

**Figura 1.** TC abdominal: engrosamiento mural de un segmento de intestino delgado (yeyuno), cambios inflamatorios y burbujas de aire extraluminales adyacentes.

toneo, engrosamiento mural circunferencial de un corto segmento de intestino delgado en hipogastrio (yeyuno) con marcados cambios inflamatorios y pequeñas burbujas de aire adyacente (fig. 1). Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía media supra-umbilical, hallando peritonitis aguda purulenta inframesocólica por perforación única de yeyuno sobre placa isquémica. Se realiza resección intestinal y anastomosis término-terminal manual. El postoperatorio fue satisfactorio, y la anatomía patológica informa de metástasis de mesotelioma maligno epitelioide en la pared intestinal y en 2 ganglios aislados. El paciente fue remitido a Oncología, iniciando tratamiento con quimioterapia.

## Discusión

Hemos revisado la bibliografía en Medline (1974-2013) y encontrado 4 casos descritos de metástasis de mesotelioma pleural maligno con afectación de intestino delgado<sup>1-4</sup> y un único caso que se presenta como perforación aguda yeyunal<sup>5</sup>. Nuestro paciente es el segundo caso descrito como presentación aguda. El mesotelioma pleural maligno suele manifestarse como un tumor localmente invasivo en el tórax, siendo muy pocos los casos de metástasis gastrointestinales, probablemente debido a su difícil diagnóstico. Se suelen interpretar los síntomas abdominales como secundarios a la quimioterapia, ya que son poco específicos y, además, la ecografía y la TC abdominal tienen baja sensibilidad para la detección de tumores intestinales. La PET-TC y la combinación de cápsula endoscópica y endoscopia de doble balón pueden ayudar a la detección de este tipo de implantes metastásicos.

Consideramos que la posibilidad de metástasis de intestino delgado debe ser tenida en cuenta en pacientes con antecedentes de mesotelioma pleural maligno y clínica compatible con dolor abdominal agudo, sangre oculta en heces y dolor abdominal intermitente, inespecífico.

## Financiación

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

## Agradecimientos

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

## Bibliografía

- Chen HC, Tsai KB, Wang CS, Hsieh TJ, Hsu JS. Duodenal metastasis of malignant pleural mesothelioma. *J Formos Med Assoc.* 2008;107:961-4.
- Terashita S, Hirano K, Hirai T, Narabayashi T, Hara Y, Mori H, et al. A case of malignant pleural mesothelioma with gastrointestinal metastases which were diagnosed by endoscopic biopsy. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi.* 2009;47:133-8.
- Kakugawa Y, Watanabe S, Kobayashi N, Tani M, Tanaka S, Tsuta K, et al. Diagnosis of smallbowel metastasis of malignant pleural mesothelioma by capsule endoscopy and double balloon enteroscopy. *Endoscopy.* 2007;39 Suppl 1:E229-30.
- Liu H, Cheng Y-J, Chen H-P, Hwang J-C, Chang P-C. Multiple bowel intussusceptions from metastatic localized malignant pleural mesothelioma: A case report. *World J Gastroenterol.* 2010;16:3984-6.
- Gocho K, Isobe K, Kaburaki K, Honda Y, Mitsuda A, Akasaka Y, et al. Malignant pleural mesothelioma presenting as an acute surgical abdomen due to metastatic jejunal perforation. *Intern Med.* 2010;49:597-601.

María Inmaculada Navarro García\*, Ainhoa Sánchez Pérez y José Luis Vázquez Rojas

*Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [macu844@hotmail.com](mailto:macu844@hotmail.com) (M.I. Navarro García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.004>

## Lesiones endobronquiales extensas en un paciente con sarcoidosis en estadio 0

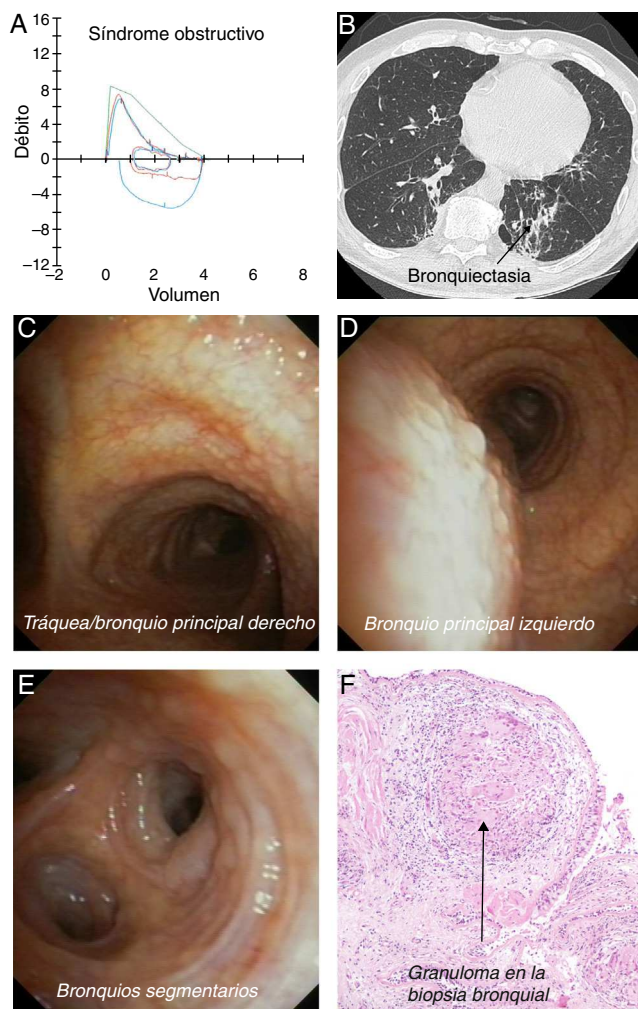


### *Extensive Endobronchial Lesions in a Patient With Stage 0 Sarcoidosis*

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón caucásico de 61 años de edad con disnea de grado II de la NYHA y tos no productiva durante varios meses. Era exfumador (20 paquetes-años, con interrupción

durante 20 años). La función pulmonar mostró (fig. 1A) una obstrucción leve (volumen espiratorio forzado en un segundo [FEV<sub>1</sub>] 2,43 l, 74% del valor predicho [VP], índice de Tiffeneau 61%, volumen residual [RV] 2,29 l, 94% del VP, capacidad pulmonar total [TLC] 6,2 l, 89% del VP, RV/TLC 37%) y una reducción leve del intercambio gaseoso (DLCO 53% del VP, KCO 75% del VP, volumen alveolar 4,94 l, 71% del VP). La radiografía de tórax era normal (estadio 0) y la TC de tórax (fig. 1B) mostró principalmente bronquiectasias en el lóbulo inferior izquierdo, sin adenopatías mediastínicas ni hiliares. La broncoscopia (figs. 1C-E) reveló la presencia de lesiones



**Figura 1.** A: La función pulmonar mostró una obstrucción leve. B: La TC de tórax mostró principalmente bronquiectasias en el lóbulo inferior izquierdo. C-E: La broncoscopia reveló la presencia de lesiones granulosas minúsculas diseminadas, que se extendían de la parte superior de la tráquea a los bronquios segmentarios y subsegmentarios bilaterales, con una distribución circular en todas las partes membranosas y cartilaginosa de las vías aéreas. F: Granulomas de células epitelioides no caseosas.

granulosas minúsculas diseminadas, que se extendían de la parte superior de la tráquea a los bronquios segmentarios y subsegmentarios bilaterales, con una distribución circular en todas las partes membranosas y cartilaginosa de las vías aéreas. El lavado broncoalveolar reveló la presencia de linfocitosis en un 45% con elevación del cociente CD4/CD8 a 4,5, y la biopsia bronquial (fig. 1F) identificó granulomas de células epitelioides no caseosas. Los resultados de las tinciones y cultivos de microorganismos acidorresistentes y hongos fueron negativos. La sarcoidosis endoluminal extensa sin afectación ganglionar y con una afectación parenquimatosa tan solo de carácter menor es una forma de presentación muy poco frecuente<sup>1,2</sup>. El tratamiento de la enfermedad endoluminal diseminada constituye un verdadero reto y tiene como objetivo evitar una obstrucción fija. Se introdujeron corticosteroides inhalados y broncodilatadores con un seguimiento clínico funcional y endoscópico.

#### Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses en relación con el presente manuscrito.

#### Bibliografía

1. Polychronopoulos VS, Prakash UB. Airway involvement in sarcoidosis. *Chest*. 2009;136:1371-80.
2. Chapman JT, Mehta AC. Bronchoscopy in sarcoidosis: Diagnostic and therapeutic interventions. *Curr Opin Pulm Med*. 2003;9:402-7.

Alban Lovis<sup>a,\*</sup>, Leslie Noirez<sup>a</sup>, Igor Letovanec<sup>b</sup> y Alexandre Walker<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Department of Respiratory Medicine, University Hospital of Lausanne, Lausana, Suiza

<sup>b</sup> Department of Pathology, Lausanne University Hospital, Lausana, Suiza

<sup>c</sup> Lungen- und Schlafzentrum, Lindenhofspital, Bremgartenstrasse, Berna, Suiza

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alban.lovis@chuv.ch](mailto:alban.lovis@chuv.ch) (A. Lovis).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.03.021>