



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-010 - HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ORIGEN EN TUMOR INTESTINAL DE ORIGEN INFRECLENTE

Lete Aguirre, Noelia<sup>1</sup>; Domingo Bretón, María<sup>2</sup>; Zambrana Campos, Vanesa<sup>3</sup>; Palacios Fanlo, María José<sup>1</sup>; Medina Mora, Laura<sup>1</sup>; Soriano Liébana, María del Mar<sup>1</sup>; Carramiñana Nuño, Rubén<sup>1</sup>; Fontana Escartín, Sofía<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; <sup>2</sup>Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa; <sup>3</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

### Resumen

**Introducción:** Presentación en formato póster de un caso de hemorragia digestiva baja de etiología infrecuente. Mujer de 62 años con clínica de sangrado digestivo debido a metástasis intestinales de tumor pulmonar también poco habitual. Revisamos clínica, manejo diagnóstico y etiológico, así como los aspectos más relevantes del caso.

**Caso clínico:** Mujer de 62 años sin antecedentes de interés. Ingresa en Medicina Interna por dolor abdominal, fiebre y melenas. Tras gastroscopia y colonoscopia normales, se realiza body-TC, entero-RMN y PET-TC; concluyendo con la presencia de dos lesiones en intestino delgado con criterios metabólicos de malignidad (sin diagnóstico etiológico definitivo, a descartar GIST o linfoma) y nódulo espiculado en lóbulo superior de pulmón derecho (confirmándose malignidad mediante EBUS). En primer lugar se lleva a cabo la resección de las lesiones intestinales encontrándose 2 tumoraciones dependiente de intestino delgado, la primera en íleon proximal y la segunda en yeyuno distal. Se realiza exéresis de ambas con doble resección y anastomosis intestinal. Dada de alta sin incidencias. La anatomía patológica concluyó un tumor rabdoide extrarrenal maligno T4a N0. Genotipo KRAS mutado, mutación G12C, con perfil inmunohistoquímico (IHQ): CKAe1 Ae3 positiva, CK19 positiva, Vimentina positiva, Myogenina positividad focal. En un segundo tiempo, se realizó lobectomía superior derecha y linfadenectomía para resección del tumor pulmonar. La anatomía patológica concluyó: adenocarcinoma pulmonar de célula no pequeña estadio T1b1 N1 con perfil IHQ: TTF1: + p40. PD-L1: 95%. EGFR Genotipo no mutado. ALK negativo. ROS1 negativo. En body-TC al año de seguimiento, aparición de nueva lesión retroperitoneal adyacente al páncreas que se biopsia mediante ecoendoscopia. La anatomía concluye que se trata de un carcinoma pobremente diferenciado con fenotipo IHQ sugestivo en primer lugar de origen pulmonar. Debido a los antecedentes de la paciente y la complejidad del caso se solicita NGS (estudio de alteraciones genéticas en tumores sólidos mediante secuenciación masiva) y estudio IHQ para las tres lesiones neoplásicas (intestino delgado, pulmón y masa retroperitoneal). Con los hallazgos de NGS y técnicas IHQ se concluye que el diagnóstico final para las 3 lesiones es de un carcinoma pleomórfico de pulmón.

**Discusión:** La hemorragia digestiva baja es aquella que se origina por debajo del ligamento de Treitz, su repercusión clínica estará condicionada por la velocidad de instauración, el volumen y el

origen del sangrado. Las causas más frecuentes son las úlceras pépticas, divertículos, enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos intestinales, tumores gastrointestinales o trastornos de la coagulación; siendo la metástasis una causa infrecuente. La biopsia quirúrgica puede ser necesaria para el diagnóstico etiológico de las lesiones causantes de hemorragia digestiva baja, debido a la dificultad de acceso para la biopsia endoscopia y el alto riesgo de la biopsia percutánea, como ocurrió en nuestro caso. Presentamos el caso de un tumor pulmonar infrecuente con metástasis a un órgano no habitual cuya primera manifestación fue la hemorragia digestiva baja.