

## NOTA CLÍNICA

## Atrapamiento mesentérico como manifestación inicial de metástasis de carcinoma sarcomatoide pleomórfico de pulmón

A. García Picazo<sup>1</sup>, V. Vega<sup>1</sup>, I. Justo<sup>1</sup>, L. González<sup>1</sup>, D. Suárez<sup>2</sup>, C. Loinaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales; <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Rev Patol Respir. 2021; 24(2): 75-78

### Resumen

Mujer de 69 años no fumadora, que acude a urgencias por dolor abdominal, intolerancia oral y síndrome constitucional. Se solicita TAC identificando adenopatías axilares, mediastínicas y mesentéricas, derrame pleural bilateral, obstrucción ureteral derecha y lesión ósea blástica en D12 compatible con metástasis, sin objetivar tumor primario. La evolución clínica fue desfavorable, precisando nuevo TAC, observándose cambio de calibre en íleon terminal sin visualizar causa obstructiva. Se decide intervención quirúrgica, objetivándose dilatación intestinal, engrosamiento mesentérico, con obstrucción ileal adyacente a válvula íleocecal, secundaria a tumoración mesentérica retroperitoneal, realizándose hemicolectomía derecha. El diagnóstico anatomopatológico fue de metástasis de carcinoma pulmonar tipo sarcomatoide en su variante pleomórfica, hallazgo excepcional por lo infrecuente de la diseminación mesentérica de estos tumores. Había afectación de 15 ganglios mesentéricos, positividad en la citología del derrame pleural y de ganglios axilares. La paciente presentaba una diseminación peritoneal. Dado el mal pronóstico, se decidió quimioterapia paliativa (Carboplatino-Paclitaxel).

**Palabras clave:** Carcinoma sarcomatoide; Carcinoma pleomórfico; Obstrucción intestinal.

### MESENTERIC INVOLVEMENT AS THE INITIAL MANIFESTATION OF PLEOMORPHIC SARCOMATOID LUNG CARCINOMA METASTASIS

#### Abstract

A 69 year-old woman, non-smoker, who came to the emergency for abdominal pain, oral intolerance and constitutional syndrome. A CT scan identified axillary, mediastinal and mesenteric lymphadenopathy, bilateral pleural effusion, right ureteral obstruction and blast bone metastasis lesion in D12, without observing a primary tumor. The clinical course was unfavorable, requiring new CT scan, where a change in caliber in terminal ileum was observed without an obstructive cause. Surgical intervention was proposed, intestinal dilation and mesenteric thickening were found, with ileal obstruction adjacent to the ileocecal valve, secondary to a retroperitoneal mesenteric tumor, a right hemicolectomy was performed. The pathological diagnosis was pleomorphic sarcomatoid lung carcinoma metastasis. This finding is exceptional due to the infrequency of the mesenteric dissemination of these tumors. There were involvement of 15 mesenteric lymph nodes, positive cytology of the pleural effusion and axillary lymph nodes. Due to the bad prognosis, palliative chemotherapy (Carboplatin-Paclitaxel) was proposed.

**Key words:** Sarcomatoid carcinoma; Pleomorphic carcinoma; Intestinal obstruction.

### Introducción

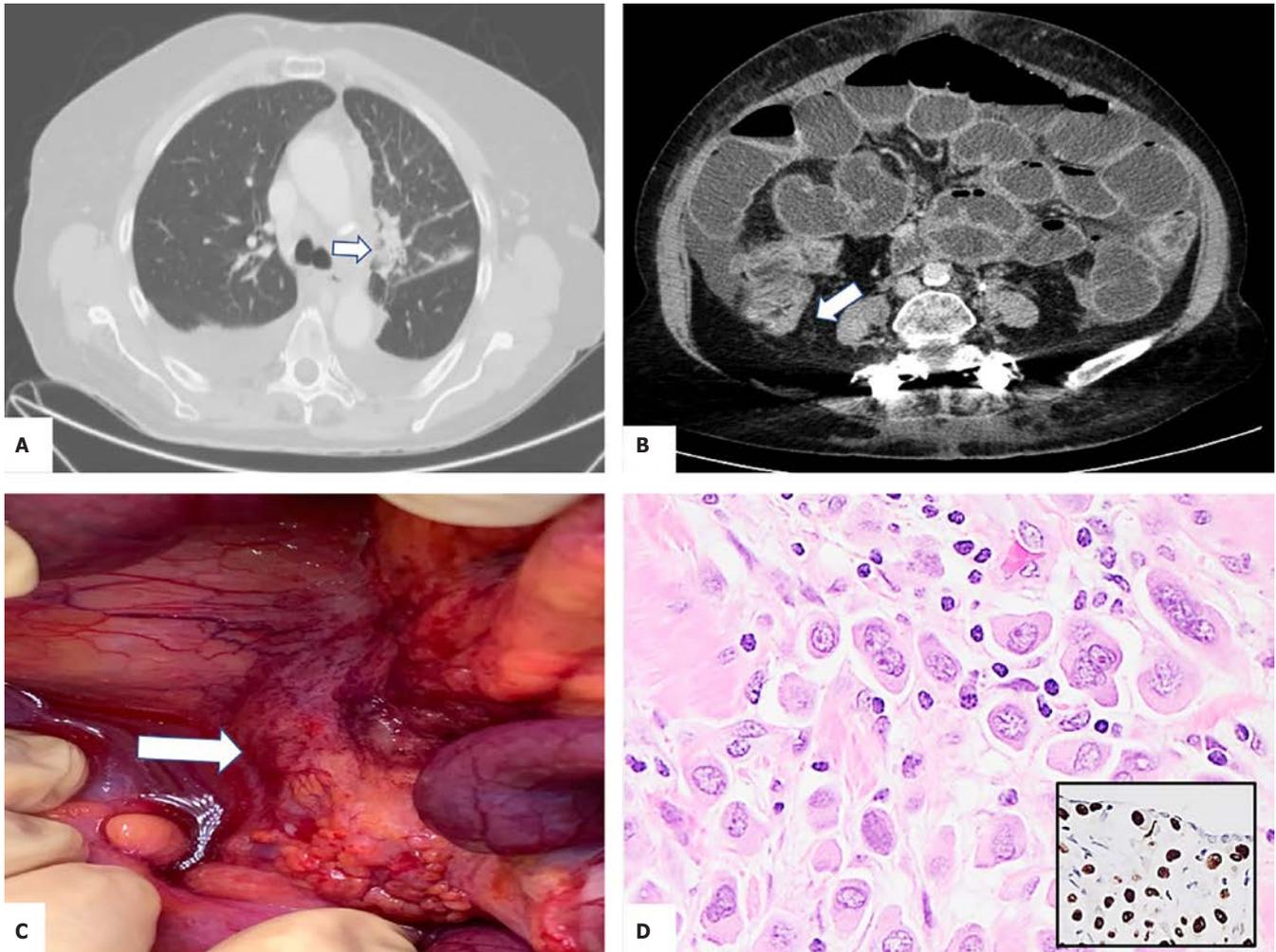
Las metástasis de neoplasias malignas en el mesenterio son infrecuentes (1-4%), siendo las más comunes las secundarias a melanoma, cáncer de colon y pulmón<sup>1,2</sup>. La variante histológica más asociada a este último es el carcinoma no microcítico (>50%). En la mayor parte de los casos son asintomáticas<sup>3,4</sup> hasta que la progresión tumoral provoca

clínica en forma de hemorragia digestiva (14%), obstrucción (35%) o perforaciones intestinales (46%). Las metástasis afectan mayoritariamente a íleon (44%), colon (20%) y yeyuno (18%), siendo infrecuente la afectación mesentérica<sup>4</sup>.

El diagnóstico es un reto, siendo compleja la diferenciación entre tumor primario o metastásico, ya que las pruebas de imagen convencionales tienen una baja sensibilidad y por tanto su contribución es relativa, haciéndose necesaria la

Correspondencia: Dr. Alberto García Picazo. E-mail: alberto.gpicazo@gmail.com

Recibido: 11 de marzo de 2021; Aceptado: 9 de mayo de 2021



**Figura 1.** A) TAC torácica. Presencia de múltiples adenopatías perihiliares (*flecha*), con atelectasias circundantes asociadas. B) TAC abdominal. Dilatación generalizada de las asas de delgado con cambio de calibre en íleon terminal (*flecha*). C) Imagen intraoperatoria visualizándose atrapamiento mesentérico secundario a tumoración retroperitoneal (*flecha*).

confirmación histológica. No es infrecuente su diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad lo cual determina un peor pronóstico, con una supervivencia a los 5 años de aproximadamente 15-20%<sup>5</sup>.

### Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 69 años no fumadora, sin otros antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor abdominal, intolerancia oral de varias semanas de evolución y síndrome constitucional. En la exploración física la paciente presentaba buen estado general, consciente, orientada en las tres esferas, hemodinámicamente estable y afebril ( $T^a$  36,5°C, TA: 121/77 mmHg; FC: 80 lpm; FR: 16 rpm;  $SpO_2$  98% basal). La auscultación cardiopulmonar era rítmica a 80 lpm, sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. El abdomen era blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpaban masas ni visceromegalias, ruidos hidroaéreos presentes, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita TAC torácicoabdominal, identificando cuadro poliadenopático axilar,

mediastínico y mesentérico (Fig. 1A), formación de partes blandas mediastínicas perivasculares, derrame pleural bilateral, obstrucción ureteral derecha y lesión ósea blástica en D12 compatible con metástasis, sin lograr objetivar tumor primario. La evolución clínica fue desfavorable y en un nuevo TAC se observó dilatación generalizada del intestino delgado con cambio de calibre en íleon terminal sin visualizar causa obstructiva (Fig. 1B). Se decide por ello intervención quirúrgica.

Mediante laparotomía media se objetiva gran dilatación intestinal, engrosamiento peritoneal y mesentérico, con estenosis y obstrucción ileal adyacente a válvula íleocecal, secundaria a tumoración mesentérica retroperitoneal, por lo que se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica (Fig. 1C). El diagnóstico anatomopatológico fue de metástasis de carcinoma no neuroendocrino cuyo inmunofenotipo orientaba a carcinoma pulmonar de tipo sarcomatoide en su variante pleomórfica (positividad difusa intensa para citoqueratinas AE1-AE3 y CK7, TTF-1, Napsin A, Vimentina y EMA con Ki67 del 15%) (Fig. 1D), aunque no se pudo determinar el tumor primario. Había afectación de 15 ganglios mesentéricos y positividad en la citología del derrame pleural y en una punción de ganglios axilares. Dado el mal pronóstico

y la fragilidad de la paciente se decidió conjuntamente con la misma quimioterapia paliativa (Carboplatino-Paclitaxel).

## Discusión

Los carcinomas sarcomatoides de pulmón son neoplasias no microcíticas (de células no pequeñas) poco frecuentes (0,3%)<sup>1</sup>. Histológicamente se dividen según la clasificación de 2015 de la Organización Mundial de la Salud en carcinoma pleomórfico, de células fusiformes, de células gigantes, carniñosarcoma y blastomas<sup>6,7</sup>. La variante pleomórfica es la más frecuente (>50%) e histológicamente puede corresponder a un carcinoma indiferenciado o bien a un adenocarcinoma o a un carcinoma epidermoide pobremente diferenciados, con al menos un 10% de componente de células gigantes-multinucleadas o fusiformes. La positividad para TTF-1 y Napsin A<sup>8,9</sup> son muy sugestivas de un origen pulmonar y de que se trata de un adenocarcinoma pobremente diferenciado con células pleomórficas. No obstante, la tipificación definitiva solo se alcanzaría con el estudio histológico del tumor primario. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el mesotelioma y los tumores del tracto ginecológico<sup>8</sup>. En este sentido no se identificó tumor en ningún órgano y todos los marcadores inmunohistoquímicos de otros orígenes o estirpe fueron negativos (tiroides, mama, aparato digestivo, urotelio, renal, ginecológicos, tumores germinales, mesotelioma, sarcomas y para carcinoma escamoso o NUT). Como factores pronósticos, se encuentran el tamaño (>5 cm), afectación ganglionar a distancia y las metástasis. Los territorios más vulnerables de las mismas serían cerebro, hueso, hígado o glándula suprarrenal, más raramente el intestino delgado<sup>2,10</sup>.

La afectación del mesenterio secundaria a tumores es infrecuente (1-3%). Los más comunes son adenocarcinomas (30-40%), tumores neuroendocrinos (35%), linfomas (10-20%), GIST (12-18%) y metástasis (5%)<sup>3</sup>. En el 4-14% de estas últimas se asocian a pulmón, en su mayor parte en varones (76%), mayores de 65 años y fumadores<sup>2,4</sup>. La variante histológica más asociada es la neoplasia no microcítica (>50%), como ocurría en nuestro caso. En su mayor parte son asintomáticos<sup>8</sup>, hasta que la progresión tumoral provoca complicaciones quirúrgicas urgentes, debutando con hemorragias digestivas (14%), obstrucción (35%) y perforaciones intestinales (46%), afectando mayoritariamente a íleon (44%), colon (20%) y yeyuno (18%)<sup>4</sup>.

El diagnóstico de sospecha se instaura mediante TAC con contraste intravenoso o PET-TAC, siendo el definitivo mediante el estudio histológico. Sin embargo, en la mayoría de los casos transcurrirá más de un año desde el diagnóstico del tumor primario hasta su expresión intestinal. El tratamiento dependerá de la complicación asociada, incluyendo resecciones intestinales como en la paciente. La resección de lesiones metastásicas asintomáticas es controvertido, ya que se comprobó que aumentaba la mortalidad perioperatoria, por lo que deben adecuarse al segmento intestinal afecto, evitando resecciones múltiples<sup>2</sup>.

Por otro lado, la cirugía no está exenta de complicaciones, asociando una supervivencia postoperatoria de 4-6 meses,

condicionada por las complicaciones perioperatorias, el sexo masculino, la edad avanzada (>70 años), el estado nutricional, los efectos adversos de la quimioterapia o la afectación de intestino delgado<sup>2,4</sup>. El pronóstico global es desfavorable, siendo menor del 20% la supervivencia a los 5 años<sup>1,11,12</sup>.

Como conclusión, las metástasis de neoplasias malignas en el mesenterio son poco frecuentes, siendo las más comunes secundarias a melanoma, cáncer de colon y pulmón no microcítico. El diagnóstico es un reto, por lo que en ocasiones ocurre en etapas avanzadas lo cual determina un peor pronóstico, por ello hay que tener alto grado de sospecha clínica.

## Agradecimientos

A todos los integrantes del Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, en especial al Dr. I. Justo y al Dr. C. Loinaz.

## Fuentes de financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna financiación específica de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Contribuciones de los autores

A. García Picazo, V. Vega, I. Justo y L. González son los investigadores principales, contribuyendo a la recolección de bibliografía, metodología y redacción del manuscrito. D. Suárez colaboró con el análisis anatomopatológico. C. Loinaz revisó el manuscrito. Todos los autores aprobaron el manuscrito para su publicación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Ávila RJ, Marrón C, Hermoso F, Zuluaga M, Meneses JC, Gámez AP. Carcinomas sarcomatoides pulmonares primarios. Arch Bronconeumol. 2013; 49: 405-7.
2. Di JZ, Peng JY, Wang ZG. Prevalence, clinicopathological characteristics, treatment, and prognosis of intestinal metastasis of primary lung cancer: A comprehensive review. Surg Oncol. 2014; 23: 72-80.
3. Zonča P, Peteja M, Richter V, Vávra P, Ihnát P. Primary malignant small bowel tumors. Rozhl Chir. 2016; 95: 344-9.
4. Balla A, Subiela JD, Bollo J, Martínez C, Rodríguez 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.
5. Baldovini C, Rossi G, Ciarrichi A. Approaches to tumor classification in pulmonary sarcomatoid carcinoma. Lung Cancer (Auckl). 2019; 10: 131-49.
6. Pang A, Carhini M, Moreira AL, Maki RG. Carcinosarcomas and related cancers: tumors caught in the act of epithelial-mesenchymal transition. J Clin Oncol. 2018; 36: 210-6.

7. Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, Yatabe Y, Austin JHM, Beasley MB, et al. The 2015 World Health Organization classification of lung tumors: Impact of genetic, clinical and radiologic advances since the 2004 classification. *J Thorac Oncol.* 2015; 10: 1243-60.
8. Pelosi G, Sonzogni A, De Pas T, Galetta D, Veronesi G, Spaggiari L, et al. Pulmonary sarcomatoid carcinomas: A practical overview. *Int J Surg Pathol.* 2010; 18: 103-20.
9. Stelow EB, Yaziji H. Immunohistochemistry, carcinomas of unknown primary, and incidence rates. *Semin Diagn Pathol.* 2018; 35: 143-52.
10. Choshi H, Watanabe M, Ujike H, Sato Y, Morito T, Sugimoto R, et al. Resected case of stage IV pleomorphic carcinoma of the lung with long-term survival. *Surg Case Rep.* 2020; 6: 106.
11. Jevremovic V. Is gastrointestinal metastasis of primary lung malignancy as rare as reported in the literature? A comparison between clinical cases and post-mortem. *Stud Oncol Hematol Rev.* 2016; 12: 51-7.
12. Borczuk AC. Uncommon types of lung carcinoma with mixed histology. *Arch Pathol Lab Med.* 2018; 142: 914-21.