



## Cartas científicas

### Metástasis incisional de carcinoma broncogénico tras linfadenectomía mediastínica transcervical extendida



#### *Incisional metastasis from lung cancer after transcervical extended mediastinal lymphadenectomy*

Sr. Director:

Las nuevas técnicas de estadificación en el cáncer de pulmón como la linfadenectomía mediastínica transcervical extendida (TEMLA) y linfadenectomía mediastínica videosistida (VAMLA), ofrecen valores de sensibilidad y especificidad cercanos al 100%, fundamentados en la amplia extensión de la exploración y el gran volumen ganglionar resecaado; sin embargo su utilidad está discutida por la mayor morbilidad asociada<sup>1</sup>. Nuestro grupo de trabajo realiza TEMLA solo a pacientes resecaables con estadio clínico ganglionar N0-1 y elevada prevalencia de enfermedad N2, para evitar el falso negativo de la mediastinoscopia, o elevada comorbilidad, para evitar una toracotomía de alto riesgo en un paciente que de resultar N2 no obtendría de ella beneficios en términos de supervivencia. Presentamos el caso de un paciente estadificado mediante TEMLA que desarrolló una metástasis incisional, incidencia no publicada hasta ahora en la literatura médica.

Varón de 72 años pluripatológico con adenocarcinoma pulmonar hiliar izquierdo de 55 × 56 mm con ganglios 4R y 6 indeterminados. El TEMLA obtuvo 28 ganglios de los grupos 1 + 3, 2R/L, 4R/L 5, 6, 7 y 10R/L de la clasificación de Mountain y Dresler. Se constató enfermedad multiestacional por malignidad en los grupos 10L, 5 y 6. Tras quimioterapia de inducción se indicó cirugía de rescate, resultando finalmente irresecaable por infiltración arterial intrapericárdica. Tres meses más tarde, el paciente desarrolló una

tumoración en la cicatriz del TEMLA que fue resecaada con anestesia local (fig. 1); su examen histológico resultó confirmatorio de metástasis del primario conocido. El paciente falleció por progresión de la enfermedad 23 meses después.

La recidiva a nivel de heridas quirúrgicas en el carcinoma pulmonar es muy rara, aunque se han publicado implantes en heridas quirúrgicas de resección pulmonar abierta o toracoscópica, así como en incisiones de mediastinoscopia. La baja prevalencia impide conocer si el tipo celular o el grado de diferenciación del cáncer primario se relaciona con la frecuencia de aparición de este tipo de recidiva<sup>2</sup>. Con respecto a la recidiva incisional en cicatrices de cirugías para estadificación, el metaanálisis publicado por Ashbaugh en 1970 estimó que el implante en la incisión de la mediastinoscopia ocurre en el 0,12% de los procedimientos<sup>3</sup>; se desconoce la incidencia de este tipo de lesión tras técnicas de estadificación máxima al no haberse notificado previamente ningún caso. Debe considerarse que la mayor agresión quirúrgica (fig. 1) y el volumen ganglionar resecaado en el TEMLA —ambos factores que influyen en la génesis de la metástasis incisional— impiden asumir que la incidencia de metástasis incisional sea equiparable a la mediastinoscopia.

La detección en nuestra serie del primer caso de metástasis en la cicatriz del TEMLA establece la frecuencia de metástasis incisional en el 0,09%.

Con respecto a la etiopatogenia de la lesión, esta no es bien conocida aunque factores relacionados son: la diseminación ganglionar o hematogena a la cicatriz hipervascularizada —que implicaría enfermedad en fase diseminada— y el desprendimiento e implante local de células malignas<sup>4</sup> en cuyo caso no se modificaría el estadio definido en la estadificación primaria y permitiría supervivencias prolongadas<sup>5</sup>. En el caso concreto presentado, la supervivencia prolongada registrada apoyaría el segundo de los mecanismos etiopatogénicos mencionados.

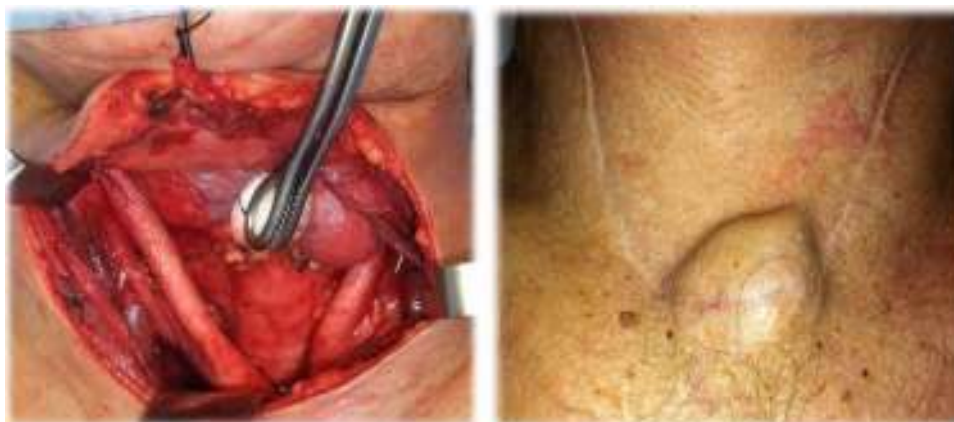


Figura 1. Campo quirúrgico y metástasis incisional de 1,8 × 1,4 cm en la cicatriz del TEMLA.

## Bibliografía

1. De Leyn P, Dooms C, Kuzdzal J, Lardinois D, Passlick B, Rami-Porta R, et al. Preoperative mediastinal lymph node staging for non-small cell lung cancer: 2014 update of the 2007 ESTS guidelines. *Transl Lung Cancer Res.* 2014;3: 225-33.
2. Al-Sotyani M, Maziak D, Shamji F. Cervical mediastinoscopy incisional metastasis. *Ann Thorac Surg.* 2000;69:1255-7.
3. Ashbaugh DG. Mediastinoscopy. *Arch Surg.* 1970;100:568-73.
4. Nduka CC, Monson JR, Menzies-Gow N., Darzi A. Abdominal wall metastases following laparoscopy. *Br J Surg.* 1994;81:648-52.
5. Yokoi K, Miyazawa N, Imura G. Isolated incisional recurrence after curative resection for primary lung cancer. *Ann Thorac Surg.* 1996;61:1236-7.

D. Pérez-Alonso, F. Hernández-Escobar\* y L. López-Rivero

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [caiscohernandez@gmail.com](mailto:caiscohernandez@gmail.com) (F. Hernández-Escobar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.07.001>

## ¿Fenotipo mixto EPOC-ASMA, ACOS o CAOS? Una reflexión sobre las guías y recomendaciones recientes



### Mixed COPD-asthma Phenotype: ACOS or CAOS? A Reflection on Recent Guidelines and Recommendations

Sr. Director:

La asociación de EPOC y asma en un mismo paciente continúa siendo un tema de controversia en las recomendaciones nacionales e internacionales<sup>1-5</sup>. Denominada como fenotipo mixto EPOC-asma<sup>1</sup> o síndrome de solapamiento (ACOS)<sup>2-5</sup>, existen numerosos aspectos divergentes en su definición (tabla 1) que hacen pensar que el término CAOS reflejaría más acertadamente la situación actual.

La Guía Española de la EPOC (GesEPOC)<sup>1</sup> y otras guías que siguen la misma línea<sup>2,3</sup>, recomiendan evaluar la presencia de criterios mayores y menores. Entre estos no se incluyen aspectos clínicos presentes en pacientes con asma como la presencia de rinitis, poliposis o sibilancias, la estacionalidad anual o la variabilidad diaria. Además, en estas guías no se hace referencia a la respuesta al tratamiento con corticoides, mientras se pondera de forma marcada la prueba broncodilatadora o algunos criterios de sensibilización alérgica. Por otro lado, la valoración de la inflamación Th2 que recomiendan no es realizable en la práctica clínica habitual y podrían incluirse otras determinaciones más accesibles como la determinación de FeNO o la valoración de la eosinofilia periférica. Finalmente, estas guías realizadas desde el campo de la EPOC olvidan que existe el asma neutrofílica que, en este contexto, representa un problema clínico mayor.

Según la iniciativa GOLD-GINA<sup>4</sup>, la caracterización está basada en el predominio numérico de criterios clínicos, funcionales y radiológicos sugestivos de la EPOC y el asma. Esta aproximación tiene un mayor sentido clínico, pero parece poco específica, y obvia elementos esenciales entre sus criterios como la historia tabáquica.

Finalmente, la Guía Española del Asma (GEMA)<sup>5</sup> recomienda una serie de pasos escalonados en pacientes en los que el curso clínico de la enfermedad haga sospechar la coexistencia de un solapamiento entre asma y EPOC, incluyendo la prueba con glucocorticoides orales, la de broncodilatación, cuya utilidad está actualmente en debate en la EPOC, o la de broncoprovocación con metacolina, contraindicada en muchos de estos casos.

Debemos resaltar que el único punto claro dentro del CAOS, es que este tipo de pacientes se beneficiarían de forma importante de la inclusión de los corticoides inhalados en sus esquemas terapéuticos. En consecuencia, según lo comentado, un mismo paciente podría ser tratado de forma diferente en función de las recomendaciones que se utilicen. Por tanto, creemos que las sociedades científicas y grupos de trabajo deben buscar puntos convergentes que ayuden a los clínicos a la correcta toma de decisiones.

A pesar de que GesEPOC y GEMA4.0<sup>1,5</sup> han sido lideradas por la SEPAR, son sorprendentes las diferencias en las recomendaciones para la caracterización de lo que parece el mismo síndrome o fenotipo. Más aún cuando ninguna de las aproximaciones descritas está validada. En este punto, los participantes de ambas normativas, en su buen afán de querer dar una respuesta a un problema clínico relevante, deben considerar que la normativa es un medio,

**Tabla 1**

Características y parámetros que pueden ayudar en la caracterización del síndrome de solapamiento EPOC-asma y Fenotipo mixto EPOC-asma según las diversas guías e iniciativas

	GesEPOC	CPPS	FMSD	GOLD/GINA	GEMA
Antecedentes familiares de asma y/o atopía	No	No	No	Sí	Sí
Antecedentes personales de asma	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Antecedentes personales de atopía	Sí	Sí	Sí	No	No
Variabilidad de síntomas llamativa o estacional	No	No	No	Sí	Sí
Rinitis/sinusitis	No	No	No	No	Sí
Prueba broncodilatadora muy positiva (↑ del FEV1 ≥ 15% y ≥ 400 ml)	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Prueba broncodilatadora positiva (↑ FEV1 ≥ 12% y ≥ 200 ml)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Variabilidad significativa en el FEM	No	No	Sí	Sí	No
Prueba de broncoprovocación positiva	No	Sí	No	No	Sí
Prueba de corticoides orales positiva	No	No	No	No	Sí
Mejoría con corticoides inhalados	No	No	No	Sí	No
IgE total elevada	Sí	Sí	Sí	Sí <sup>a</sup>	No
Eosinofilia en esputo	Sí	Sí	Sí	No <sup>a</sup>	Sí
Eosinofilia periférica	No	No	No	Sí <sup>a</sup>	Sí
FeNO elevado	No	Sí	Sí	Sí <sup>a</sup>	Sí
Pruebas cutáneas positivas	No	No	No	Sí <sup>a</sup>	No

CPPS: Czech Pneumological and Phthisiological Society; FMS: Finnish Medical Society Duodecim; GEMA4.0: Guía Española del Asma 4.0; GesEPOC: Guía Española de la EPOC; GOLD/GINA: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease/Global Initiative for Asthma.

<sup>a</sup> Variables que puede ayudar en la diferenciación entre asma y EPOC en un nivel especializado, sin indicar su posible valor para el diagnóstico de síndrome de solapamiento.