antes de su expresión clínica, lo que podría traducirse en un diagnóstico relativamente precoz de la metástasis intestinal. El manejo quirúrgico precoz de estas lesiones puede contribuir a aumentar la supervivencia de pacientes seleccionados (poca carga tumoral, buen estado general) y puede evitar sus graves complicaciones. Con el uso habitual de la PET-TC en la estadificación del cáncer de pulmón, el diagnóstico de metástasis intestinales asintomáticas probablemente irá en aumento, por lo que las decisiones terapéuticas deberán contemplar los aspectos previamente referidos.

De este modo, ante la existencia de clínica intestinal inespecífica, un cuadro de anemia o hemorragia digestiva en un paciente con antecedentes de carcinoma primitivo de pulmón, debe tenerse en cuenta la posibilidad de una enfermedad metastásica intestinal como posible causa, procediendo a la realización de las pruebas diagnósticas correspondientes que pueden mejorar el pronóstico al permitir la resección completa de la lesión en mejores condiciones clínicas y evitar complicaciones posteriores⁷.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Garrigos L, Iglesias M, Lloreta J, Jimeno J, Arriola E. Perforación intestinal secundaria a neoplasia primaria de pulmón. *Cir Esp*. 2010;87:257-69.
- Salemis NS, Nikou E, Liatsos C, Gakis C, Karagkiouzis G, Gourgiotis S. Small bowel perforation secondary to metastatic non-small cell lung cancer. A rare entity with a dismal prognosis. *J Gastrointest Cancer*. 2012;43:391-5.
- Garwood RA, Sawyer MD, Ledesma EJ, Foley E, Claridge JA. A case and review of bowel perforation secondary to metastatic lung cancer. *Am Surg*. 2005;71:110-6.
- Yang CJ, Hwang JJ, Kang WY, Chong IW, Wang TH, Sheu CC, et al. Gastrointestinal metastasis of primary lung carcinoma: Clinical presentations and outcome. *Lung Cancer*. 2006;54:319-23.
- Song Y, Li M, Shan J, Ye X, Tang S, Fang X, et al. Acute small bowel obstruction: A rare initial presentation for the metastasis of the large-cell carcinoma of the lung. *World J Surg Oncol*. 2012;10:26.
- Rossi G, Marchioni A, Romagnani E, Bertolini F, Longo L, Cavazza A, et al. Primary lung cancer presenting with gastrointestinal tract involvement: Clinicopathologic and immunohistochemical features in a series of 18 consecutive cases. *J Thorac Oncol*. 2007;2:115-20.
- Lee PC, Lo C, Lin MT, Liang JT, Lin BR. Role of surgical intervention in managing gastrointestinal metastases from lung cancer. *World J Gastroenterol*. 2011;17:4314-20.

Elena Romera-Barba*, Juan Castañer-Ramón-Llín, Inmaculada Navarro-García, María Jose Carrillo López, Ainhoa Sánchez Pérez y José Luis Vazquez-Rojas

Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: percentila@hotmail.com
(E. Romera-Barba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.06.001>

Micrometástasis en ganglios peripancreáticos por carcinoma mamario en paciente con adenocarcinoma ductal pancreático



Peripancreatic lymph node micrometastases from a mammary carcinoma in a patient with pancreatic ductal adenocarcinoma

La evaluación del estado ganglionar en los carcinomas pancreáticos es de gran importancia pronóstica y terapéutica¹. En la gran mayoría de los pacientes en los que se detectan metástasis por carcinoma en ganglios peripancreáticos, el origen primario del tumor es el páncreas¹⁻⁶. No obstante, en pacientes con antecedentes de neoplasias extra-pancreáticas siempre debemos descartar que el origen de estas metástasis en ganglios peripancreáticos pueda ser diferente al páncreas²⁻⁶. Describimos un caso inusual de micrometástasis por carcinoma mamario en ganglios peripancreáticos en paciente operada por adenocarcinoma pancreático. Se trata de una mujer de 72 años con antecedentes de carcinoma mamario en el año 2000, receptores

de estrógenos (RE) positivo y HER2 negativo. El estadio patológico fue pT1b (8 mm) N1 (1/20) M0. Se le indicó radio-quimioterapia y hormonoterapia con tamoxifeno. Posteriormente, en el año 2013, es operada por una neoplasia de pulmón derecho (adenocarcinoma mixto acinar/lepidico CK7++, TTF-1+++), estadio patológico pT2aN2 (3/14) M0. En noviembre del 2014 el estudio de seguimiento detecta en tomografía axial computarizada y en colangio-resonancia una dilatación de la vía intra y extra-hepática con dilatación del conducto de Wirsung sin definir claramente lesión pancreática (fig. 1A y B). La ecoendoscopia objetiva una lesión de 20 mm en cabeza de páncreas (fig. 1C y D). La PET negativa y elevación del CA 19.9. La punción aspirativa fue positiva para carcinoma. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica, y en el estudio macroscópico observamos en la cabeza del páncreas una tumoración blanquecina de 19 mm de diámetro mayor y consistencia fibrosa. El estudio histopatológico confirmó la presencia de un adenocarcinoma ductal primario de páncreas bien diferenciado e infiltrante hasta la grasa peripancreática (pT3), con invasión angiolinfática y perineural (fig. 2A y B). El estudio inmunohistoquímico mostró positividad en el adenocarcinoma pancreático para CA 19.9+++ , CK7+++ , CK19++ , MUC1++ , MUC5A++ , CK20+ (focal). Se aislaron 13 ganglios linfáticos peripancreáticos y en 2 de ellos se encontraron nidos