

Caso clínico

Suprarrealectomía en paciente con metástasis adrenal de carcinoma microcítico de pulmón

S. Maciá Escalante^a, C. Llorca Ferrandis^a, A. Juárez Marroquí^a, G. Esquierdo^a, J.M. Cervera Grau^a, J. Navío Perales^b y F.J. Sánchez Candel^c

^aServicio de Oncología Médica, Hospital de Elda, Alicante, España

^bServicio de Cirugía, Hospital de Elda, Alicante, España

^cServicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Elda, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de octubre de 2011

Aceptado el 19 de enero de 2012

Palabras clave:

Adrenalectomía

Metástasis suprarrenal

Cáncer microcítico de pulmón

RESUMEN

En la última década el abordaje del tratamiento de los pacientes oncológicos ha cambiado de una manera sustancial, y es cada vez más habitual la utilización de la cirugía en la enfermedad metastásica. Los avances en las técnicas de imagen han hecho posible detectar y caracterizar de manera eficaz las metástasis suprarrenales. La tomografía computerizada (TC) por sí sola o con contraste yodado administrado por vía oral e intravenosa es muy útil en la valoración de la infiltración metastásica suprarrenal. Varias series han confirmado que el tratamiento quirúrgico de una metástasis adrenal aumenta la supervivencia de pacientes seleccionados y puede ser potencialmente curativa. Presentamos el caso de un paciente con resección de metástasis suprarrenal por carcinoma microcítico de pulmón.

© 2011 Grupo Sanitario C.B. Publicado por Elsevier España, S. L. Todos los derechos reservados.

Adrenalectomy in patients with adrenal metastasis of small cell lung cancer

ABSTRACT

In the last decade, the approach to the treatment of oncology patients has substantially changed and it is increasingly more common to use surgery in metastatic disease. Advances in the imaging techniques have made it possible to detect and characterize effectively adrenal metastases. Computed Tomography (CT) scan alone or with iodine contrast administered orally or intravenously is very useful in the evaluation of adrenal metastatic infiltration. Several series have confirmed that surgical treatment of adrenal metastasis increases survival of selected patients and can be potentially curative.

We present the case of a male patient with adrenal metastasis resection due to small cell lung cancer.

© 2011 Grupo Sanitario C.B. Published by Elsevier España, S. L. All rights reserved.

Keywords:

Adrenalectomy

Adrenal metastasis

Small cell lung cancer

Autor para correspondencia

Correo electrónico: smaci@yahoo.com (S. Maciá).

Introducción

En la última década el abordaje del tratamiento de los pacientes oncológicos ha cambiado de una manera sustancial, y es cada vez más habitual la utilización de la cirugía en la enfermedad metastásica. Existen muchos cánceres que metastatizan en la glándula suprarrenal. El importante flujo sanguíneo y la existencia de varias vías de aporte arterial explican la elevada incidencia de metástasis en esta localización¹. Los tumores que metastatizan en la glándula suprarrenal con mayor frecuencia son el de mama, pulmón, gástrico, gastrointestinal, renal y melanoma.

Los avances en las técnicas de imagen han hecho posible detectar y caracterizar de manera eficaz las metástasis suprarrenales. La tomografía computerizada (TC) por sí sola o con contraste yodado administrado por vía oral e intravenosa es muy útil en la valoración de la infiltración metastásica suprarrenal. En la TC las lesiones metastásicas son generalmente inespecíficas. El tamaño puede ser variable, pueden ser únicas o multifocales, de contorno liso, irregular o lobulado, con infiltración local o, incluso, con hemorragia². En los últimos años ha cobrado especial importancia el uso de la tomografía por emisión de positrones para apoyar la imagen del TC y distinguir entre adenoma y carcinomas-metástasis.

Varias series han confirmado que el tratamiento quirúrgico de una metástasis adrenal aumenta la supervivencia de pacientes seleccionados y puede ser potencialmente curativa. Hay datos en pacientes con carcinoma de pulmón no microcítico que presentaban como única localización de metástasis la glándula suprarrenal³, sin embargo hay escasos datos disponibles de pacientes con carcinoma microcítico de pulmón, por considerarse tradicionalmente como enfermedad extendida y abordable con quimioterapia paliativa.



Fig. 1 – Nódulo suprarrenal izquierdo compatible con metástasis.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 45 años con antecedente de dislipemia y tabaquismo activo, remitido al Servicio de Oncología Médica en marzo 2005, con diagnóstico de carcinoma microcítico de pulmón y enfermedad extendida (derrame pleural). La TAC hecha para realizar el diagnóstico informaba de múltiples adenopatías mediastínicas, la mayor localizada entre aorta y cava superior, de 7 cm de diámetro; adenopatías hilares derechas y subcarinales; masa que ocluye el bronquio de lóbulo inferior derecho, que condiciona colapso parcial de éste, y derrame pleural derecho. Recibió 6 ciclos de quimioterapia según esquema cisplatino 100 mg/m²-etopósido 100 mg/m² del 21 de marzo de 2005 al 7 de julio de 2005, con criterios de respuesta parcial, al desaparecer el derrame pleural y disminuir el tamaño del nódulo parenquimatoso de lóbulo inferior derecho y las adenopatías mediastínicas. Se valoró entonces por parte del Servicio de Oncología Radioterápica, recibiendo entre el 3 y el 19 de Agosto de 2005 radiación en la Unidad de Co-60 sobre volumen tumoral mediastínico residual mediante dos campos, anterior y posterior, administrándose 45 Gy biológicos. La intención del tratamiento fue paliativa, al comprobar la imposibilidad de administrar una dosis mayor en el mediastino por la tolerancia medular. El paciente continuó realizando revisiones periódicas, encontrando en la TAC realizada en mayo de 2006 nódulo suprarrenal izquierdo compatible con metástasis (fig. 1) y reaparición del derrame pleural. Ante la progresión de la enfermedad se plantea segunda línea de tratamiento con irinotecan, que se inicia con fecha 15 de mayo de 2006. Se realiza primera reevaluación con TAC con fecha 9 de agosto de 2006, con reducción significativa del derrame pleural y desaparición del nódulo suprarrenal (fig. 2). Continuó tratamiento con CPT-11 hasta el 29 de Enero de 2007, con criterios de enfermedad estable. Con fecha 19 de Marzo de 2007 reaparece nódulo suprarrenal de 3 x 6 cm pau-



Fig. 2 – Desaparición del nódulo suprarrenal izquierdo.



Fig. 3 – Se observa reaparición de nódulo suprarrenal.



Fig. 4 – Reducción del nódulo suprarrenal.

tándose en esta ocasión tratamiento según esquema carboplatino-etopósido. Tras tres ciclos de tratamiento, con nula toxicidad clínica, se evidencia reducción muy significativa de la lesión suprarrenal, por lo que completa hasta seis ciclos, con criterios de enfermedad estable. El paciente se encontraba en todo momento asintomático, manteniendo una vida activa. En la revisión inmediatamente posterior, con fecha 14 de Noviembre de 2007, se observa reaparición del nódulo suprarrenal (fig. 3), que medía en este momento 2 cm. Ante progresión de enfermedad a CDDP-VP 16, CPT-11 y carbo-

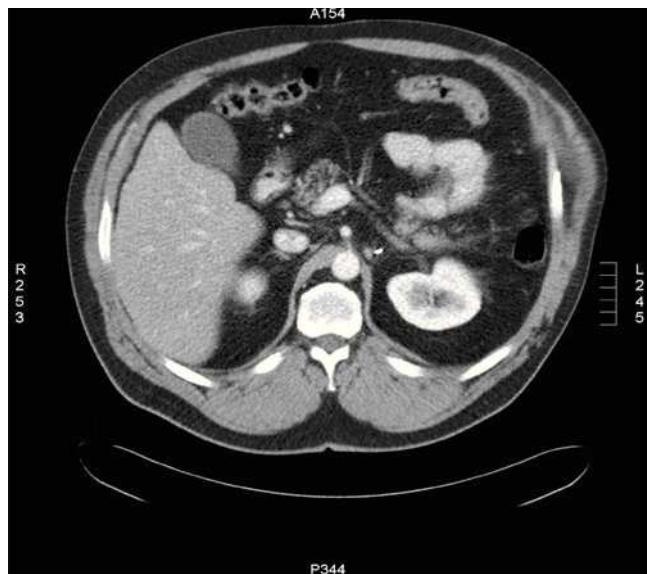


Fig. 5 – Persistencia de respuesta en el nódulo suprarrenal izquierdo.

platino-VP-16 en paciente con ECOG 0, se pauta quimioterapia según esquema ciclofosfamida-adriamicina-vincristina. Tras tres ciclos se repite TAC con fecha 21 de Enero de 2008 (fig. 4), con reducción del nódulo suprarrenal izquierdo. En ese momento se decide plantear el caso en comité de cirugía, ante tercera progresión de enfermedad en la misma localización, con enfermedad controlada a otros niveles. Con fecha 01 de Abril de 2008 se realiza suprarrenalectomía laparoscópica, con anatomía patológica que informaba de metástasis de carcinoma microcítico de pulmón de $1,8 \times 1,4$ cm. Desde esa fecha ha permanecido en revisión, sin aparecer hasta la fecha progresión de enfermedad, habiendo realizado la última revisión con fecha 12 de Noviembre de 2010 con TAC (fig. 5). El paciente presenta actualmente un ECOG 0 y realiza vida normal.

Conclusión

La cirugía no tiene un papel definido en el carcinoma microcítico de pulmón⁴.

El tratamiento quirúrgico de una lesión adrenal está indicado para extirpar tumores funcionantes y no funcionantes, masas adrenales sólidas sospechosas de malignidad y lesiones de tamaño mayor a 5 cm. La adrenalectomía quirúrgica abierta puede realizarse con varios métodos, como la vía de abordaje transabdominal, lateral, posterior y posterior modificada. La adrenalectomía laparoscópica es oncológicamente comparable a la cirugía abierta como tratamiento de las metástasis adrenales, y puede presentar varias ventajas sobre el abordaje quirúrgico abierto; ha demostrado ser superior en lo que respecta a la duración de la intervención, la necesidad de analgesia, las complicaciones postoperatorias, la duración del periodo de hospitalización y la hemorragia durante la intervención⁵.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

B I B L I O G R A F Í A

1. Gittens PR Jr, Solish AF, Trabulsi EJ. Surgical management of metastatic disease to the adrenal gland. *Seminars in Oncology*. 2008;35(2):172-6.
2. Fassnacht M, Kenn W, Allolio B. Adrenal tumours: how to establish malignancy? *J Endocrinol Invest*. 2004;27:387-99.
3. Lad T, Piantadosi S, Thomas P, Payne D, Ruckdeschel J, Giaccone G. A prospective randomized trial to determine the benefit of surgical resection of residual disease following response of small cell lung cancer to combination therapy. *Chest*. 1994;106:320-3.
4. Pérez Gracia JL, López Picazo JM, Martín Algarra S, Viteri S, García-Foncillas J, Gúrpide A. Carcinoma microcítico de pulmón. *Rev Med Univ Navarra* 2007; 51(2):7-13.
5. Reyes L, Parvez Z, Nemoto T, Regal AM, Takita H. Adrenalectomy for adrenal metastases from lung carcinoma. *J Surg Oncol*. 1990;44:32-4.