

- troenterology. 2020;159:350–7, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.012>.
3. Hanzel J, Ma C, Marshall JK, Feagan BF, Jairath V. Managing inflammatory bowel disease during COVID-19: Summary of recommendations from gastrointestinal Societies. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18:2143–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2020.04.033>.
  4. D'Amico F, Rahier JF, Leone S, Peyrin-Biroulet L, Danese S. Views of patients with inflammatory bowel disease on the COVID-19 pandemic: A global survey. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5:631–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30151](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30151).
  5. Chen J, Peng X, Zhang M, Zhi M. Impact of medication discontinuation on patients with inflammatory bowel disease during the COVID-19 outbreak. Gastroenterology. 2020;S0016–5085, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.087>.

Rodrigo Quera<sup>a,\*</sup>, Daniela Simian<sup>a,b</sup>, Lilian Flores<sup>a</sup>, Patricio Ibáñez<sup>a</sup> y Carolina Figueroa<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Subdirección de Investigación, Dirección Académica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rquera@clc.cl](mailto:rquera@clc.cl) (R. Quera).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.10.014>  
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Causa rara de abdomen agudo: metástasis intestinales de cáncer de pulmón



### Rare cause of acute abdomen: Small bowel metastasis from lung cancer

Las metástasis intestinales de cáncer de pulmón (MICP) son infrecuentes<sup>1</sup>. Su diagnóstico es difícil, al ser la mayoría asintomáticas, aunque en ocasiones pueden causar síntomas relacionados con complicaciones. Ante la presencia de síntomas abdominales en pacientes con cáncer de pulmón, deberemos sospechar una MICP<sup>2,3</sup>.

Describimos 2 casos de pacientes con abdomen agudo secundario a MICP.

#### Caso 1

Varón de 58 años, fumador, que ingresa en Urgencias por una crisis convulsiva. En la tomografía computarizada (TC) cerebral se objetivaron masas supratentoriales bilaterales, compatibles con metástasis cerebrales. La TC toracoabdominopélvica demostró un nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo que infiltraba la pleura, con adenopatías mediastínicas e intraabdominales. Al 7.º día, por dolor abdominal, se realizó TC, en la que se evidenció neumoperitoneo, distensión de asas de intestino delgado y líquido libre (fig. 1A). Se practicó intervención quirúrgica urgente, en la que se observó una tumoración yeyunal perforada y peritonitis generalizada. Se realizó resección segmentaria y anastomosis. Posteriormente, la histología de la punción torácica guiada por TC demostró un adenocarcinoma de pulmón. El paciente fue dado de alta a los 8 días sin complicaciones (Clavien 0, CCI: 0). El estudio histológico de intestino delgado mostró un adenocarcinoma pobremente diferenciado compatible con origen pulmonar (fig. 1B y C). Por progresión tumoral, el paciente falleció a los 2 meses de la cirugía (Clavien V, CCI: 100).

#### Caso 2

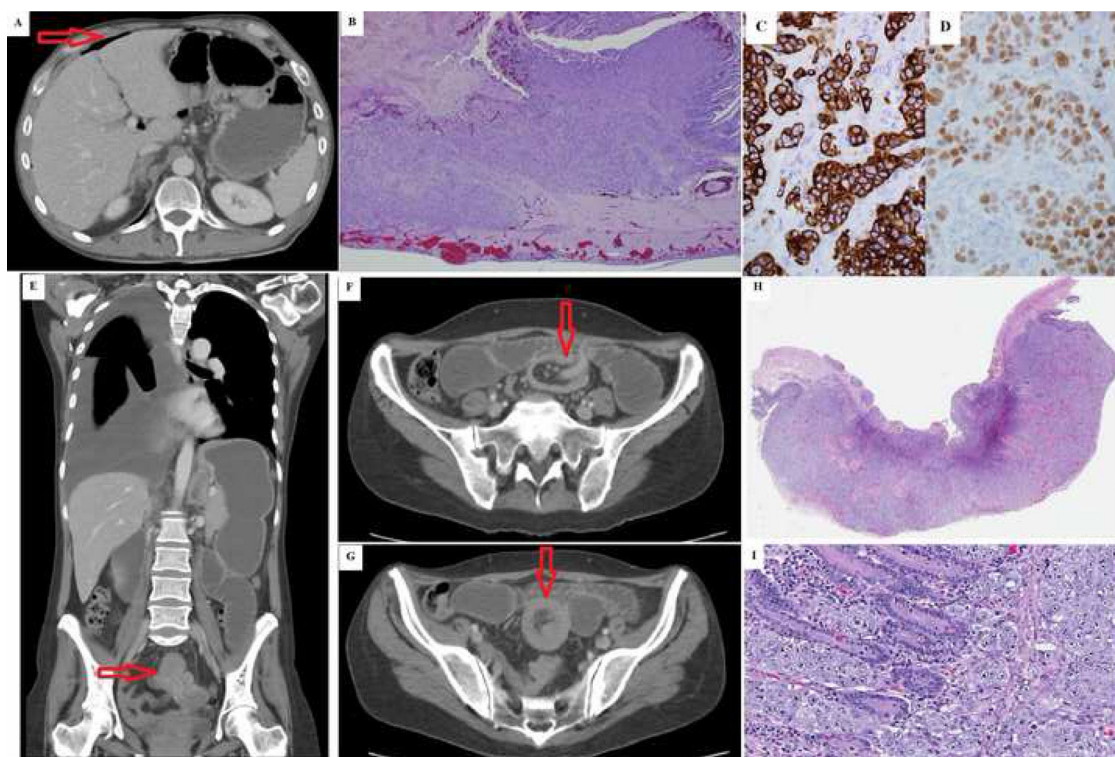
Se trata de una mujer de 46 años, en tratamiento inmunoterápico con nivolumab por un carcinoma indiferenciado

de origen desconocido, en estadio IV, estable durante un año. Ingresó por malestar general y vómitos. La TC abdominal objetivó obstrucción intestinal secundaria a invaginación yeyunal (fig. 1 E-G). La intervención quirúrgica confirmó la invaginación, con lesión palpable e indurada en su interior, sin otros hallazgos; se hizo resección segmentaria y anastomosis. El resultado histológico fue de infiltración por adenocarcinoma pulmonar (fig. 1H e I). La paciente presentó trombosis venosa profunda e insuficiencia respiratoria aguda secundaria a derrame pleural (Clavien IIIb, CCI: 33,5). Al mes, precisó reingreso por derrame pleural, por lo que se decidió manejo paliativo, con fallecimiento (Clavien V, CCI: 100).

Aproximadamente el 50% de los pacientes con cáncer de pulmón tienen metástasis al diagnóstico<sup>2</sup> y la incidencia de recidiva locorregional o a distancia tras el tratamiento es del 50% a los 2 años<sup>4</sup>. El cáncer de pulmón puede diseminarse por vía linfática o hematogena; son el hígado, cerebro, glándula suprarrenal y hueso las localizaciones más frecuentes<sup>2-5</sup>, si bien los patrones de diseminación varían según el tipo histológico<sup>5</sup>.

La afectación metastásica en otras localizaciones es rara (menos del 5%), siendo más frecuente en varones y suele presentarse con lesiones múltiples<sup>2,3</sup>. Su aparición suele ocurrir en el contexto de un paciente terminal con enfermedad diseminada en varias localizaciones<sup>2-4</sup>. Dentro de estas lesiones, las gastrointestinales tienen una incidencia del 0,3-1,7%<sup>1</sup>, y se localizan, por orden de frecuencia, en esófago, intestino delgado, estómago y colon<sup>1,3</sup>. En el caso del intestino delgado, afectan predominantemente a yeyunoíleon, como en nuestros pacientes, y, en menor medida, al duodeno<sup>1,3</sup>.

Las manifestaciones clínicas de las MICP suelen ser escasas o confundidas con efectos gastrointestinales de la quimioterapia. De hecho, en estudios *post mortem*, su incidencia aumenta al 4,6-14%<sup>1</sup>. En raras ocasiones la primera manifestación clínica del cáncer de pulmón se debe a la afectación metastásica gastrointestinal<sup>1,2</sup>. Se han descrito casos de metástasis intestinales sintomáticas por complicaciones como hemorragia digestiva alta, perforación u obstrucción<sup>1,3</sup>. Por ello, en pacientes con abdomen agudo y cáncer pulmonar, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales<sup>1,3</sup>.



**Figura 1** A) Corte axial de TC abdominal del caso 1: neumoperitoneo (flecha). B) Histología del caso 1: pared de intestino delgado infiltrada por la tumoración. Infiltración desde capa peritoneal hacia mucosa, en la que se observan pequeños nidos tumorales, ulceración y necrosis de la superficie. C) Inmunohistoquímica del caso 1. Positividad para citoqueratina 7 en la membrana y citoplasma en la tumoración. D) Inmunohistoquímica del caso 1. TTF-1 positivo en la tumoración infiltrante. E-G) TC abdominal del caso 2: invaginación de intestino delgado (flecha). H) Histología del caso 2: visión panorámica de la pared intestinal ulcerada e infiltrada por adenocarcinoma en todo su espesor. I) Histología del caso 2: crecimiento en sábana de la neoplasia formando nidos sólidos, células con presencia de vacuolas intracitoplasmáticas y luces celulares.

El tratamiento más adecuado de las metástasis intestinales está en debate y viene condicionado por la clínica. En el caso de complicaciones, como en nuestros pacientes, el tratamiento recomendado es quirúrgico, con resección intestinal segmentaria y anastomosis. En caso de invaginación, debe evitarse la desinvaginación previa por riesgo de diseminación neoplásica, perforación y complicaciones en la anastomosis debidas a la manipulación<sup>1</sup>.

Las metástasis gastrointestinales en cáncer de pulmón empeoran el pronóstico y disminuyen la supervivencia<sup>2</sup>. La presencia de perforación intestinal, otras metástasis metacrónicas extraintestinales y la edad son factores que ensombrecen el pronóstico. En estos casos, la supervivencia suele limitarse a semanas o meses<sup>1,3</sup>.

Las MICP son poco frecuentes y en su mayoría, asintomáticas. Por ello, se debe tener un alto índice de sospecha para llegar al diagnóstico adecuado. Su aparición se asocia a un peor pronóstico y menor supervivencia.

## Bibliografía

1. Balla A, Subiela JD, Bollo J, Martínez C, Rodríguez Luppi C, Hernández P, et al. Metástasis gastrointestinales de carcinoma pulmonar primario Serie de casos y revisión sistemática de la literatura. *Cir Esp*. 2018;96:184–97.

2. Niu FY, Zhou Q, Yang JJ, Zhong WZ, Chen ZH, Deng W, et al. Distribution and prognosis of uncommon metastases from non-small cell lung cancer. *BMC Cancer*. 2016;16:149, doi: 10.1186/s12885-016-2169-5.
3. Jeba J, Backianathan S, Ishitha G, Singh A. Oral and gastrointestinal symptomatic metastases as initial presentation of lung cancer. *BMJ Case Rep*. 2016;2016, bcr2016217539. doi: 10.1136/bcr-2016-217539.
4. Nakamura T, Chino O, Tajima T, Tanaka Y, Yokoyama D, Hanashi T, et al. Ileal intussusception due to metastasis from squamous cell carcinoma of the lung resected 12 years previously. *Tokai J Exp Clin Med*. 2015;40:137–40.
5. Milovanovic IS, Stjepanovic M, Mitrovic D. Distribution patterns of the metastases of the lung carcinoma in relation to histological type of the primary tumor: An autopsy study. *Ann Thorac Med*. 2017;12:191–8, doi: 10.4103/atm.ATM-276.16.

María Dolores Picardo Gomendio<sup>a,\*</sup>, Alba Manuel Vázquez<sup>a</sup>, Cristina García Amador<sup>a</sup>, Yuri Rodríguez Figueira<sup>b</sup>, Antonio Candia<sup>b</sup>, Roberto de la Plaza Llamas<sup>a</sup> y José Manuel Ramia Ángel<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

<sup>c</sup> Hospital General Universitario de Alicante; Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lolapicardo2@gmail.com](mailto:lolapicardo2@gmail.com)  
(M.D. Picardo Gomendio).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.07.026>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Hallazgo sincrónico de un cuerpo extraño en colon y una fístula gastrocólica de etiología maligna



### Synchronic finding of a foreign body in colon and a malignant gastrocolic fistula

Las fístulas gastrocólicas pueden tener numerosas etiologías, tanto benignas como malignas. Entre las entidades benignas están las úlceras pépticas, la pancreatitis aguda o crónica y la enfermedad de Crohn. En los países occidentales la etiología maligna más frecuente es el adenocarcinoma de colon, mientras que en los países orientales es el adenocarcinoma gástrico. La incidencia de una fístula maligna es muy baja: aparece solo el 0,3-0,4% de los pacientes operados por una neoplasia digestiva<sup>1</sup>.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son vómitos fecaloideos, dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de una paciente de 80 años, con antecedentes de una colecistectomía y una hernia de hiato intervenida mediante funduplicatura posterior tipo Toupet. La paciente acudió ambulatoriamente a una colonoscopia para estudio de anemia microcítica, en la que se apreciaba, a 25 cm del margen anal, un cuerpo extraño alargado y enclavado por los 2 extremos (fragmento de hueso) con la mucosa circundante edematosa y eritematosa (fig. 1A). Este se extrajo en un segundo tiempo, 24 h después, mediante la utilización de una pinza de cuerpos extraños y se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal que mostraba una masa de 45 × 38 mm en contacto con curvatura mayor gástrica y ángulo esplénico del colon que sugería comunicación entre la luz de ambas estructuras (fig. 1B). Clínicamente la paciente refería dispepsia posprandial y anorexia, con pérdida de peso de 3 kg en 6 meses.

Se completó el estudio con una gastroscopia en la que se apreciaba en cuerpo gástrico una lesión de 3-4 cm con la zona central deprimida y bordes sobreelevados de aspecto inflamatorio, sugestiva de fístula (fig. 1C), con una ecoendoscopia en la que se apreciaba una masa sólida de 40 × 40 mm que abarcaba la pared gástrica y comunicaba con el colon y una nueva colonoscopia que mostraba, en ángulo esplénico, una mucosa con múltiples ulceraciones y una estenosis infranqueable (fig. 1D).

Las biopsias fueron compatibles con un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de origen gástrico (estudio inmunohistoquímico CDX2 y CDX20 positivo, con CDX7 débilmente positivo).

Por tanto, la paciente presentaba de forma sincrónica un cuerpo extraño alojado en el sigma y una fístula gastrocólica maligna.

La detección de cuerpos extraños en colon es poco frecuente ya que estos, una vez lo han alcanzado, suelen ser expulsados de forma espontánea. Su diagnóstico suele estar relacionado con la aparición de alguna complicación, como una perforación intestinal o hemorragia digestiva<sup>3</sup>.

Por otra parte, la detección de fístulas gastrocólicas es excepcional. Estas, como en nuestra paciente, suelen comunicar la curvatura mayor gástrica con la mitad distal del colon transversal, ya que en este punto ambos órganos están separados únicamente por el omento gastrocólico<sup>2</sup>.

Existen 2 hipótesis para explicar la formación de fístulas entre el aparato digestivo superior y el inferior. El tumor puede invadir el órgano contiguo a través del omento gastrocólico o provocar, secundariamente a una úlcera, una reacción inflamatoria peritoneal intensa que produzca la adherencia y posterior fistulización entre ambos órganos<sup>1</sup>.

En cuanto a los métodos diagnósticos, incluyen TC abdominal, gastroscopia, colonoscopia o un tránsito baritado, procedimiento que es el de mayor sensibilidad (hasta un 90%). La gastroscopia y la colonoscopia son importantes, ya que permiten apreciar directamente la fístula y la toma de biopsias, pero, en casos de fístulas de pequeño tamaño, estas pueden pasar desapercibidas<sup>4</sup>.

El tratamiento suele ser quirúrgico, individualizando en cada paciente en función de la estadificación tumoral y las comorbilidades, aunque, si es posible se realiza una resección en bloque del área afectada con quimioterapia adyuvante asociada en algunos casos. Existen pocos datos acerca de la supervivencia a largo plazo de estos pacientes tras la cirugía<sup>4</sup>.

En el caso de nuestra paciente se indicó una resección en bloque. Sin embargo, durante la intervención quirúrgica se constató la irreseccabilidad del tumor, dado que infiltraba la raíz de los vasos mesentéricos, por lo que se decidió una cirugía paliativa consistente en una yeyunostomía de alimentación y una colostomía en colon ascendente. Tres meses después se produjo el fallecimiento de la paciente.

En conclusión, las fístulas gastrocólicas malignas son poco frecuentes. Su diagnóstico requiere de tomografía computarizada, colonoscopia y gastroscopia, y el tratamiento, cuando es posible, consiste en la resección en bloque del área afectada.