

secundaria, siendo el mecanismo más frecuente la aparición de la mutación T790M⁴.

En nuestro caso clínico, ante la excelente respuesta y la desaparición de la enfermedad sistémica, se planteó la duda de si se debía continuar con el tratamiento, ya que en la actualidad no existen directrices claras. Durante el descanso terapéutico el paciente presentó una progresión cerebral. Este hecho nos planteó 2 hipótesis: o bien se había generado una mutación de resistencia a expensas de la T790M o bien, se trataba de un tumor extremadamente dependiente de la vía EGFR y ante la retirada del fármaco, había realizado un brote de la enfermedad con un progresión en un órgano santuario. Esta situación, tras el análisis molecular parece más plausible y vuelve a plantear la duda de cuál es el mejor manejo para los largos supervivientes tratados con anti-EGFR.

Bibliografía

1. Lindeman NI, Cagle PT, Beasley MB, Chitale DA, Dacic S, Giaccone G, et al. Molecular testing guideline for selection of lung cancer patients for EGFR and ALK tyrosine kinase inhibitors: Guideline from the College of American Pathologists,

International Association for the Study of Lung Cancer, and Association for Molecular Pathology. Arch Pathol Lab Med. 2013;137:828–60.

2. Rosell R, Carcereny E, Gervais R, Vergnenegre A, Massuti B, Felip E, et al. Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): A multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. Lancet Oncol. 2012;13:239–46.
3. Lee CK, Brown C, Gralla RJ, Hirsh V, Thongprasert S, Tsai CM, et al. Impact of EGFR inhibitor in non-small cell lung cancer on progression-free and overall survival: A meta-analysis. J Natl Cancer Inst. 2013;105:595–605.
4. Jänne PA, Yang JC, Kim DW, Planchard D, Ohe Y, Ramalingam SS, et al. AZD9291 in EGFR inhibitor-resistant non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2015;372:1689–99.

Patricia Cruz*, Leticia de Lujan y Javier de Castro

Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cruz.patricia@hotmail.com (P. Cruz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.06.006>

0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hipertensión arterial pulmonar secundaria a un drenaje venoso pulmonar anómalo parcial en una paciente anciana



Arterial Pulmonary Hypertension Secondary to Partial Anomalous Pulmonary Venous Return in an Elderly Patient

Sr. Director:

El drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAP) representa una infrecuente anomalía congénita que puede diagnosticarse en la fase adulta de la vida, aunque es más frecuente hacerlo durante la infancia¹. Consiste en un retorno venoso pulmonar incompleto, anormal a la circulación venosa sistémica (vena cava superior, vena ácigos, seno coronario, vena innominada, vena cava inferior. . .), estableciéndose un *shunt* izquierda-derecha. El DVPAP es más frecuente en el lado derecho, y a menudo se asocia a otras alteraciones congénitas, como defectos cardíacos (especialmente defectos del septo interauricular) o anomalías del desarrollo

de la vía aérea². Presentamos un caso de DVPAP izquierdo en una paciente septuagenaria que comenzó con síntomas y signos de una hipertensión pulmonar precapilar (HTP).

Se trata de una mujer de 76 años, sin antecedentes de interés, que consultó por disnea progresiva, edemas en miembros inferiores y molestias torácicas y abdominales. La radiografía de tórax demostró cardiomegalia y derrame pleural bilateral de escasa cuantía. En el electrocardiograma se observaron signos de sobrecarga de cavidades cardíacas derechas, y el dímero-D se encontraba levemente aumentado. Una angio-TC de tórax descartó un tromboembolismo pulmonar, pero demostró inesperadamente un DVPAP en el que las venas del lóbulo superior izquierdo drenaban a la vena innominada a través de una vena vertical (fig. 1A). Además, se observaron signos radiológicos severos de HTP con dilatación de cavidades cardíacas derechas, y una ingurgitación de la vena cava inferior y de las venas suprahepáticas (fig. 1B).

El DVPAP es una rara anomalía congénita que suele diagnosticarse en niños, aunque también puede hacerse en adultos, especialmente cuando desarrollan HTP. Menos del 10% de los

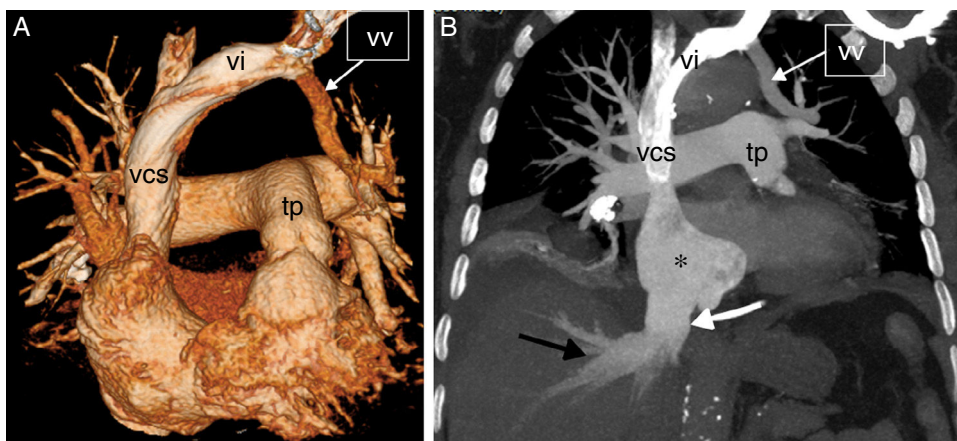


Figura 1. A) Reconstrucción 3D (*volume rendering*, en inglés) de la TC en la que se observa una vena vertical (vv), formada por la confluencia de las venas pulmonares del lóbulo superior izquierdo, que se dirige a la vena innominada (vi); tp: tronco de la arteria pulmonar; vcs: vena cava superior. B) Imagen de la TC coronal *maximum intensity projection* (MIP) en la que se aprecian signos de hipertensión pulmonar arterial/precapilar y de insuficiencia tricuspídea: dilatación de la aurícula derecha (asterisco), ingurgitación de la vena cava inferior (flecha blanca) y de las venas suprahepáticas (flecha negra). Nótese la vena vertical (vv), la vena innominada (vi) y la vena cava superior (vcs).

DVPAP son izquierdos, y hasta un 80% presentan una comunicación interauricular (CIA). Este caso nos recuerda que un DVPAP, sin tratamiento, conduce a una sobrecarga de volumen del corazón derecho, a una insuficiencia tricuspídea, a una HTP y, finalmente, a un fallo del ventrículo derecho^{3,4}. Nuestro caso resulta interesante por varios motivos: la edad avanzada de la paciente en el momento del diagnóstico de la DVPAP, la localización izquierda del DVPAP y la ausencia de una asociación con una CIA. Incluso en pacientes ancianos, debe sospecharse de un DVPAP en casos de HTP «primaria» o no explicada.

Bibliografía

1. Majdalany DS, Phillips SD, Dearani JA, Connolly HM, Warnes CA. Isolated partial anomalous pulmonary venous connections in adults: Twenty-year experience. *Congenit Heart Dis*. 2010;5:537-45.
2. Sahay S, Krasuski RA, Tonelli AR. Partial anomalous pulmonary venous connection and pulmonary arterial hypertension. *Respirology*. 2012;17:957-63.

3. Pauwaa S, Farzaneh-Far A. Isolated partial anomalous pulmonary venous return with intact atrial septum: A rare but treatable cause of pulmonary hypertension in adults. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2014;15:830.
4. Sears EH, Aliotta JM, Klinger JR. Partial anomalous pulmonary venous return presenting with adult-onset pulmonary hypertension. *Pulm Circ*. 2012;2:250-5.

Luis Gorospe *, Isabel García Gómez-Muriel
y Carmen Campos-Ferrer

*Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Ramón y Cajal,
Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisgorospe@yahoo.com (L. Gorospe).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.06.007>

0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.