

Cartas al Director

Adenocarcinoma pulmonar diagnosticado por la presencia de metástasis duodenales y yeyunales

Palabras clave: Adenocarcinoma pulmonar. Metástasis duodenales. Metástasis yeyunales.

Key words: Lung adenocarcinoma. Duodenal metastases. Jejunal metastases.

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 58 años que acudió a nuestro Servicio por dolor en hemiabdomen izquierdo. Las pruebas complementarias efectuadas, debido a su sintomatología digestiva, revelaron la presencia de ulceraciones duodenales y yeyunales, que por la anatomía patológica fueron informadas como metástasis de un adenocarcinoma. Las metástasis intestinales de neoplasias pulmonares son excepcionales y, en la mayoría de los casos, se diagnostican con posterioridad a la presencia de tumores pulmonares. El caso que presentamos manifestó primero una clínica digestiva que llevo posteriormente al diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar, como tumor primario.

A pesar de que el cáncer pulmonar es la neoplasia más común en la práctica clínica, las metástasis intestinales de neoplasias pulmonares son inusuales. No obstante, algunos estudios recientes revelan el hecho de que, si bien las metástasis intestinales son un hallazgo clínico infrecuente, probablemente sean más comunes de lo que se sospecha, como se ha demostrado posteriormente durante las necropsias, siendo el cáncer de pulmón la neoplasia primaria más frecuente (1).

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 58 años que acudió a nuestro hospital por cuadro de dolor en fosa ilíaca izquierda, sin irradiación, muy intenso e invalidante, de cinco horas de evolución, no asociado a náuseas, vómitos, fiebre ni alteraciones del tránsito intestinal. El dolor no cedía a tratamiento analgésico habitual.

Entre sus antecedentes personales destacaban: apendicectomizado en 1995, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales, úlcus duodenal resuelto hace más de 20 años, ex fumador de 30-40 cigarrillos diarios desde hacía 7 años y poliomielitis en la infancia que afectaba a miembro superior izquierdo. En la exploración física, encontramos un abdomen blando, depresible, con percusión normal, ruidos intestinales conservados y a la palpación profunda se manifestaba un dolor intenso en hipocondrio izquierdo y fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, sin palparse masas ni visceromegalias.

En la analítica de urgencias, en el momento del ingreso, presentaba una leucocitosis de 22.700 μ L (rango normal: 4.000-11.000) con neutrofilia, trombocitosis de 567.000 μ L (rango normal 140.000-450.000), glucosa 192 mg/dL (rango normal: 70-110). Se realizó una radiografía simple de abdomen y ecografía abdominal que fueron informadas como normales. La TC abdominal de urgencias encontró hallazgos compatibles con un proceso inflamatorio intestinal. En esta situación se decidió el ingreso en el Servicio de Gastroenterología, donde se solicita, entre otras pruebas diagnósticas, TC abdominal de control en la cual se observaron unas imágenes de asas de intestino delgado, principalmente yeyuno, que se encontraban ligera a moderadamente dilatadas, con paredes engrosadas de forma irregular, con burbujas de aire atrapadas; posteriormente solicitamos un tránsito gastrointestinal que informó de la presencia de ulceraciones duodenales y desestructuración yeyunal con formaciones retráctiles y ulceriformes. A la vista de estos hallazgos se decidió solicitar una enteroscopia en la que se observaron grandes ulceraciones, en primera porción duodenal, en número de tres, con bordes sobre-elevados, lisos y umbilicados; pasado el ángulo de Treitz, en la primera porción yeyunal, se

observaron dos ulceraciones de similares características, pero con nicho más profundo y signos de sangrado reciente (Fig. 1). De dichas lesiones se tomaron varias biopsias que informaron de lesiones compatibles con metástasis de adenocarcinoma poco diferenciado. Para descartar otro asentamiento metastásico intestinal se decidió solicitar una colonoscopia que se informó como normal hasta ciego.

Paralelamente a estos hallazgos, se realizaron una Rx Tórax, en la que se apreció un nódulo en lóbulo superior izquierdo de 5,5 cm de diámetro, parcialmente cavitado y sin calcificaciones, de bordes nítidos (Fig. 2), *Mantoux* con resultado negativo, broncoscopia normal y una TC de tórax, en la que se confirmó la existencia de un nódulo de 4 x 3 x 3,5 cm, de bordes irregulares, a nivel del lóbulo superior izquierdo (Fig. 3), por todo lo cual, se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) del nódulo pulmonar con control tomográfico, informándose como lesión nodular compatible con adenocarcinoma pulmonar, llegándose a confirmar el diagnóstico de metástasis intestinales por adenocarcinoma pulmonar primario.

Debido a que la extensión tumoral, pulmonar y digestiva (duodeno-yeyunal), imposibilitaba el planteamiento de una actuación quirúrgica, se decidió iniciar tratamiento quimioterápico. El paciente recibió seis sesiones de quimioterapia, falleciendo seis meses después del diagnóstico (2-4).

Discusión

Las metástasis intestinales por neoplasias primarias pulmonares, son entidades clínicas muy raras. Antler y cols. afirman que el tumor pulmonar indiferenciado de células grandes y de células pequeñas produce metástasis más frecuentemente que otros tipos histológicos (5); mientras que McNeill y cols. y Mossier DM y cols. afirman que las metástasis son más frecuentes en los carcinomas pulmonares escamosos (6-8). Excepcionalmente, las metástasis intestinales se manifiestan previamente al tumor pulmonar primario, en



Fig. 1.- Metástasis, úlceras en la unión duodeno-yeyunal y signos de sangrado reciente.



Fig. 2.- Rx PA tórax: nódulo en el lóbulo pulmonar superior izquierdo, correspondiendo al tumor primario.

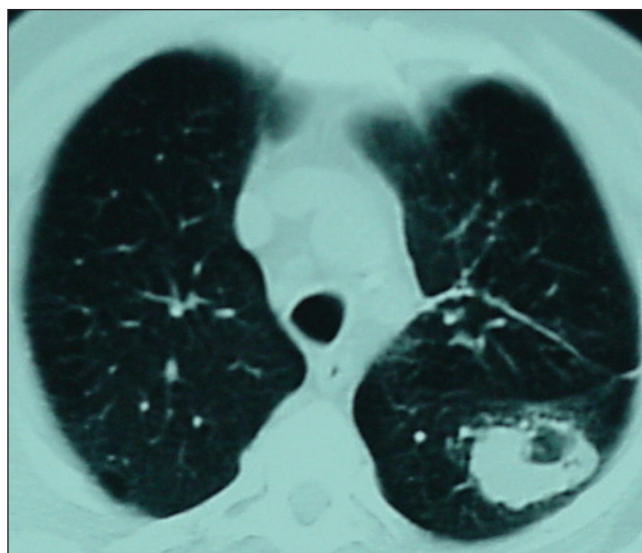


Fig. 3.- TAC: imagen nodular del tumor primario, apreciándose indefinición de bordes.

nuestro caso, la lesión pulmonar se manifestó secundariamente a la sintomatología intestinal debido a las ulceraciones duodeno-yeyunales.

El diagnóstico de la neoplasia pulmonar se realizó con posterioridad por PAAF del nódulo pulmonar, mediante control tomográfico, previamente evidenciado en la placa radiográfica de tórax y confirmado mediante TC torácico.

Con respecto a la localización de la metástasis en el intestino delgado, suele producirse más frecuentemente en el yeyuno, íleon o ambas y, menos en el duodeno (9). En nuestro caso las metástasis se encontraron más numerosas en el duodeno (tres lesiones) y menos en el yeyuno (dos lesiones), siendo sus características prácticamente iguales en ambas localizaciones.

La supervivencia, en los pocos casos publicados es escasa, no superando las 20 semanas, con excepción de dos pacientes que permanecían vivos 5 meses y 22 meses después del tratamiento de las metástasis intestinales, aunque en ambos casos la neoplasia pulmonar se conocía con anterioridad a la aparición de la metástasis intestinal (9-14). Nuestro paciente recibió seis sesiones de quimioterapia, falleciendo seis meses después del diagnóstico.

E. Linares Santiago, F. J. Romero Vázquez, M. Gómez Parra,
M. Jiménez Sáenz y J. M. Herrerías Gutiérrez

*Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Virgen
Macarena. Sevilla*

Bibliografía

1. Washington K, McDonagh D. Secondary tumors of gastrointestinal tract: surgical pathologic findings and comparison with autopsy survey. *Mod Pathol* 1995; 8 (4): 427-33.
2. Telerman A, Gerard B, et al. Gastrointestinal metastases from extra-abdominal tumors. *Endoscopy* 1985; 17 (3): 99-101.
3. Madeya S, Borsch G, et al. How frequent is the diagnosis of GI metastasis in an endoscopic patient sample in general internal medicine clinics? *Leber Mager Darm* 1993; 23 (2): 77-80, 83.
4. Gill SS, Heuman DM, et al. Small intestinal neoplasms. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33 (4): 267-82.
5. Antler As, Ough Y, et al. Gastrointestinal metastasis from malignant tumors of the lung. *Cancer* 1982; 49: 170-2.
6. McNeill PM, Lawrence D, et al. Small bowel metastasis from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987; 59: 1486-9.
7. Mossier DM, Bloch RS, et al. Small bowel metastases from primary lung carcinoma. *Am Surg* 1992; 58 (11): 677-82.
8. Cappabianca S, Barberi A, et al. Small bowel metastases of lung cancer as unique metastatic lesions. *Tumori* 2002; 88 (1): 68-7.
9. Berger A, Cellier C, et al. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Am J Gastroenterol* 1999; 94 (7): 1884-7.
10. Woods JM, Koretz MJ. Emergency abdominal surgery for complications of metastatic lung carcinoma. *Arch Surg* 1990; 125 (5): 583-5.
11. Kadakia SC, Parker A, et al. Metastatic tumors to the upper gastrointestinal tract: endoscopic experience. *Am J Gastroenterol* 1992; 87 (10): 1418-23.
12. Rouhanimeh Y, Vanderstighelen Y, et al. Intra-abdominal metastases from primary carcinoma of the lung. *Acta Chir Belg*; 101 (6): 300-3.
13. Akahoshi K, Chijiwa Y, et al. Metastatic large-cell lung carcinoma presenting as gastrointestinal hemorrhage. *Acta Gastroenterol Belg* 1996; 59 (3): 217-9.
14. Hubens G, Eerdeweg WV, et al. Massive intestinal haemorrhage due to a solitary jejunal metastasis of a primary bronchogenic tumor. *Acta Chir Belg* 1992; 92: 187-90.