

## Oligorreurrencia a partir de un adenocarcinoma del pulmón. Utilidad de la resección

### Oligo-Recurrence From a Lung Adenocarcinoma. Usefulness of Resection

Sr. Director:

En el cáncer pulmonar (CP), la variedad no microcítica ocupa el 80-85% y el adenocarcinoma es su tipo histológico más frecuente<sup>1</sup>. El pronóstico ominoso de la enfermedad está dado por una escasa supervivencia y elevada recurrencia<sup>2</sup>. Someteremos a su consideración un enfermo, el cual en la historia de su enfermedad presentó oligorreurrencias que fueron tratadas con cirugía.

Se trata de un hombre de 42 años, fumador, estudiado por sombra pulmonar en una radiografía de tórax eventual. La tomografía computarizada (TC) mostró radiodensidad central de 4 × 2 cm en el lóbulo superior del pulmón izquierdo, sin adenomegalias. La fibrobroncoscopia y la citología por aspiración facilitaron el diagnóstico de CP de tipo epitelial, confirmado en la biopsia por congelación durante la toracotomía que se complementó con lobectomía superior izquierda y linfadenectomía mediastinal (estaciones 5, 6, 7 y 10). El resultado histopatológico postoperatorio fue: adenocarcinoma pobremente diferenciado, invasivo, predominantemente sólido con producción de mucina sin rasgos de sobreexpresión o mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico con 2 de los ganglios de la ventana aortopulmonar metastásicos. Se complementó con quimiorradioterapia secuencial.

A los 9 meses comenzó con trastornos visuales y vértigos, realizándose resonancia magnética nuclear con contraste del crá-

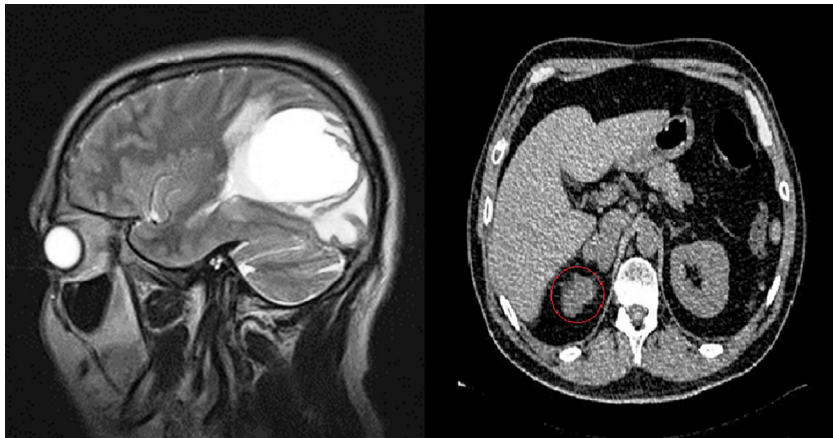
neo, encontrándose lesión tumoral única en el lóbulo temporal izquierdo (fig. 1, panel derecho) a la que se le realizó metastasectomía con radioterapia como adyuvancia. Cinco meses después se detecta en un ultrasonido abdominal tumoración de la glándula suprarrenal derecha (fig. 1, panel izquierdo), confirmada con la TC contrastada y efectuándose suprarrenalectomía. Actualmente en seguimiento 5 años después del último proceder.

El término oligometástasis, propuesto por Hellman y Wechselbaum en 1995 y revisado por Niibe et al. en 2006 como oligorreurrencia<sup>2,3</sup>, son etapas del CP donde las metástasis o recurrencias (entre 1 y 5 lesiones) pueden ser tratadas con terapias locales. Las diferencias estriban en el control del tumor primario y su forma de aparición; en la oligorreurrencia existe control del tumor primario y aparece de forma metacrónica, mientras que en la oligometástasis sucede lo contrario. Resumiendo, la oligorreurrencia es un estado oligometastásico de tipo metacrónico con control del tumor primario<sup>3</sup>.

La tomografía con emisión de positrones ha disminuido el diagnóstico de oligorreurrencias, pues muchas de ellas son metastásicas al diagnóstico inicial. Sin embargo, a pesar de ser parte de los protocolos diagnósticos, no está disponible en algunos países.

El control del tumor primario, el estado nutricional, el tipo histológico y el número de metástasis, entre otros factores, influyen en el tratamiento de la oligorreurrencia<sup>3-5</sup>. Sin embargo, la presencia o no de afectación ganglionar metastásica es un factor determinante para la supervivencia (0-35%)<sup>4,5</sup>.

A la luz de los avances tecnológicos actuales y la aplicación de terapias locales y sistémicas, la cirugía<sup>3-5</sup> es válida para algunos pacientes con oligorreurrencias. En este paciente, a pesar de tener ganglios N2, la supervivencia ha sido buena, reforzando la teoría de «la semilla y la tierra» o de interacción entre célula y huésped en el CP como en otro tipo de cáncer.



**Figura 1.** Panel izquierdo: resonancia magnética nuclear del cráneo en la que se observa lesión metastásica con realce del contraste en el lóbulo temporal izquierdo y lesiones inflamatorias perilesionales. Panel derecho: tomografía computarizada del abdomen en la que se observa lesión metastásica de la glándula suprarrenal derecha.

## Bibliografía

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:69-90.
2. De Ruysscher D, Wanders R, van Baardwijk A, Dingemans AM, Reymen B, Houben R, et al. Radical treatment of non-small-cell lung cancer patients with synchronous oligometastases: long-term results of a prospective phase II trial (Nct01282450). *J Thorac Oncol.* 2012;7:1547-55.
3. Niibe Y, Chang JY, Onishi H, Salama J, Hiraki T, Yamashita H. Oligometastases/Oligo-Recurrence of Lung Cancer. *Pulm Med.* 2013;2013:438236. Epub 2013 Feb 14 [consultado 3 Sep 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/438236>.
4. Jabbour SK, Daroui P, Moore D, Licitra E, Gabel M, Aisner J. A novel paradigm in the treatment of oligometastatic non-small cell lung cancer. *J Thorac Dis.* 2011;3:4-9.
5. Bonnette P. Non-small cell lung cancer with oligometastases: treatment with curative intent. *Cancer Radiother.* 2012;16:344-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2012.05.017>. Epub 2012 Aug 24.

Miguel Emilio García Rodríguez<sup>a,\*</sup>, Bárbaro Agustín Armas Pérez<sup>b</sup> y Karina Armas Moredo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay, Camagüey, Cuba

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos, Camagüey, Cuba

<sup>c</sup> Departamento de Neumología, Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos, Camagüey, Cuba

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [grmiguel@finlay.cmw.sld.cu](mailto:grmiguel@finlay.cmw.sld.cu) (M.E. García Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.07.010>

## Tratamiento de enfisema subcutáneo severo por microdrenaje. A propósito de un caso

### Treatment of Severe Subcutaneous Emphysema by Microdrainage. A Case Report

Sr. Director:

El enfisema subcutáneo (ES) se define como la tumefacción producida por la presencia de aire o gas en la piel<sup>1</sup>. Es un problema predominantemente estético que no suele tener complicaciones, salvo que sea muy importante. Se presenta un caso de ES severo por neumotórax iatrógeno tratado mediante un angiocatéter fenestrado según técnica descrita por Beck<sup>2</sup> y que se utiliza por primera vez en nuestro centro.

Varón de 77 años de edad con antecedentes de EPOC estadio GOLD III que ingresa para realización de biopsia pulmonar percutánea por estudio de nódulo pulmonar sugestivo de carcinoma broncogénico. Tras el procedimiento se detecta neumotórax que obliga a colocar tubo de drenaje, que solo se mantiene 24 h al salirse de forma accidental. Posteriormente desarrolla ES extenso (cara, cuello, miembros superiores y miembros inferiores) y reproducción del neumotórax, colocándose nuevo drenaje con aspiración que resuelve el neumotórax pero no el ES. Se decide retirar el drenaje



**Figura 1.** Enfisema subcutáneo severo. Catéteres fenestrados colocados según técnica descrita por Beck y conectados a aspiración continua.

torácico y manejo conservador. Sin embargo, el ES progresa produciendo disnea, dificultad para la visión y deglución, por lo que se realiza tratamiento mediante la utilización de un angiocatéter fenestrado según la técnica descrita por Beck<sup>2</sup>, que consiste en la realización de varias fenestraciones de forma espiral a un angiocatéter del tamaño 14 G. Se introdujeron 2 catéteres fenestrados en el espacio subcutáneo, 2 cm lateral a la línea medioclavicular a nivel de la tercera costilla (fig. 1), consiguiendo mejoría inmediata tras su colocación. Se conectó a succión continua y se instruyó al personal de enfermería y familiares para la realización de maniobras de masaje desde las partes distales hacia las mediales para facilitar la aspiración. En menos de 48 h el paciente podía abrir los ojos y había desaparecido su disnea, siendo dado de alta tras la resolución del cuadro.

Estudios sobre el mecanismo del enfisema pulmonar intersticial, neumomediastino y ES han demostrado que el aire empieza a emigrar desde una rotura alveolar hacia el tejido pulmonar intersticial y seguidamente al espacio perivascular hasta el mediastino<sup>2,3</sup>. Cuando el paso del aire es mayor que la reabsorción pleural se produce el ES. Esto también podría ocurrir en caso de ES secundario a neumotórax iatrógeno. Se han descrito complicaciones importantes, como malfuncionamiento de marcapasos, compromiso de vía aérea, hipertensión intracraneal o fallo respiratorio, pero son infrecuentes. Un manejo conservador suele ser suficiente para la resolución del ES<sup>1</sup>, si bien se han propuesto diversas terapias, como realización de orificios en la piel, colocación de tubos de tórax, drenaje pig-tail o drenaje con trocar, que tienen limitada utilidad y asocian riesgos de infección, cicatrices e incomodidad para el paciente<sup>1,2</sup>. La colocación del catéter fenestrado es fácil, rápida y cómoda, y su mínima invasión hace posible que se reduzca el riesgo de infección y cicatrices en la piel, si bien no se recomienda un uso de más de 72 h<sup>4</sup>. La utilización de esta técnica en el manejo del ES debe ser individualizada en función del contexto clínico y de la gravedad del cuadro, aunque su sencillez, su alta efectividad, su bajo coste, su mínima invasión y su bajo riesgo de complicaciones la posicionan como una buena opción en casos seleccionados.

## Bibliografía

1. Rivares Esteban JJ, Gil Paraíso PJ, García Martín MA. Tratamiento conservador del enfisema subcutáneo y neumomediastino. *ORL Aragón.* 2001;4:17-9.
2. Beck PL, Heitman SJ, Mody CH. Simple construction of a subcutaneous catheter for treatment of severe subcutaneous emphysema. *Chest.* 2002;121:647-9.
3. Herlan DB, Landreneau RJ, Ferson PF. Massive spontaneous subcutaneous emphysema. Acute management with infraclavicular 'blow holes'. *Chest.* 1992;102:503-5.
4. Leo F, Solli P, Veronesi G, Spaggiari L, Pastorino U. Efficacy of microdrainage in severe subcutaneous emphysema. *Chest.* 2002;122:1498-9.