

Utilidad diagnóstica del ultrasonido endoscópico en lesiones tumorales metastásicas a páncreas y mediastino

Autor Leonardo Villareal

Afiliación Gastroenterólogo intervencionista en Gastrocare. Digestive Deases Center (Quito, Ecuador).

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2020; 74(4): 146-149.

© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

Fecha de recepción: 27/07/2020

Fecha de revisión: 09/08/2020

Fecha de Aprobación: 12/08/2020

Resumen

Paciente de 44 años con clínica de ictericia y alteración de las pruebas hepáticas, le realizan colangiografía con diagnóstico de estenosis de la vía biliar indicándole CPRE no exitosa y complicada con cuadro de pancreatitis y posterior colangitis, realizan colecistectomía laparoscópica más colocación de catéter tipo Kehr. Es referida a nuestro centro para realización de Ultrasonido Endoscópico (EUS) diagnosticándose lesión sólida en cabeza de páncreas y hallazgo de lesión en mediastino que infiltra el esófago medio. Se planifica para EUS con PAAF. La paciente es manejada por su centro de origen donde realizan operación de Whipple, evolucionando satisfactoriamente. Dos meses después la paciente acude a nuestro centro con clínica de disfagia, motivo por el cual se le realiza endoscopia digestiva superior evidenciándose disminución del calibre de la luz y gastroentero anastomosis con reflujo biliar. Se planifica nuevamente para EUS mas PAAF a la lesión descrita en el primer EUS: (hallazgo de lesión de mediastino con infiltración a esófago medio), el resultado de la biopsia fue Adenocarcinoma ductal e inmunohistoquímica positiva inmunoreacción para receptores de estrógenos y progesterona, en vista de estos resultados se indica PET-SCAN con diagnóstico de Cáncer mama derecha con metástasis a mediastino, columna, pelvis y mesenterio. Paciente es referida a oncología médica, luego se le intenta realizar resolución por cirugía de tórax sin posibilidad con derrame pleural. La paciente vuelve para colocación de prótesis metálica autoexpansible de 22mm. En conclusión, el EUS ayuda a estudiar las estenosis biliar y esofágica, con posibilidad de toma de biopsia y estadaje, evitando cirugías innecesarias.

Palabras clave: ultrasonido endoscópico, Cáncer de mama metastásico.

DIAGNOSTIC UTILITY OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN METASTATIC TUMOR LESIONS TO THE PANCREAS AND MEDIASTINUM

Summary

A 44-year-old patient with symptoms of jaundice and altered liver tests, underwent cholangiography with a diagnosis of bile duct stenosis indicating ERCP not successful and complicated with a picture of pancreatitis and subsequent cholangitis, performed laparoscopic cholecystectomy plus placement of a standard catheter Kehr. She is referred to our center for Endoscopic Ultrasound (EUS), diagnosing a solid lesion in the head of the pancreas and finding a lesion in the mediastinum that infiltrates the middle esophagus. It is planned for EUS with FNA. The patient is managed by her center of origin where they perform a Whipple operation, progressing satisfactorily. Two months later, the patient came to our center with symptoms of dysphagia, which is why an upper digestive endoscopy was performed, showing a decrease in the caliber of the lumen and gastroentero anastomosis with bile reflux. It is planned again for EUS plus FNA to the lesion described in the first EUS: (finding of a mediastinal lesion with infiltration to the middle esophagus), the result of the biopsy was ductal adenocarcinoma and positive immunohistochemistry immunoreaction for estrogen and progesterone receptors, in view Of these results, PET-SCAN is indicated with a diagnosis of Right breast cancer with metastases to the mediastinum, spine, pelvis and mesentery. Patient is referred to medical oncology, then an attempt is made to perform a resolution by chest surgery with no possibility of pleural effusion. The patient returned for placement of a 22mm self-expanding metal prosthesis. In conclusion, the EUS helps to study biliary and

esophageal strictures, with the possibility of taking a biopsy and staging, avoiding unnecessary surgeries.

Key words: endoscopic ultrasound, Metastatic breast cancer.

Introducción

En algunos casos el cáncer de mama, puede dar metástasis a distancia con múltiples síntomas y signos, según el órgano donde se implante. Se presenta un caso donde antes que inicie sintomatología de cáncer de cabeza de páncreas que resulto cáncer de mama, y posteriormente sintomatología de disfagia confundido con metástasis de cáncer de páncreas a mediastino con infiltración de esófago¹.

Caso Clínico

Se trata de paciente femenina de 44 años de edad, natural y procedente de Quito, con antecedente previo de ictericia obstructiva y alteración de las pruebas hepáticas, por lo que indican colangiorensonancia con diagnóstico de estenosis distal de colédoco, motivo por el cual se realiza institución Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE), sin éxito de canulación y complicada con pancreatitis aguda severa que amerito terapia intensiva, complicándose nuevamente con colangitis, fue programada para colecistectomía laparoscópica dejando drenaje externo tipo catéter de Kerh. Luego de ser egresada la paciente acude a otra institución e indican CPRE y por técnica de Rendezvous, colocan de prótesis biliar plástica².



Figura 1. Lesión en cabeza de páncreas hipocogénica sólida. EUS Radial.

La paciente acude a nuestro centro para retiro de prótesis biliar, al ser evaluada se indican laboratorios CA19-9 y valoración cardiovascular, las cuales fueron normales. Se planifica Ultrasonido Endoscópico (USE) con equipo Fujinon SU-7000 EG-530UR con diagnóstico de lesión solida en cabeza de páncreas que infiltra la vía biliar T1N0 (Figura 1)³. Al evaluar

mediastino se encontró de otra lesión sólida que invadía el esófago medio con adenopatía centinela (Figura 2)⁴. Se tomó biopsia por endoscópica que salió negativa para malignidad (Figura 3). En vista de los hallazgos se indica Tomografía Axial Computarizada (TAC) pelvis abdomen y tórax, y USE con toma de biopsia de las lesiones descritas.



Figura 2. Lesión hipocogénica sólida en mediastino anterior que infiltra esófago medio con adenopatía. EUS Radial.

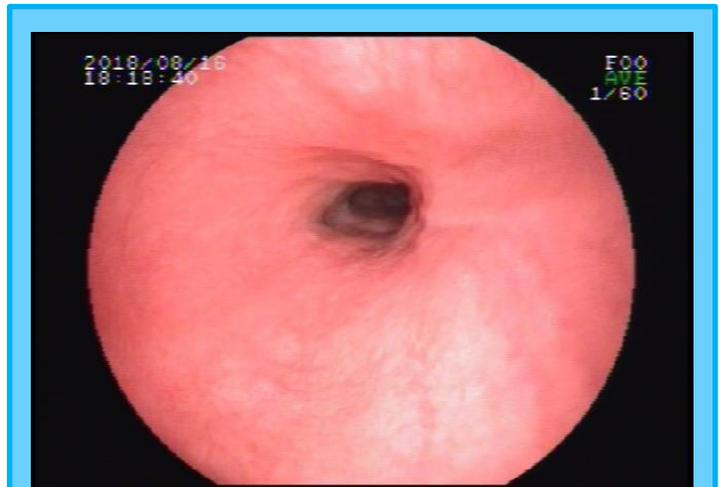


Figura 3. Visión endoscópica de esófago medio con estenosis franqueable, con mucosa normal.

Paciente decide ir a otra institución donde le fue realizada cirugía de Whipple con buena evolución. Luego de 4 meses después de la cirugía acude a nuestro centro con clínica de disfagia progresiva de sólido y blandas y pérdida de peso. Se realiza endoscopia digestiva superior evidenciando estenosis a 26 cm de la arcada dentaria, con dificultad del paso del endoscopio, y gastroentero anastomosis con reflujo biliar. Se indica nuevamente la EUS más biopsia por Punción con Aguja Fina (BPAF) y tomografía con emisión de positrones PET-Scan. El EUS fue realizado con equipo Fujinon SU-8000 EG-530UT, reportando e lesión solida hipocogénica de 2,2 x 1,3cms, de

bordes irregulares que infiltra todas las capas del esófago y muy cerca de aurícula derecha (figura 4). Se realiza PAFF aguja Echotip ProCore HD-22-C (Cook Medical), en número de 3 pases, (figura 5), la histopatología reporto adenocarcinoma ductal con marcadores inmunohistoquímico de progesterona y estrógeno.

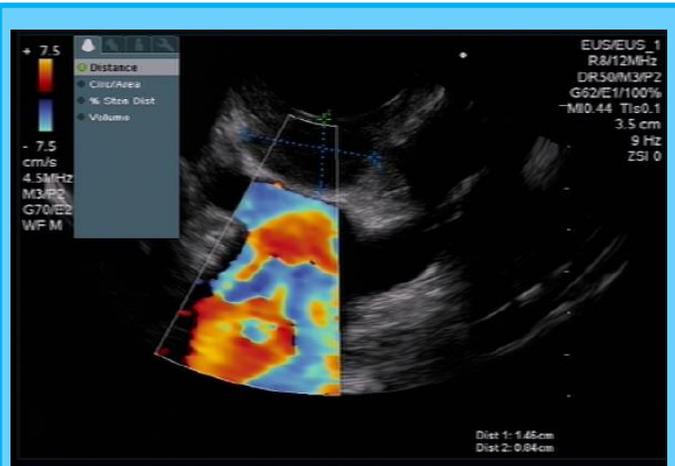


Figura 4. Ultrasonido Endoscópico (USE)

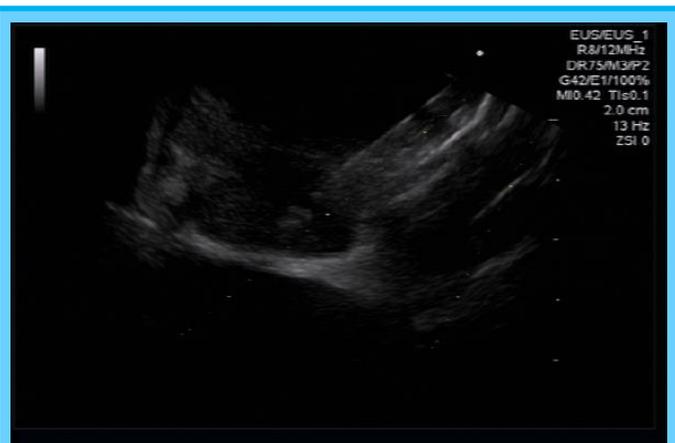


Figura 5. USE más PAAF de lesión de mediastino cercana a aurícula derecha

PET-SCAN: reportó lesión en mama derecha de 21 x 18mm. En tórax lesión en mediastino en contacto con esófago. Adenomegalia en región mesentérica superior. En pelvis con ventana ósea se evidencia lesión de 20milímetros en contacto con músculos glúteos derechos, a nivel de T8 lesión lítica⁵.

Paciente fue referida a oncología médica, previo inicio de quimioterapia la paciente fue programada para cirugía de la lesión de mediastino, pero en vistas de presentar derrame pleural no se realizó su remoción.

Un mes después y con progresión de la disfagia hasta líquido, se realiza esofagograma que muestra estenosis esófago medio de 2cms irregular con paso de contraste a estómago lentamente, con dilatación esofágica pre-estenosis⁶. Se colocar prótesis metálica totalmente cubierta (Evolution de COOK

Medical)⁷. La paciente evoluciona con buena tolerancia oral. Fallece los cuarenta días después.

Discusión

En algunos casos el cáncer de mama es capaz de realizar metástasis a órganos a distancia, antes de dar manifestaciones locales. El caso muestra una lesión en cabeza de páncreas a la cual se realiza una cirugía compleja (Whipple), pese que el USE radial determino una lesión en mediastino anterior (sincrónica). Esta cirugía fue realizada sin esperar y tomar en cuenta los hallazgos de USE radial y TAC que advertía la presencia de estas dos masas. Se sugería realizar USE con PAAF. La biopsia de pieza quirúrgica fue adenocarcinoma. Mes después paciente llega con disfagia, suponiendo que fue metástasis de cáncer de páncreas a mediastino poco común. En esta ocasión se le realiza USE con PAAF, la cual fue positiva para adenocarcinoma. Por lo que se realiza PET-SCAN que evidencia lesión en mama y mediastino, se decide realiza marcadores de estrógenos para cáncer de mama, positiva en la muestra de pieza quirúrgica y USE PAAF. El PET-SCAN evidencia que la lesión en mama es pequeña^{1,5}.

El caso clínico muestra la capacidad del ultrasonido endoscópico en la evaluación de las lesiones del tracto gastrointestinal y órganos adyacentes³. No se debe perder el protocolo para lesiones páncreas, estas lesiones pueden ser origen de metástasis de otros órganos incluyendo mama. Así evitar cirugías innecesarias.

Clasificación del trabajo

AREA: Gastroenterología

TIPO: Caso clínico

TEMA: Ultrasonido Endoscópico (USE)

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

Referencias bibliográficas

1. Estraviz B., Pocino R., Landaluce A., Mendarte U., Sarabia S. Metástasis pancreática solitaria de carcinoma de mama. Cir Esp 2002;72(2):111-2
2. Gori H., Bracho V., Jimenez P., Gori M., Villarreal L. Procedimientos Combinados (Rendezvous) Endoscópico Y Transkehr. Hospital Militar Dr."Carlos Arvelo". Caracas Venezuela. Congreso panamericano de gastroenterología, Panamá 2012.
3. McGuigan A., Kelly P., Turkington R.C., Jones C., Coleman H., McCain R. Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. World J Gastroenterol 2018 November 21; 24(43): 4846-4861.

4. Puli S., Reddy J., Bechtold M., Antillon D., y col. Staging accuracy of esophageal cancer by endoscopic ultrasound: A meta-analysis and systematic review. *World J Gastroenterol* 2008 March 14; 14(10): 1479-1490.
5. Bourgeois A., col. Role of positron emission tomography/computed tomography in breast cancer. *Radiol Clin North Am.* 2013; 51(5): 781-798.
6. Alsop B., Sharma P. Esophageal cancer. *Gastroenterol Clin North Am.* 2016;45(3):399-412.
7. Ramírez F., Dennert B., Zierer S., Sanowski R. Esophageal self expanding metallic stents: Indications, practice techniques and complications. Results of a national study. *Gastrointestinal Endosc.* 1997;45:360-364.