PRESENTACIÓN DE CASO

INTUSUSCEPCIÓN DE INTESTINO DELGADO POR CARCINOMA DE PULMÓN METASTÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo A. Farina MAAC, Gustavo Pagliarino MAAC, Carlos Cucci, Horacio Ferrario, Federico Aucejo y Carlota Cenoz*

DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS, HOSPITAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO, BUENOS AIRES

La enfermedad metastásica del carcinoma de pulmón se presenta aproximadamente en la mitad de los casos durante el diagnóstico iniciala. Hígado, hueso, glándulas adrenales y ganglios linfáticos son los órganos frecuentemente afectados, mientras la localización en intestino delgado es de presentación insualb,c. La extensión de las metástasis se correlacionan con el tipo histológico del cáncer de pulmón, siendo más frecuente en el carcinoma de células grandes y pequeñasd,e.

Presentamos un caso de abdomen agudo obstructivo quirúrgico con el hallazgo de intususcepción yeyuno-ileal, destacando que en la búsqueda bibliográfica realizada, no se encontraron casos por metástasis de origen pulmonar.

CASO CLÍNICO

Mujer de 49 años de edad que presenta distensión abdominal progresiva con falta de eliminación de gases y materia fecal de 10 días de evolución. En la radiografía directa de abdomen se observan múltiples niveles hidroaéreos de yeyuno sin progresión de aire al colon y recto e imagen de revoque.

Refiere el antecedente quirúrgico de neumonectomía izquierda por carcinoma de pulmón efectuada 40 días antes (Fig. 1). La evolución en el postoperatorio fue tórpida, presentando episodios recurrentes de suboclusión intestinal.

Con el diagnóstico presuntivo de obstrucción mecánica aguda de intestino delgado, se decide la intervención quirúrgica de urgencia. Se efectúa laparotomía mediana exploradora hallando masas suscetible yeyuno-ileal con sufrimiento vascular del sector intestinal comprometido.

Se realiza resección segmentaria del intestino afectado y anastomosis primaria latero-lateral por gran incongruencia de cabos, pero el paciente presenta dehiscencia anastomótica en el 5° día postoperatorio, por lo que se reopera. Deben al antecedente oncológico de la paciente sumar al estado general deficiente por desnutrición e hipalbuminemia se desmonta la anastomosis y se realiza una ileostomía terminal con fístula mucosa distal.

La evolución fue favorable, indicando el alta hospitalaria al 15° día del postoperatorio.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informa:

* Jefa de Servicio Anatomía Patológica
Correspondencia: Pablo A. Farina
E-mail: pafarina@intramed.net.ar
Recibido el 23 de marzo de 2001
Aceptado el 14 de mayo de 2001

FIGURA 1
Rx de tórax donde se observa masa tumoral en pulmón izquierdo correspondiente a carcinoma gigantocelular
FIGURA 2
Macroscopía: se observa cabeza de invaginación con extensa necrosis por metástasis de carcinoma

1. Macroscopía: (Fig. 2) en el extremo más distal de la zona invaginada se observa extensa necrosis, zonas rojo vinosas y exudados de aspecto fibrino purulento.

2. Microscopía: A nivel de la cabeza de invaginación, mucosa con extensa necrosis y a nivel del estroma se observan células atípicas grandes de citoplasma eosinófilo con núcleos grandes, pleomórficos e hiperchromáticos.

Se realizan técnicas de inmunomarcación en el intestino delgado y en el pulmón resecado que muestran ACL (+) en población linfode de lámina propia, CK7 (+) en células tumorales de ambos tejidos y CK 20 (+) en mucosa intestinal. El diagnóstico final fue: metástasis de carcinoma de pulmón a células grandes en intestino delgado.

Un mes después de la intervención quirúrgica la paciente se encontraba en buen estado de salud.

DISCUSIÓN
Las metástasis desarrolladas en la evolución del carcinoma de pulmón son frecuentes previo a la realización de una toracotomía curativa. Aproximadamente el 50% de los pacientes son inoperables al momento del diagnóstico y algunas de las metástasis son descubiertas en autopsias.

El abdomen agudo como manifestación de una enfermedad metastásica pulmonar es poco frecuente y se han publicado casos de secundarismo en retroperitoneo, apéndice cecal e intestino delgado.

Mc Neill y col.4 revisaron 6006 pacientes con carcinoma de pulmón en un período de 11 años, efectuaron 431 autopsias de las cuales 46 presentaban metástasis en intestino delgado. Sólo 6 pacientes eran sintomáticos. Las metástasis en intestino delgado se pueden presentar con cuadros periforativos, obstructivos, hemorrágicos y de malabsorción3, 4.

Del 5 al 10% de las obstrucciones intestinales son causadas por carcinoma metastásico1. Moisier y col. encontraron que 9 de 37 casos de metástasis no tenían diagnóstico de tumor primario. El origen de estas metástasis en orden de frecuencia son: el melanoma maligno, el mesotelioma pleural seguidos por el cáncer de mama y de pulmón7.

La diseminación se efectúa por vía linfática o hemática y en su mayoría son de aparición múltiple3, 4, 7. Algunas series2, 3, 4 informan con mayor frecuencia de aparición el cuadro perforativo mientras otras lo hacen por el síndrome obstructivo6, 9. Debemos sospechar la causa metastásica cuando nos enfrentamos a un paciente con cuadro de abdomen agudo y antecedentes cercanos de tratamiento de un tumor primario.

La aparición de intususcepción y obstrucción concomitante es un hallazgo infrecuente que se corrobora con la búsqueda bibliográfica realizada. Se publicaron sólo dos casos que resultaron ser metástasis de melanoma8. Histológicamente es difícil diferenciar las metástasis de origen intestinal de las producidas por diseminación del carcinoma de pulmón, para ello existe un patrón de inmunohistoquímica (citokeratina 7 y citokeratina 20 -) a favor del cáncer de pulmón mientras el patrón inverso es más consistente de tumor intestinal8.

La decisión de un tratamiento quirúrgico agresivo en los cuadros obstructivos es la conducta adecuada, conlleva una morbimor alta pero se asocia con resultados paliativos favorables4, 6, 7. Sin embargo el pronóstico es malo ya que en la serie mundial más importante8 la supervivencia no supera las 16 semanas posteriores a la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA
3. Leidich RB, Rudolph LE: Small bowel perforation...