

CARTAS AL DIRECTOR

Hemorragia digestiva alta como primera manifestación de un cáncer de pulmón

Upper gastrointestinal bleeding as the first manifestation of lung cancer

Sr. Director:

Las metástasis que por vía hematogena asientan en el estómago son infrecuentes, y entre estas destacan las secundarias a melanomas y tumores de mama. Clínicamente suelen ser asintomáticas y se encuentran en tumores avanzados^{1,2}.

Presentamos el caso de un varón de 79 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ex fumador de 50 cigarrillos/día y ex bebedor de 40 g de alcohol/día, en tratamiento con hierro oral, inhaladores β_2 y anticolinérgicos. Ingresa por melenas de una semana de evolución, lumbalgia, hiporexia y pérdida ponderal. Niega consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). A la exploración física destaca palidez cutaneomucosa e hipoventilación en hemitórax izquierdo. En analítica de sangre: hemoglobina 4,5 g/dl, VMC, HCM y ferritina normales. Urea 100 mg/dl y creatinina 1,9 mg/dl, y en radiografía de tórax se observa una masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo (LSI), periférica y de gran tamaño. Se realiza una gastroscopia, encontrándose múltiples implantes vasculares adheridos a planos profundos, con estigmas de sangrado reciente (fig. 1) en cardias, antro, fundus y duodeno, que se biopsiaron. Se solicitaron marcadores tumorales, estando elevado el SCC (4,2 ng/ml) y un estudio de extensión mediante TC toracoabdominal que confirmó la existencia de una masa pulmonar en LSI de 7 cm, sin invasión costal, con adenopatías hiliares izquierdas y metástasis pulmonares contralaterales, hepáticas, pancreática y suprarrenal izquierda. El diagnóstico histológico fue adenocarcinoma de células grandes pobremente diferenciado, con inmunohistoquímica positiva para TTF-1. El paciente desestimó el tratamiento sistémico paliativo y falleció a los 20 días del diagnóstico.

En este caso, el paciente no había desarrollado ningún síntoma que inicialmente orientase hacia un tumor pulmonar y el primer síntoma del mismo correspondió con una hemorragia digestiva secundaria a las metástasis gastroduodenales del mismo. La gastroscopia sirvió para filiar el origen

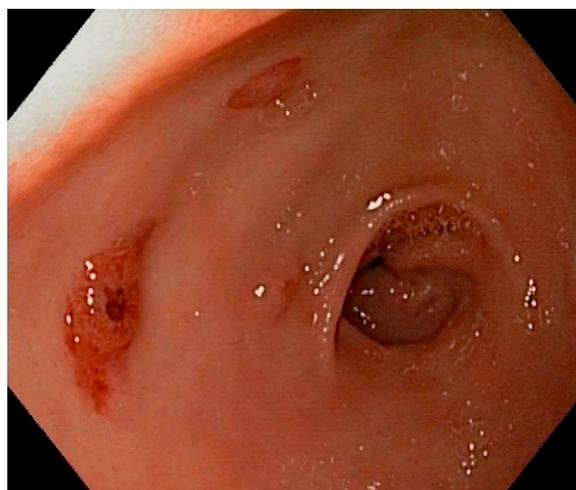


Figura 1 Implantes vasculares adheridos a planos profundos, con estigmas de sangrado reciente.

de dicho sangrado y orientó junto con los hallazgos radiológicos hacia la posibilidad de que se tratase de metástasis de un tumor pulmonar como quedó definitivamente establecido con el estudio histológico e inmunohistoquímico de las biopsias gástricas. Solo el 0,4-1,1% de los cánceres pulmonares (en necropsias el 4,7-14%) ocasionan metástasis en el tracto gastrointestinal, siendo el lugar de aparición más frecuente el intestino delgado, si bien se han descrito en estómago, colon y ano²⁻⁴. Las metástasis gastrointestinales sintomáticas son muy infrecuentes y aún más que constituyan la forma de presentación del tumor que las origina, como sucedió en nuestro caso.

Bibliografía

1. Yoshimoto A, Kasahara K, Kawashima A. Gastrointestinal metastases from primary lung cancer. *Eur J Cancer*. 2006;42:170-2.
2. Banos Madrid R, Martínez Crespo JJ, Moran Sanchez S, Albaladejo Meroño A, Serrano Jiménez A, Mercader Martínez J. Gastric metastasis from lung carcinoma. *An Med Intern*. 2001;18:656-7.
3. Kanthan R, Sharanowski K, Seneger JL, Fesser J, Chibbar R, Kanthan SC. Uncommon mucosal metastases to the stomach. *World J Surg Oncol*. 2009;3:62.

4. Jagirdar J. Application of immunohistochemistry to the diagnosis of primary and metastatic carcinoma to the lung. *Arch Pathol Lab Med.* 2008;132:384-96.

Lorena Sancho del Val*, Pilar Díez Redondo, Rafael Ruíz-Zorrilla López, Sara Lorenzo Pelayo, María Teresa Herranz Bachiller, Noelia Alcaide Suárez y Manuel Pérez-Miranda Castillo

Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enadocs@hotmail.com

(L. Sancho del Val).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.07.005>

Endometriosis colónica aislada de tipo polipoide simulando una neoplasia de sigma

Isolated polypoid endometriosis of the colon mimicking a sigmoid tumor

Sr. Director:

La endometriosis es una entidad clínica que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. La afectación intestinal normalmente coexiste con su presencia a otros niveles, sin embargo, la afectación intestinal aislada es muy poco frecuente.

Presentamos el caso de una mujer de 39 años que consulta por dolor abdominal difuso, dificultad para la evacuación intestinal, náuseas y vómitos. Se realiza colonoscopia en la que se observa a 50 cm del margen anal, engrosamiento mural irregular de la pared que estenosa prácticamente la luz, impidiendo el paso del endoscopio (fig. 1). Las tomas de biopsias en 2 ocasiones fueron negativas para malignidad. En la tomografía computarizada (TC) se observa en sigma una imagen seudonodular que oblitera la luz colónica, con valores de atenuación de partes blandas. Ante la clínica de la paciente y la ausencia de diagnóstico, se realiza una laparoscopia donde se observa una lesión esteno-



Figura 1 La endoscopia muestra una lesión nodular polipoide que impide el paso del endoscopio.

sante de sigma indicativa de neoplasia, por lo que se realiza sigmoidectomía oncológica laparoscópica. El resultado histológico de la pieza quirúrgica muestra una formación polipoide con glándulas y estroma endometriales, diagnóstico de endometriosis (fig. 2). Posteriormente se realizó evaluación exhaustiva por ginecología, sin hallar foco de endometriosis en otro punto. A la paciente le fue dada el alta, sin dolor abdominal y con ritmo intestinal conservado.

En la endometriosis los implantes ectópicos endometriales se localizan normalmente en la pelvis, pero puede encontrarse en cualquier parte del organismo.

Existen varias teorías etiopatogénicas. La teoría de Sampson defiende la propagación de células endometriales a estructuras pélvicas y peritoneo por un flujo retrógrado a través de las trompas de Falopio durante la menstruación. Otras teorías como la diseminación hematogena-linfática o la teoría de la metaplasia celómica explicarían los casos de endometriosis fuera de la cavidad abdominal o la que ocurre en mujeres posmenopáusicas y varones. Teorías más recientes defienden una disfunción inmunológica basadas en una inmunidad celular deficiente incapaz de reconocer tejido endometrial ectópico¹.

Se ha estimado que del 3 al 10% de mujeres en edad reproductiva tienen algún grado de endometriosis². Aunque la prevalencia exacta de afectación intestinal se desconoce, análisis retrospectivos muestran una prevalencia variable del 3,8-37% de pacientes con endometriosis³. La localización más frecuente es el recto (13-53%), seguido de sigma (18-47%), intestino delgado (2-5%) y apéndice (3-18%)⁴.

Sin embargo, la endometriosis intestinal normalmente coexiste con focos de endometriosis en otra localización, fundamentalmente ovario o peritoneo. En un estudio de 93 mujeres con diagnóstico de endometriosis profunda (definida como la endometriosis situada a más de 5 mm de profundidad de la superficie peritoneal) solo en 6 mujeres (6,5%) era la única forma de afectación, de las cuales solo una paciente tenía afectación rectal aislada. La mayoría de las pacientes (93,5%) tenían otras formas de endometriosis en forma de implantes peritoneales (61,35%), ováricos (50,5%) o adhesiones pélvicas (74,2%)⁵.

La sintomatología es variable, ya que las pacientes pueden encontrarse asintomáticas o presentar los síntomas clásicos de endometriosis (dismenorrea, dispareunia e infertilidad). Sin embargo, la endometriosis intestinal puede producir además dolor abdominal, náuseas,