

LAS APARIENCIAS ENGAÑAN: ÉMBOLOS SÉPTICOS QUE SIMULAN METÁSTASIS PULMONARES

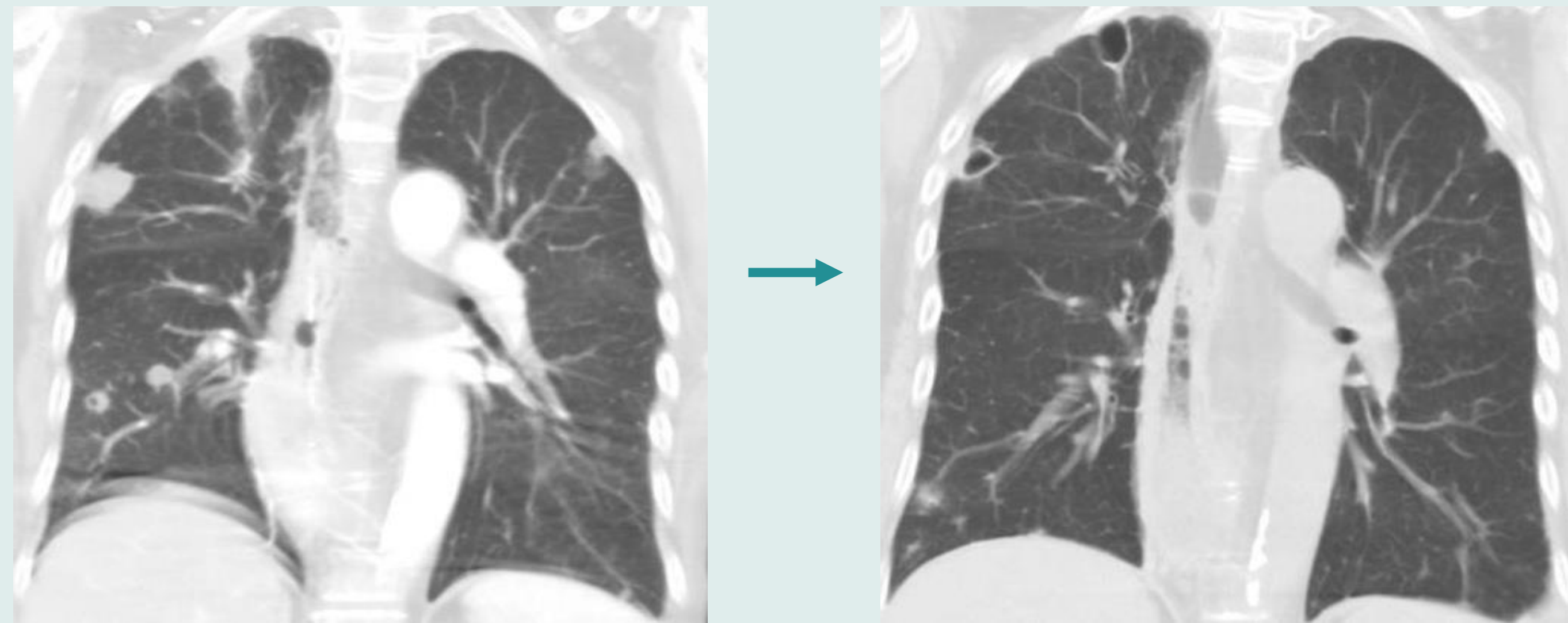
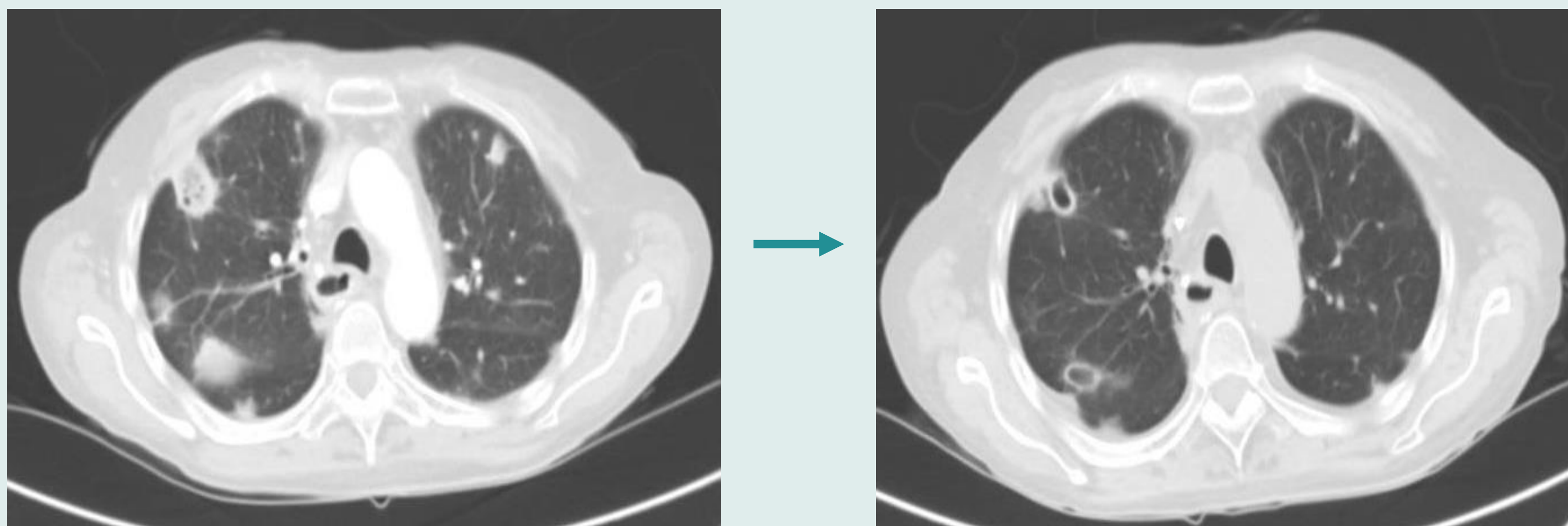
Celia Martín Bravo, Julia Alcaide García, Ana Torres Domínguez, Marta Robles Lasarte, Cristina Quero Blanco.
Hospital Costa del Sol (Marbella)

Introducción

El cáncer de esófago se caracteriza por presentar una alta mortalidad, recidivando con frecuencia tras tratamientos radicales y alcanzando una pobre supervivencia en los casos metastásicos.

Los pacientes con tumores en esófago torácico localmente avanzados son tratados habitualmente con quimio-radioterapia concomitante y valoración de cirugía posterior. El beneficio de la neoadyuvancia con esquemas basados en platino se ha demostrado especialmente en el subtipo escamoso, cuyas tasas de respuesta patológica completa ascienden hasta el 49%.

A pesar de esto, en torno a un 17% de los pacientes con cáncer esofágico localizado que reciben quimio-radioterapia y cirugía posterior con respuesta patológica completa recaen, especialmente en los dos primeros años del seguimiento. La recaída se produce predominantemente a distancia, en forma de carcinomatosis peritoneal o metástasis hepáticas en los adenocarcinomas e intratorácica en el subtipo escamoso.



Anamnesis

Mujer de 66 años, fumadora de 37 paq/año y bebedora severa de alcohol. Consulta en octubre de 2013 por impactación de cuerpo extraño, disfagia a sólidos y pérdida de 7kg. ECOG 1.

Pruebas complementarias

EDA 2014: Lesión en esófago infiltrativa, ulcerada y estenosante a 23 cm de la arcada dental superior, que no permite el paso del endoscopio. Mediante biopsia de la lesión, se diagnostica de carcinoma escamoso infiltrante G1-G2.

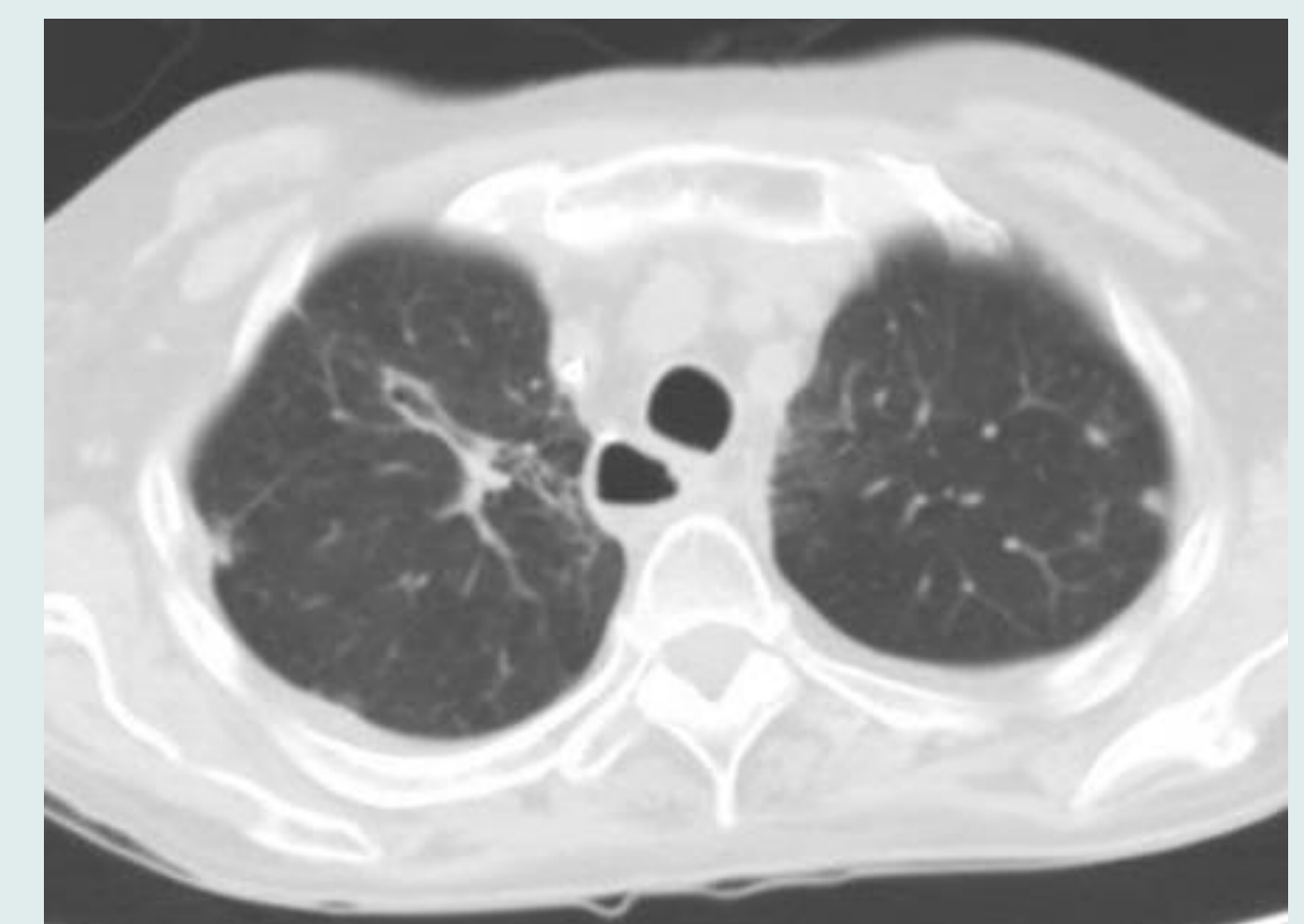
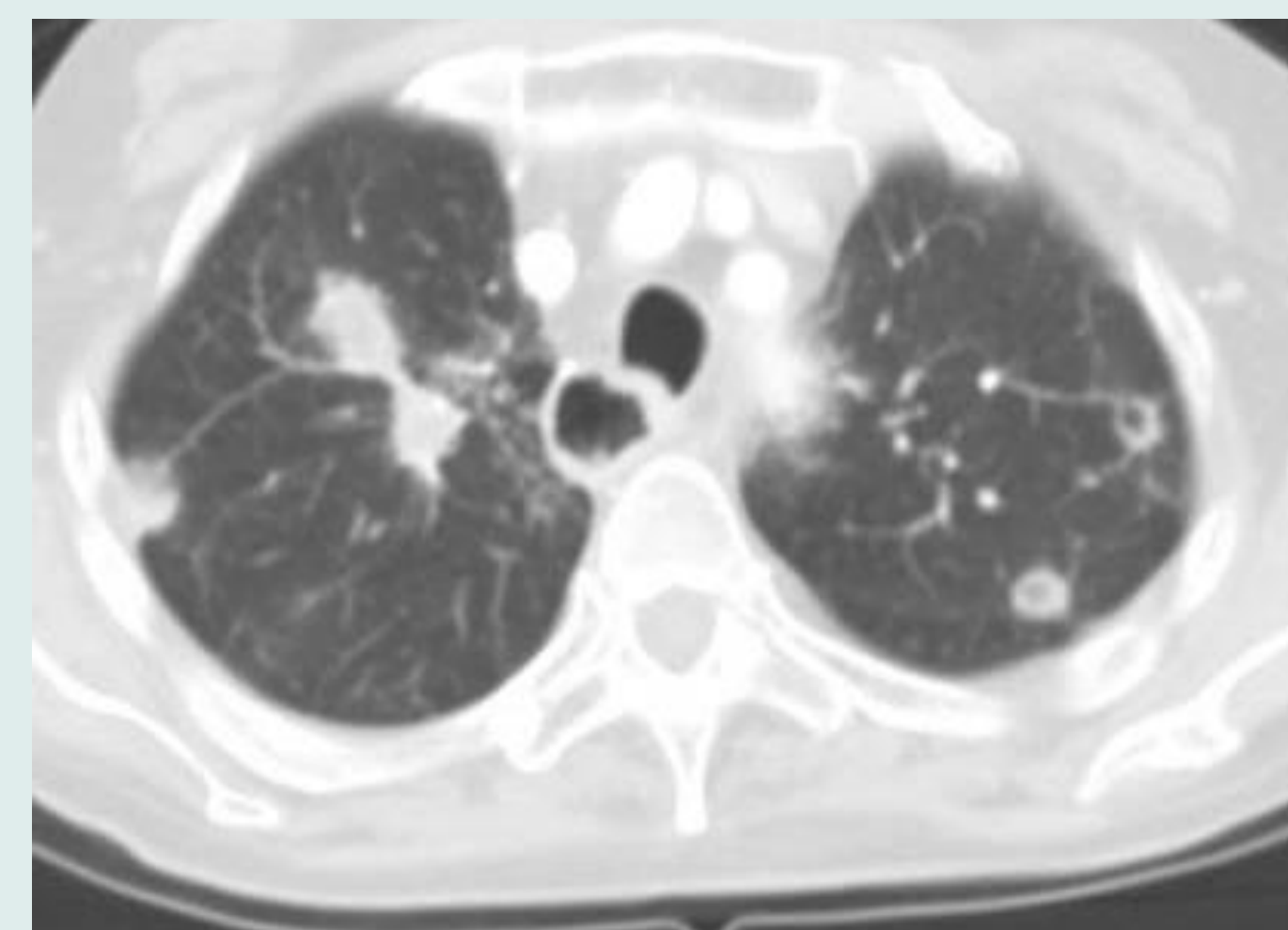
TAC: Dilatación de esófago proximal y masa de 3cm x 5cm, que se extiende desde el cayado aórtico hasta la carina y comprime y desplaza el bronquio principal izquierdo.

Broncoscopia: Abombamiento extrínseco posterior del tercio final de la tráquea y bronquio principal izquierdo con mucosa íntegra, sin datos de fístula traqueo-bronquial.

CEA y Ca 19.9 normales.

DIAGNÓSTICO FINAL:

CARCINOMA ESCAMOSO DE ESÓFAGO LOCALMENTE AVANZADO ESTADIO II (T3N0M0) G1-2



Tratamiento y evolución

Se trata con cisplatino-5-fluorouracilo y radioterapia concomitantes, con respuesta parcial en TAC y gastroscopia normal, con biopsia negativa. Posteriormente, se somete a esofagectomía y gastroplastia, comprobándose respuesta patológica completa.

En curso de revisiones, en 2016, se objetiva elevación del Ca 19.9 asociado a síndrome constitucional. En TAC se observan nódulos pulmonares bilaterales diseminados, cavitados, descritos como compatibles con metástasis. Se intenta filiación de las lesiones mediante broncoscopia, que no pudo objetivar hallazgos patológicos, siendo el aspirado broncoalveolar negativo para micobacterias y para células malignas.

Tras el esfuerzo diagnóstico, ante el cuadro constitucional de la paciente y valorado en comité de tumores como recaída a distancia de su tumor esofágico, se inicia tratamiento con taxol. A los días del inicio, hace un primer pico febril autolimitado, con crecimiento en hemocultivos de *Pseudomona aeruginosa* sensible a quinolonas, iniciándose tratamiento con ciprofloxacino. En el TAC de control, se evidencia una disminución evidente de los nódulos pulmonares en tamaño, número y grosor de la pared de las cavitaciones.

En febrero de 2017 desarrolla nuevo pico febril, aislándose tanto en el cultivo de la punta del catéter como en hemocultivos, *P. aeruginosa multirresistente*, iniciándose tratamiento con imipenem. En el TAC de control en abril de 2017, se confirma la desaparición de todas las lesiones. Estos nuevos datos y la evolución clínica de la paciente, constataron como diagnóstico definitivo la causa infecciosa: émbolos sépticos pulmonares procedentes de infección del port-a-cath. A fecha de hoy la paciente sigue viva y sin evidencia de enfermedad.

Discusión

En nuestro caso, debido a la alta sospecha radiológica y en ausencia de datos de infección, se inició tratamiento con quimioterapia basado en taxol.

Los datos acerca del diagnóstico diferencial de las lesiones pulmonares en pacientes ya diagnosticados de cáncer son escasos, asumiéndose a menudo el carácter metastásico de las mismas.

Caparica y colaboradores revisaron los resultados de 228 pacientes con lesiones pulmonares biopsiadas que previamente habían sido diagnosticados de un tumor sólido no pulmonar. El 64% de los resultados fueron compatibles con metástasis del tumor primario. El 36% restante no tuvieron relación con el tumor primario (el 70% de éstas correspondieron a un nuevo tumor primario de pulmón, el 20% a causa infecciosa (neumonía, micobacterias o fúngica) y el resto fueron lesiones benignas). En el 36% de los casos, el resultado de la biopsia pulmonar condicionó un cambio radical en el manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes.

Para concluir, ante la aparición de nuevas lesiones, debemos plantearnos un diagnóstico diferencial basado en la historia natural del tumor, en la evolución de la enfermedad en nuestro paciente y en la presentación clínica de las mismas.