

Cartas científicas

Afectación muscular de un mesotelioma maligno pleural de larga evolución



Muscle Involvement in Long-term Malignant Pleural Mesothelioma

Estimado Director:

Presentamos el caso clínico de un paciente de 60 años, con antecedentes de tabaquismo activo (40 paquetes/año) y ocupación laboral en el ámbito de la construcción. En 2011 consultó en urgencias por dolor torácico atípico, con hallazgo en la radiografía de tórax de derrame pleural importante, por lo que se decidió el ingreso. El estudio se completó con escáner toracoabdominal (TAC), donde se objetivaron engrosamientos pleurales bilaterales con importante derrame pleural. La tomografía por emisión de positrones-TAC confirmó la captación a nivel pleural bilateral, descartándose la presencia de nódulos pulmonares u otra afectación a distancia. Ante la sospecha de una etiología tumoral se realizó una biopsia pleural guiada por videotoracosocopia, confirmándose la presencia de un mesotelioma maligno pleural que por su extensión se consideró irresecable, siendo derivado a oncología médica. En nuestro servicio se inició una primera línea con doblete de platino y pemetrexed, objetivándose tras 4 ciclos respuesta parcial por criterios RECIST, con disminución de los implantes pleurales y del derrame, con escasa toxicidad. En esta situación, dado el claro beneficio clínico, se continuó con pemetrexed en monoterapia como terapia de mantenimiento con control radiológico trimestral¹. La enfermedad se mantuvo estable con un control oncológico óptimo durante 2 años y medio. En este momento el paciente comenzó con dolor en la región del muslo izquierdo, destacando en la exploración un aumento de consistencia de la zona, de carácter pétreo y doloroso a la palpación. Con el objetivo de descartar un proceso neofornativo a ese nivel se realizó una resonancia magnética de la zona, mostrando una lesión de tejidos blandos que afectaba a la totalidad del muslo y se extendía hasta el glúteo, que por sus características radiológicas era compatible con afectación secundaria (fig. 1). Dado lo infrecuente de la situación, se planteó una biopsia guiada por ecografía, que confirmó la presencia una metástasis de mesotelioma maligno a ese nivel. Desde el punto de vista terapéutico, tratándose de un paciente de larga evolución oligometastásico se planteó tratamiento local con radioterapia sobre la lesión muscular. Además, debido al claro beneficio del tratamiento sistémico y la no existencia de opciones de segunda línea se optó por continuar con el mismo esquema terapéutico, con control oncológico de la misma durante 12 meses más.

En nuestro caso clínico presentamos el manejo clínico y terapéutico de un mesotelioma maligno pleural de larga evolución, resaltando 2 aspectos fundamentales: la larga supervivencia con-

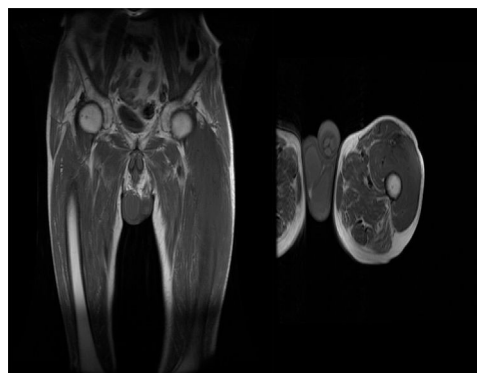


Figura 1. A la derecha se observa un corte sagital de la RMN musculoesquelética y a la izquierda un corte coronal, donde se aprecia la extensión de la afectación tumoral a este nivel.

seguida con el tratamiento y la presencia de afectación secundaria musculoesquelética. El mesotelioma maligno es un tumor poco frecuente que se caracteriza por la afectación de serosas, y cuya localización más común es al nivel de la pleura. Clásicamente se ha asociado su aparición con la exposición al asbesto, aunque se han identificado otros factores de riesgo^{2,3}. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por comenzar con dolor de características pleuríticas y derrame pleural. Su diagnóstico no es fácil, siendo en muchas ocasiones de exclusión, precisando para un diagnóstico de certeza una biopsia pleural¹. A su inicio la mayoría de los mesoteliomas pleurales no son subsidiarios de tratamiento local, requiriendo tratamiento sistémico con quimioterapia. Sin embargo, se trata de un tumor poco quimiosensible, y cuyas opciones terapéuticas son escasas. De hecho, solamente hay datos consistentes en la primera línea de tratamiento, sin existir en la actualidad una opción clara tras la progresión^{1,4}. De forma típica, a pesar de tratarse de un tumor altamente agresivo, la forma de diseminación es local, provocando por síntomas compresivos y por invasión directa el rápido deterioro de los pacientes. Mucho más infrecuente es la diseminación a distancia, como en nuestro caso clínico, siendo excepcional la aparición de una metástasis musculoesquelética con control de la enfermedad pulmonar. Este hecho nos plantea la cuestión de que en los tumores de larga evolución puede existir una diseminación atípica en lo que denominamos como órganos santuario, donde el tumor encuentra una vía de escape al control oncológico. Además, plantea la duda del tratamiento en pacientes oligometastásicos, donde una opción válida es mantener el tratamiento sistémico sumando un tratamiento de carácter local.

Nuestro caso clínico ilustra una evolución atípica del mesotelioma pleural, dada su elevada supervivencia con el tratamiento oncológico (36 meses, cuando la supervivencia media se sitúa en unos 12 meses) y con una diseminación excepcional por su rareza.

Bibliografía

1. Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J, Denham C, Kaukel E, et al. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol.* 2003;21:2636–44.
2. Robinson BW, Lake RA. Advances in malignant mesothelioma. *N England J Med.* 2005 3;353:1591–603.
3. Aisner J. Current approach to malignant mesothelioma of the pleura. *Chest.* 1995;107 6 Suppl:332S–44S.
4. Jassem J, Ramlau R, Santoro A, Schuette W, Chemaissani A, et al. Phase III trial of pemetrexed plus best supportive care compared with best supportive

care in previously treated patients with advanced malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol.* 2008;26:1698–704, <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2006.09.9887>

Patricia Cruz Castellanos*, Teresa González Merino y Javier de Castro Carpeño

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

* Autor para correspondencia.

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

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.08.018>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fístula biliobronquial, una complicación tardía de la cirugía hepática



Bronchobiliary Fistula, a Late Complication of Liver Surgery

Estimado Director:

La fístula biliobronquial es una comunicación anormal entre la vía biliar y el árbol bronquial. En 1850, Peacock describió el primer caso en una mujer de 20 años de edad con equinococosis hepática¹. Es una entidad rara² y son pocos los casos reportados en la bibliografía. Tiene una elevada morbimortalidad y su diagnóstico es básicamente clínico por la presencia de bilipneumonía, es decir, el esputo bilioso, que es patognomónico³. La presen-

cia de bilis tiene un efecto corrosivo sobre pulmón y el espacio pleural.

Varón de 57 años que acude a urgencias por fiebre de 38,5 °C de 3 días de evolución y expectoración biliosa. Como antecedentes destacan adenocarcinoma de sigma con metástasis hepáticas, por lo que se pautó quimioterapia neoadyuvante con irinotecán y cetuximab. Posteriormente se realizó embolización portal y resección quirúrgica de metástasis hepáticas (hepatectomía derecha, resección de segmento 4A y lóbulo izquierdo) colecistectomía y esplenectomía. Recibió tratamiento con cetuximab en monoterapia hasta que se le realizó sigmoidectomía con anastomosis colorrectal 8 meses antes de que viniese a urgencias. En este momento la neoplasia de sigma está en remisión (CEA 3,9 ng/ml) y el paciente está en tratamiento con cetuximab cada 15 días.

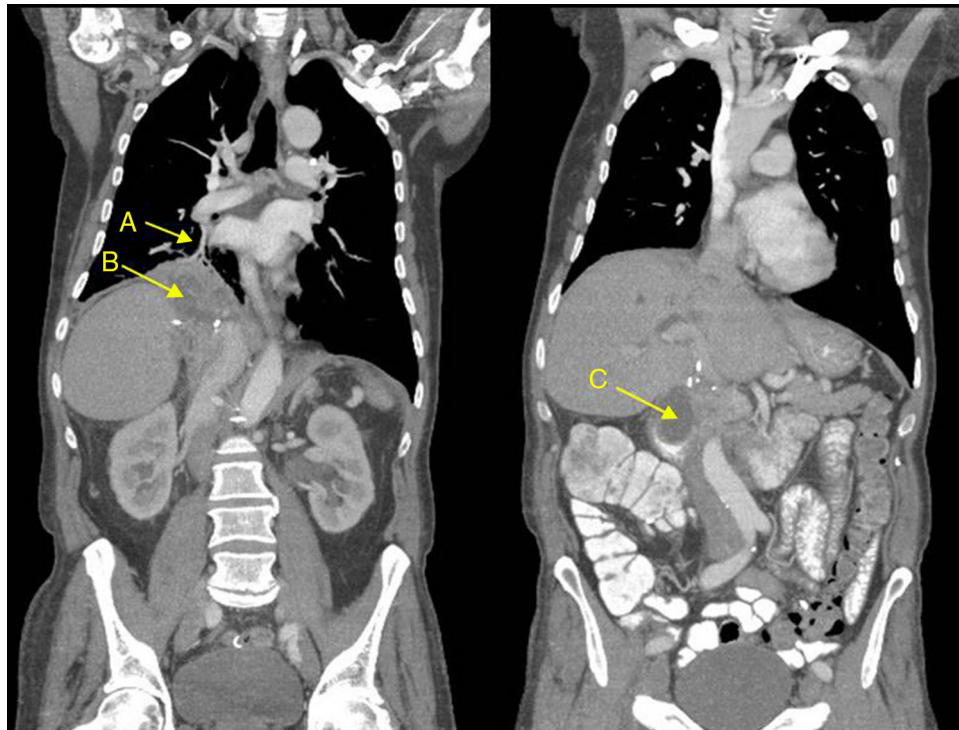


Figura 1. Cortes de reconstrucción multiplanar coronal en TC, realizada con contraste intravenoso. (A) Muestra el trayecto fistuloso del árbol biliar a bronquio de lóbulo inferior derecho. (B) Colección subfrénica derecha. (C) Colección subhepática.