

## Cartas al Director

### Obstrucción intestinal por metástasis en mesenterio de un carcinoma epidermoide de pulmón

---

*Palabras clave:* Metástasis mesentérica. Carcinoma de pulmón. Cirugía.

*Key words:* Mesenteric metastasis. Lung carcinoma. Surgery.

---

*Sr. Director:*

En España, la mortalidad más alta por cáncer, en varones, corresponde a la de pulmón. Más del 70% de casos se diagnostican en estadios muy evolucionados o localmente avanzados, no subsidiarios de cirugía potencialmente curativa. A pesar de la quimio-radioterapia, en la mayoría de los casos la enfermedad progresa, apareciendo metástasis a otros niveles, más frecuentemente en ganglios linfáticos, hígado, glándulas suprarrenales, hueso y cerebro (1). La diseminación en intestino es rara, siendo el carcinoma de células escamosas el que con mayor frecuencia la presenta (1). Más difícilmente asientan sobre tejido adiposo intraabdominal: el caso de metástasis en raíz del mesenterio que presentamos carece de precedentes. Una búsqueda exhaustiva en PubMed, incluyendo estudios de metástasis intestinales y de partes blandas realizados en los últimos 26 años, no dio referencia alguna. Las manifestaciones clínicas de estas metástasis son infrecuentes (2): hemorragia, malaabsorción, perforación intestinal (3) y obstrucción, la más frecuente (1-3).

#### Caso clínico

Varón de 69 años, exfumador, con aneurisma de aorta abdominal infrarrenal 7,5 cm y anticoagulación por tromboem-

bolismo pulmonar previo, recibió el diagnóstico de carcinoma de pulmón no microcítico CPNM tipo epidermoide T3aN2M0 en el lóbulo superior izquierdo. Considerado irresecable, fue sometido a 4 ciclos de cisplatino-vinorelbina junto con radioterapia torácica; con moderada respuesta. Seis meses después del diagnóstico, el paciente ingresó por dolor abdominal difuso de seis días de evolución y vómitos esporádicos. Presentaba hipoalbuminemia leve y anemia de 6,5 g/dl –precisando concentrados de hematíes–. La TC abdominopélvica informó de una masa procedente de mesenterio que englobaba varias asas de intestino. La ultrasonografía evidenció un trayecto fistuloso entre asas de intestino delgado y un área flemonosa con pequeñas burbujas de gas extraluminal, por lo que se instauró tratamiento antibiótico. Al 5º día desarrolló un franco cuadro obstructivo; siendo entonces intervenido con carácter urgente. Se halló una masa abdominal de 15 cm de diámetro en el mesenterio a nivel del promontorio y cercana al aneurisma. Esta englobaba al intestino delgado, dos asas de yeyuno, una de íleon –a 30 cm de la válvula cecal– y al colon sigmoideo en una longitud de 10 cm. Se procedió a la resección segmentaria de sigma y asas englobadas en el tumor mesentérico, reconstruyendo mediante tres anastomosis de intestino delgado con autosutura mecánica latero-lateral, y una de sigma término-terminal. La anatomía patológica demostró la infiltración de la grasa mesentérica y su extensión hacia la pared de las asas intestinales –alcanzando la mucosa–, englobándolas, con áreas de abscesificación y fistulización. El postoperatorio transcurrió sin incidencias –recuperó la ingesta oral y el tránsito intestinal– hasta el 8º día, cuando presentó un pico febril. La TC evidenció una colección de 8 cm –por mínima dehiscencia de sigma– que se drenó y resolvió radiológicamente. Con función intestinal normal, fue dado de alta. En las semanas posteriores, experimentó rápido deterioro del estado general y progresión de la enfermedad tumoral (linfangitis carcinomatosa pulmonar, crecimiento de metástasis subcutánea en pared torácica, hipercalcemia tumoral). No estando en condiciones de iniciar una segunda línea de quimioterapia, falleció al mes y medio tras la exéresis quirúrgica de la metástasis abdominal.

## Discusión

El diagnóstico de lesiones intestinales se realiza mediante TC –contraste vía oral o endovenoso–, siendo la prueba de elección, dada su alta sensibilidad (87%) (4). La existencia de múltiples lesiones intestinales repercute negativamente en el pronóstico de la enfermedad pulmonar (1). Más riesgo aún supone la presencia de obstrucción intestinal, perforación o sangrado activo, correspondiendo a estadios tumorales avanzados. La exéresis de la masa y asas implicadas en la obstrucción intestinal es una intervención agresiva, sólo justificada ante la imposibilidad de realizar una más conservadora. En nuestro paciente, debido a la implicación proximal de yeyuno, no era posible la ileostomía. Sólo en los casos de perforación o sangrado masivo está indicada la intervención quirúrgica urgente (5) paliativa, con resección del área afecta. La otra opción era abstenerse. En cualquier caso, la supervivencia de este procedimiento, en metástasis intestinales, no supera las 16 semanas (6); otros autores señalan que el 15% sobrevive a los 8 meses tras la cirugía (2).

Hemos presentado el primer caso de metástasis en mesenterio de un CPNM. La TC demostró su efectividad diagnóstica en estas inusuales, y poco sintomáticas, manifestaciones extraabdominales. El pronóstico es infausto.

Z. Meneses Grasa, A. Coll Salinas<sup>1</sup>, J. A. Macías Cerrolaza<sup>2</sup>,  
J. L. Aguayo Albasini<sup>1</sup>, A. Campillo Soto<sup>1</sup> y  
M. P. Guillén Paredes<sup>1</sup>

*Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Servicios de  
1Cirugía General y Digestiva, y 2Hematología y Oncología.  
Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia*

## 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. Gómez JA, Sánchez C, Torres MI. Carcinoma primitivo de pulmón con afectación intestinal secundaria: 3 casos de una serie de 420 pacientes. *Arch Bronconeumol* 2007; 43(8): 472-4.
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.