

Cartas al Director

Metástasis intestinal de cáncer de pulmón no microcítico

Palabras clave: Pulmón. Cáncer. Metástasis. Cirugía.

Key words: Lung. Cancer. Metastasis. Surgery.

Sr. Director:

Las metástasis intestinales de cáncer primario de pulmón son raras y según la literatura se hallan entre el 2 y el 11% en series autopsicas (1). La manifestación clínica de las metástasis intestinales es debida mayoritariamente a una complicación de las mismas, como son la perforación, obstrucción o sangrado activo. La presencia de estas determina un peor pronóstico de la enfermedad de base y requiere tratamiento quirúrgico urgente.

Presentamos el caso clínico de un paciente con cáncer de pulmón que presentó una metástasis intestinal sintomática sin crónica al diagnóstico de su enfermedad oncológica.

Caso clínico

Varón de 64 años, fumador, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que ingresó por cuadro de hemoptisis, siendo diagnosticado de neoplasia pulmonar. Durante el mismo ingreso presentó un cuadro de dolor abdominal y anemia severa que requirió transfusión de varios concentrados de hemáties. Se realizó un estudio de extensión con una tomografía computerizada (TC) (Fig. 1), que halló una tumoración en intestino delgado. Debido a la persistencia de la clínica de sangrado, se realizó una laparoscopia exploradora, observando una tumoración en yeyuno proximal y realizándose resección de la misma. El paciente cursó con un postoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica de la pieza extirpada confirmó el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma pobremente diferenciado de

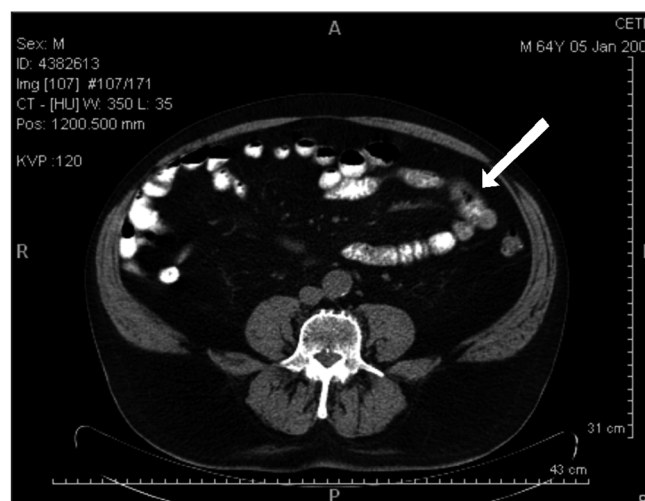


Fig. 1. Imagen de TC en la que se muestra un engrosamiento de las paredes de yeyuno que corresponden a la metástasis intestinal (flecha).

origen pulmonar. Cuatro meses después se realizó resección del tumor pulmonar primario, y nueve meses después el paciente está recibiendo tratamiento oncológico adyuvante sin evidencia de recurrencia.

Discusión

Las metástasis intestinales en el cáncer de pulmón no microcítico, si bien no son infrecuentes en series de autopsias, sí que es inusual que su presencia se manifieste clínicamente (1). Berger y cols. (2) informaron de que sólo 6 de 1.399 pacientes (0,5%) con cáncer pulmonar primario habían desarrollado manifestaciones clínicas de las metástasis intestinales, y Mc Nelly y cols. (1) hallan una frecuencia inferior de complicaciones (0,1%).

La traducción clínica de estas metástasis, además de ser infrecuente, indica la presencia de una complicación local de la misma que empobrece el pronóstico de la enfermedad y que

suele requerir intervención quirúrgica. De mayor a menor frecuencia las metástasis intestinales se manifiestan como: perforación, obstrucción y finalmente hemorragia (3). Es muy infrecuente diagnosticar la existencia de metástasis intestinal previamente al desarrollo de su clínica, lo que supone un reto para el clínico y el cirujano, ya que las manifestaciones clínicas son poco frecuentes y en ocasiones el cuadro con el que se presentan hace muy difícil distinguirlo del propio efecto de la quimioterapia cuando el paciente ya está en tratamiento de su enfermedad pulmonar (4). El diagnóstico se suele realizar mediante pruebas de imagen como el tránsito esofagogastro-duodenal y la TC, aunque estas tienen una baja sensibilidad en la detección de pequeñas lesiones intestinales (4). Nuevas técnicas, como la cápsula endoscópica, se han descrito para el diagnóstico, pero sigue siendo la TC con contraste vía oral y endovenosa la prueba de elección, alcanzando una sensibilidad del 87% (4). La presencia de obstrucción intestinal, perforación o sangrado activo traducen un estado avanzado de la enfermedad de base con un riesgo vital elevado. Por este motivo, el tratamiento de elección de las metástasis intestinales sintomáticas es la intervención quirúrgica (5), con intención paliativa, realizando resección intestinal del área afectada. La probable existencia de múltiples lesiones intestinales o extraabdominales ensombrece el pronóstico de la enfermedad pulmonar (1). Leidich y cols. publican una supervivencia inferior a 16 semanas desde la cirugía (6) y otros autores hallan que más del 85% de los enfermos mueren antes de los 8 meses desde la cirugía (2). Considerar este diagnóstico ante la existencia clínica intestinal inespecífica, previamente al desarrollo de complicaciones graves, podría traducirse en un diagnóstico relativamente precoz de la metástasis intestinal, permitiendo su resección en mejores condiciones clínicas y probablemente un mejor pronóstico de la enfermedad (4).

Conclusión

Podemos concluir que las manifestaciones clínicas de las metástasis intestinales en pacientes con tumor primario de pulmón son raras y que indican un estadio avanzado de la enfermedad, asociándose a un mal pronóstico. Las metástasis intestinales no son infrecuentes y deben ser consideradas dentro del diagnóstico diferencial en estos pacientes cuando presenten sintomatología abdominal.

M. J. Mañas Gómez, E. Espín Basany, R. Vilallonga y
M. Armengol Carrasco

*Departamento de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona*

Bibliografía

1. McNeill PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987; 59: 1486-9.
2. Berger A, Cellier C, Daniel C, Kron C, Riquet M, et al. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung: Clinical findings and outcome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1884-7.
3. Lermite E, Pessaux P, du Plessis R, Bréhant O, Hennekinne-Mucci S, et al. Small bowel metastasis from primary lung carcinoma. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28: 307-9.
4. Kanemoto K, Kurishima K, Ishikawa H, Shiotani S, Satoh H, et al. Small intestinal metastasis from small cell lung cancer. *Intern Med* 2006; 45: 967-70.
5. Hillenbrand A, Strater J, Henne-Bruns D. Frequency, symptoms and outcome of intestinal metastases of bronchopulmonary cancer. Case report and review of the literature. *Int Semin Surg Oncol* 2005; 6: 2-13.
6. Leidich RB, Rudolf LE. Small bowel perforation secondary to metastatic lung carcinoma. *Ann Surg* 1981; 193: 67-9.