



P-614 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A RECIDIVA TUMORAL PULMONAR METASTÁSICA

Ferrer Inaenit, Ester; Pujol Cano, Natalia; Molina Romero, Francesc Xavier; Alfonso García, María; Villalonga, Barbara; Oseira Reigosa, Anaí; Gil Catalán, Alejandro; González Argenté, Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción y objetivos: El cáncer de pulmón representa la principal causa de muerte por cáncer en el mundo, con un 50% de enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico. El tracto gastrointestinal es una ubicación atípica de diseminación (0,5-1,3%). El carcinoma de células gigantes es una variante rara y poco diferenciada que representa el 0,1-0,4% de los tumores pulmonares. El objetivo principal de este trabajo es enfatizar en el algoritmo diagnóstico de hemorragia digestiva baja en pacientes con antecedentes de neoplasia pulmonar. Se debe contemplar la posibilidad de metástasis en intestino delgado como causa de hemorragias, occlusiones y/o perforaciones intestinales. En estos casos, la resección quirúrgica es una opción de tratamiento que contribuye a solventar el cuadro urgente a la vez que establece un diagnóstico y planifica una estrategia oncológica de tratamiento.

Caso clínico: Varón de 81 años, exfumador, con antecedente de lobectomía inferior izquierda más linfadenectomía por carcinoma de pulmón de células gigantes en abril de 2018 (pT1b, N0, M0), sin signos sugestivos de recidiva en el seguimiento. Ingresó en mayo de 2019 por un cuadro de hemorragia digestiva baja y varios cuadros sincopales con hemoglobina de hasta 6,39 mg/dL. Se realizó colonoscopia y gastroscopia sin evidenciar lesiones, y se completó el estudio con una cápsula endoscópica en la que se identificaron dos pequeñas lesiones vasculares, una en duodeno proximal y otra a nivel de yeyuno proximal-medio, que fueron tratadas de forma endoscópica. Dada la persistencia de la clínica del paciente, se realizó una tomografía toracoabdominal en la que se visualizó una masa hipervasicular de 25 mm en el mesenterio de un asa de íleon terminal que infiltraba hacia la luz intestinal. Se realizó una laparoscopia exploradora urgente hallando una tumoración endoluminal dura y umbilicada de unos 7 x 7 cm en íleon proximal y se procedió a resección de 20 cm de íleon proximal con anastomosis manual término-terminal. El postoperatorio cursó sin complicaciones y fue dado de alta al séptimo día postoperatorio. El estudio de anatomía patológica informó de metástasis de carcinoma de células gigantes, compatible con recidiva tumoral pulmonar metastásica.

Discusión: La metástasis de cáncer de pulmón al tracto gastrointestinal es infrecuente y su localización principal de diseminación es el intestino delgado (8,1%). Los subtipos que con mayor frecuencia metastatizan en él son el carcinoma escamoso, de células grandes y pleomorfo (donde se encuentra el subtipo de células gigantes). Su tratamiento debe ser enfocado en el contexto de un cáncer de pulmón metastásico aunque puede requerirse una resección quirúrgica intestinal en caso de perforación, obstrucción intestinal o hemorragia, como en nuestro caso. La quimioterapia, como tratamiento neoadyuvante, depende de la histopatología del tumor y del estado del paciente debido a que el tratamiento en sí mismo puede aumentar el riesgo de perforación o sangrado. A pesar de la resección quirúrgica de las metástasis intestinales, alrededor de un 55%

de pacientes sufren recaída metastásica con tasas de supervivencia entre 1-3 años.