



Cartas científicas

Metástasis en vesícula biliar de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello: presentación atípica de metástasis de vía aérea

Gallbladder metastasis from squamous cell carcinoma of the head and neck: Atypical presentation of airway metastasis



Entre las neoplasias malignas del tubo digestivo, las neoplasias de la vesícula biliar ocupan el quinto lugar en frecuencia¹. De éstas, las neoplasias primarias son más del 95%, y las metástasis de otros carcinomas son extremadamente infrecuentes².

Presentamos el caso de un paciente varón de 69 años, fumador y bebedor, con antecedente a los 55 años de un carcinoma epidermoide de cavidad oral en estadio T4N2M1, tratado mediante hemiglosectomía, vaciamiento funcional cervical y colgajo antebraquial, con seguimiento inadecuado en consulta por falta de adherencia del paciente, y recidiva 10 años después a nivel cervical y pulmonar, recibiendo tratamiento con inmunoterapia y quimioterapia (C19D1 MK-3475-048 mantenimiento con pembrolizumab) con respuesta parcial mantenida, siendo sometido meses después a un vaciamiento cervical izquierdo, identificándose múltiples zonas de metástasis intracapsular de carcinoma epidermoide. Dos meses después de esta cirugía se realiza PET/TAC en la que no se evidencia recidiva tumoral local de la neoplasia faríngea, pero se identifica una lesión hipermetabólica en el fondo de la vesícula biliar (fig. 1), por lo que es remitido a consulta de cirugía. Se solicitó RMN abdominal en la que se observó un engrosamiento focal de la pared de la vesícula biliar de 7 mm de grosor y 27 mm de diámetro máximo, con realce, indeterminado, en el que no se puede descartar carácter tumoral de la lesión (fig. 1). Los marcadores tumorales fueron negativos. Con sospecha de metástasis de carcinoma epidermoide de cavidad oral, se decidió, en el comité de tumores digestivos, la resección quirúrgica con la realización de una colecistectomía radical, con resección de 2-3 cm de parénquima hepático por vía laparoscópica, con el uso combinado para la sección del parénquima hepático de características cirróticas de electrobisturí y del aspirador ultrasónico laparoscópico (CUSA©), sin incidencias durante la cirugía, y con alta hospitalaria en quinto día postoperatorio, sin complica-

ciones. En el estudio de anatomía patológica se concluye como carcinoma de células escamosas, positivo en inmunohistoquímica para los marcadores de tumor escamoso: CK 5-6 y p63 (fig. 2), pobemente diferenciado, de patrón sólido, sin componente glandular, con imágenes de invasión linfovascular y perineural, con presencia positiva de ADN del virus del papiloma humano (VPH) detectado mediante técnica de reacción en cadena de la polimerasa (RCP). Sin afectación ganglionar y con márgenes libres de neoplasia.

Casi la totalidad de las metástasis a distancia de los tumores epidermoides de cabeza y cuello (TECC) se producen a nivel pulmonar (77%), huesos (19%), mediastino/otros ganglios linfáticos (4%), así como el cerebro, el hígado y la piel, siendo extremadamente infrecuente la aparición de metástasis de TECC en otras localizaciones³. A su vez, las metástasis de otras neoplasias que se depositan en vesícula son muy infrecuentes, y estos pacientes tienen una sobrevida muy corta después del diagnóstico (8,4 meses de media)⁴. Dentro de este grupo de metástasis en vesícula biliar, los tumores malignos primarios más frecuentes son el melanoma^{5,6} y el cáncer gástrico⁷. No existe en la literatura reporte de metástasis en vesícula biliar de carcinomas de vía aérea. El paciente del caso clínico presenta una neoplasia epidermoide de vía aérea en un estadio avanzado (T4N2M1), con recidiva cervical confirmada histológicamente, y una lesión en vesícula biliar con carácter epidermoide puro, que plantea el diagnóstico diferencial con un carcinoma epidermoide de vesícula biliar, el cual es muy infrecuente, con una incidencia del 4% entre los tumores de vesícula biliar⁸. En este caso la presencia de una neoplasia primaria de vía aérea y la presencia confirmada en la lesión resecada de ADN de VPH, siendo el VPH responsable de hasta el 65% de tumores epidermoides de cavidad oral⁹, nos hace concluir que se trata de una lesión metastásica de un carcinoma epidermoide de vía aérea, siendo uno de los primeros casos reportado de este tipo de metástasis en vesícula biliar.

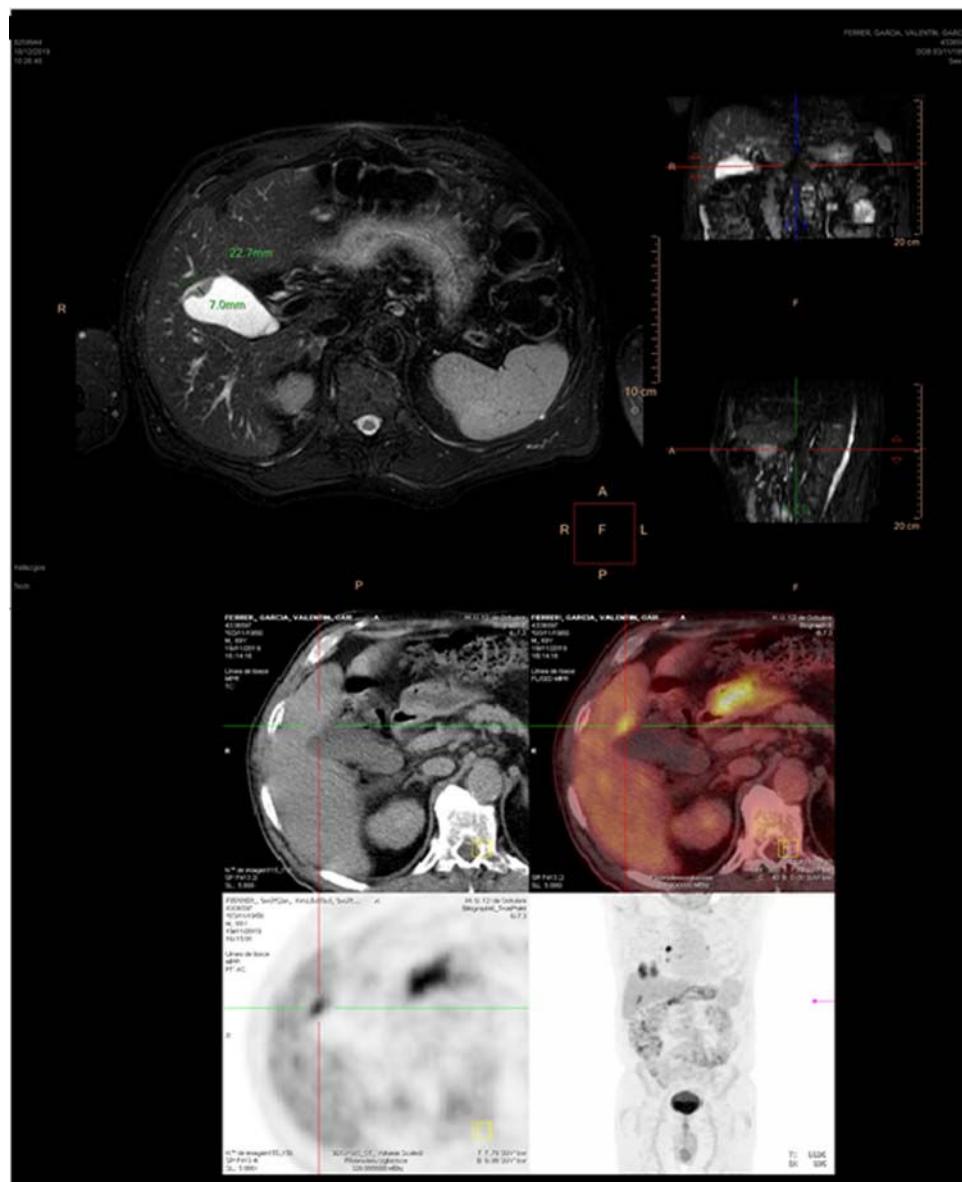


Figura 1 – RMN y PET/TAC previo a la cirugía.

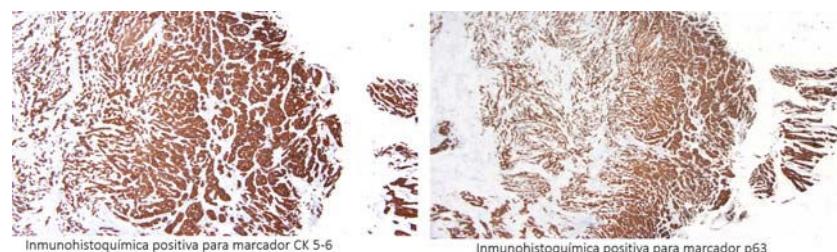


Figura 2 – Inmunohistoquímica de la pieza quirúrgica. A) Inmunohistoquímica positiva para el marcador CK 5-6. B) Inmunohistoquímica positiva para el marcador p63.

B I B L I O G R A F Í A

1. Sarbia M, Becker KF, Höfler H. Pathology of upper gastrointestinal malignancies. *Semin Oncol.* 2004;31:465-75.
2. Henson DE, Albores-Saavedra J, Corle D. Carcinoma of the gallbladder. Histologic types, stage of disease, grade, and survival rates. *Cancer.* 1992;70:1493.
3. Spector JG, Sessions DG, Haughey BH, Chao KS, Simpson J, El Mofty S, et al. Delayed regional metastases, distant metastases, and second primary malignancies in squamous cell carcinomas of the larynx and hypopharynx. *Laryngoscope.* 2001;111:1079-87.
4. Guida M, Cramarossa A, Gentile A, Benvestito S, de Fazio M, Sanbiasi D, et al. Metastatic malignant melanoma of the gallbladder: A case report and review of the literature. *Melanoma Res.* 2002;12:619-25.
5. Marone U, Caracò C, Losito S, Daponte A, Chiofalo MG, Mori S, et al. Laparoscopic cholecystectomy for melanoma metastatic to the gallbladder: Is it an adequate surgical procedure? Report of a case and review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2007;5:141.
6. Dasgupta T, Brasfield R. Metastatic melanoma. A clinicopathological study. *Cancer.* 1964;17:1323-39.
7. Yoon WJ, Yoon YB, Kim YJ, Ryu JK, Kim YT. Metastasis to the gallbladder: A single-center experience of 20 cases in South Korea. *World J Gastroenterol.* 2009;15:4806-9.
8. Albores-Saavedra J, Molberg K, Henson D. Unusual malignant epithelial tumors of the gallbladder. *Semin Diagn Pathol.* 1996;13:326-38.

9. D'Souza G, Gross ND, Pai SI, Haddad R, Anderson KS, Rajan S, et al. Oral human papillomavirus (HPV) infection in HPV-positive patients with oropharyngeal cancer and their partners. *J Clin Oncol.* 2014;32:2408-15.

Cándido Alcázar López^{ab}, Gonzalo P. Rodríguez Laiz^{ab}, Rosario Sánchez Martínez^{bc}, Sonia Pascual Bartolome^{bd} y José Manuel Ramia^{ab}

^aUnidad de Cirugía Hepatobilíopancreática y Trasplante Hepático, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^bInstituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante – ISABIAL–, Alicante, España

^cUnidad de Enfermedades Raras, Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^dSección de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rodriguez_gon@gva.es (G.P. Rodríguez Laiz).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.08.012>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Hipoxemia refractaria en la enfermedad traumática grave. Utilidad de la ECMO veno-venosa

Refractory hypoxemia in critical trauma patient. Usefulness of extra-corporeal membrane oxygenation

El empleo de los dispositivos veno-venosos de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO-vv) en la insuficiencia respiratoria grave de origen traumático ha sido controvertido y no está completamente definido, probablemente debido a su infrautilización en esta población. La ECMO-vv permite una adecuada oxigenación hasta que los pulmones se recuperan. Sin embargo, un aspecto limitante para su generalización ha sido el riesgo hemorrágico por la propia enfermedad traumática y por la anticoagulación necesaria del dispositivo¹. En este artículo describimos un caso de hipoxemia traumática refractaria tratada con ECMO sin anticoagulación, reflejando que estos dispositivos pueden ser considerados una medida de rescate una vez optimizadas las opciones terapéuticas previas.

Presentamos el caso de una mujer de 65 años que sufrió un atropello por un coche. A su ingreso en Medicina Intensiva, estaba consciente y sin ninguna focalidad. Presentaba TA 90/60, Fc de 90 lpm y taquipnea de 20 rpm. con SatO₂ 90%. En la exploración física destacaba hematoma en pómulo izquierdo,

hipoventilación en base derecha, discreta defensa abdominal y dolor a la palpación en pelvis. Se efectuó estudio de imagen apreciando fractura de dos costillas unifocales derechas con contusión pulmonar bilateral (fig. 1A), laceración hepática, traumatismo espinal (fractura de cinco apófisis transversas derechas desde T12 hasta L4) y traumatismo esquelético (fracturas en ambas alas sacras, fractura con minuta de pubis izquierdo con fracturas de ambas ramas iliopubiana y ceja cotiloidea anterior derecha). No se apreció lesión intracranal.

Las primeras horas estuvieron marcadas por shock hemorrágico precisando hemoderivados y drogas vasoactivas (activación de protocolo de hemorragia masiva). Se procedió a intubación orotraqueal y se completó estudio mediante arteriografía. Se identificaron varios focos de extravasación de contraste sugestivos de sangrado que eran dependientes de la arteria hipogástrica y epigástrica izquierda. Se embolizaron y se logró estabilidad hemodinámica.

Paralelamente, la insuficiencia respiratoria empeoró. La PaO₂/F_iO₂ era de 65 con PEEP 15. La sedación se mantuvo con