

Casos clínicos

MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO EN PACIENTE SIN EXPOSICIONES DE RIESGO

G. Romo-Rodríguez, T. Jordán-Madrid, M. Estévez-Escobar, A. Pérez-González, C. Viñolo-Ubiña, E. Martínez-Amate, F. Gallardo-Sánchez, L. Miras-Lucas, C. Molina Maldonado, C. Heredia-Carrasco, F.J. Gallego-Rojo

U.G. de Aparato Digestivo Hospital de Poniente, Almería.

Resumen

El mesotelioma es una neoplasia altamente letal, que en su forma peritoneal representa el 10% de todos los mesoteliomas y se asocia a la exposición de contaminantes industriales como el asbesto, aunque se han descrito casos asociados a otros factores de riesgo (radiación, exposición a fibras minerales e infecciones virales como papovavirus, simian virus 40).

Presentamos el caso de un varón de 60 años sin antecedentes patológicos ni exposiciones laborales de riesgo, que ingresó por aumento del perímetro abdominal y pérdida de peso de 2 meses de evolución.

Durante la anamnesis y exploración se pone de manifiesto un consumo de alcohol mayor de 60 g/día, así como semiología ascítica.

La analítica fue completamente normal, incluyendo marcadores tumorales y estudio etiológico de hepatopatía.

Se realiza paracentesis diagnóstica, encontrándose un gradiente albúmina suero/líquido ascítico: >1.1, con proteínas normales y aumento de la celularidad a expensas de

mononucleares. Citología negativa para células neoplásicas y cultivo estéril. Datos que se confirman en nueva paracentesis.

Las pruebas de imagen evidenciaron múltiples lesiones excrescentes en peritoneo, engrosamiento del peritoneo parietal y epiplón mayor; por lo que después de descartar tumor primario gastrointestinal se realiza laparoscopia exploradora.

El diagnóstico se realiza a través de biopsias intraoperatorias. El tratamiento depende del estadiaje tumoral. En nuestro paciente era avanzado, por lo que actualmente se encuentra recibiendo quimioterapia neoadyuvante.

Debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas, la enfermedad habitualmente se encuentra avanzada en el momento del diagnóstico, siendo la alta sospecha clínica la que permite hacer el diagnóstico diferencial.

Palabras claves: Mesotelioma peritoneal. Tumores Peritoneales Malignos. Peritoneal Mesothelioma.

Introducción

El mesotelioma es una neoplasia altamente letal que surge de la membrana serosa de pleura, peritoneo, pericardio y túnica vaginalis. El 80 % de los casos son de origen pleural, mientras que los peritoneales representan de un 10% al 15%, con una incidencia de 0.5 a 3 casos por millón de habitantes^{1,2}. Se asocia a la exposición de contaminantes industriales como el asbesto, con una latencia entre la exposición y la aparición de la enfermedad de aproximadamente 30 años^{1,2}.

CORRESPONDENCIA

Gabriela Romo-Rodríguez
C/ Rocío Jurado N7, Portal IV, 3C
Almería
Teléfono 616006148

romo_gabriela@hotmail.com

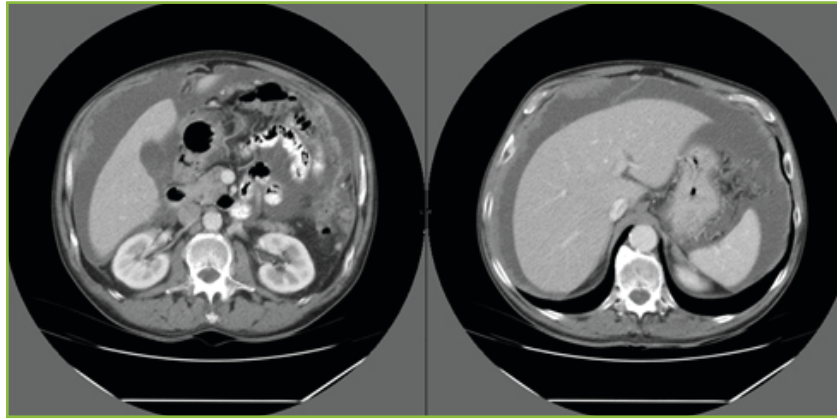


Figura 1

TAC: engrosamiento del peritoneo parietal, ascitis.

Caso clínico

Se trata de un varón de 60 años sin antecedentes patológicos de importancia, salvo el consumo de alcohol de más de 60 g al día por un periodo mayor a 10 años.

El paciente presenta un aumento del perímetro abdominal de 2 meses de evolución asociado a cambio en el hábito intestinal y una pérdida de peso progresiva de 5 kg en los últimos seis meses. A la exploración física se evidenció ascitis grado II y abdomen doloroso a la palpación de manera generalizada, sin signos de irritación peritoneal y sin otros hallazgos de importancia.

En la analítica encontramos hemograma, coagulación y bioquímica que incluían función renal, hepática, así como marcadores tumorales: alfa-fetoproteína, CA 125, CA15.3, CA 19.9 y CEA normales.

Se realizó también un estudio etiológico de hepatopatía que fue normal.



Figura 2

Ecografía abdominal: múltiples implantes peritoneales y en superficie hepática.

Análisis de líquido ascítico: recuento leucocitario de 2190/mm³, PMN 10%, mononucleares 90%, albúmina 2.56, proteínas 3.9, gradiente albúmina suero/líquido ascítico: >1.1. La citología indicaba hiperplasia papilar mesotelial de carácter reactivo, negativo para células neoplásicas. El cultivo era estéril. Ante los datos se repitió la paracentesis a las 48 horas, confirmándose los resultados previos. Se realiza también una ecografía abdominal que da como resultado un hígado de características normales, múltiples lesiones excrecentes en peritoneo parietal, espacio subfrénico derecho, perihepático y ascitis abundante, sugiriendo implantes peritoneales metastásicos (**Figura 2**). Se completa el estudio con una Tomografía toraco-abdomino-pélvica en la que se identifica paquipleuritis calcificada basal derecha y engrosamiento del peritoneo parietal en espacio perihepático, epiplón mayor y flanco izquierdo (**Figura 1**).

Ante los hallazgos descritos, se decide descartar tumor primario gastrointestinal mediante gastroscopia y colonoscopia, con resultados normales y se decide la realización de una laparoscopia exploradora, en la que se encuentra abundante líquido mucinoso y se observa toda la superficie peritoneal así como superficie hepática e intestino delgado con múltiples implantes peritoneales que se biopsian. Los resultados de la biopsia muestran abundantes grupos de células epiteliales con atipia y binucleación, compatible con mesotelioma maligno (**Figura 3**), que se confirma a través de técnicas de inmunohistoquímica: positividad para calretinina, D240, E-Cadherina, queratina 7, AE1-AE3 y Ki67 y negatividad de CEA, CD15, queratina 20 HMB45, vimentina, sinaptofisina, progesterona, estrógenos y P53, compatible todo ello con mesotelioma maligno peritoneal difuso.

Discusión

El mesotelioma peritoneal maligno representa del 10 al 15 % de todos los mesoteliomas, diagnosticándose 400 nuevos casos al año en EEUU, datos que son similares a los obtenidos en España.

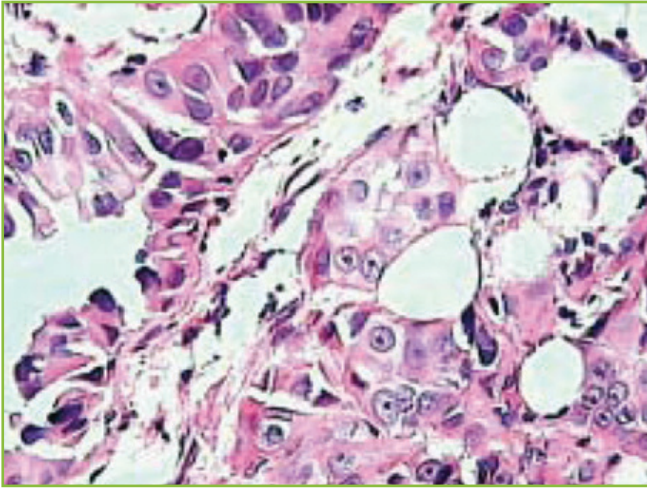


Figura 3

Mesotelioma peritoneal maligno bien diferenciado.

A diferencia del tipo pleural, el número de mujeres afectadas es mayor, lo que podría estar en relación con otros factores de riesgo diferentes a la exposición al asbesto^{1,2}.

Se han reportado casos asociados a radiación, a exposición a fibras minerales, infecciones virales (papovavirus, simian virus 40), aunque la magnitud del riesgo no ha sido claramente definida^{2,5,7}.

Debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas, la enfermedad se encuentra avanzada en el momento del diagnóstico. Las manifestaciones clínicas se relacionan con la ascitis y la progresión tumoral en la cavidad abdominal, que incluye un aumento del perímetro abdominal (síntoma inicial más frecuente, 56% a 82%, acompañado de saciedad temprana, disnea, disfagia, dolor abdominal difuso, 27% a 58%), náuseas, anorexia y pérdida de peso. La enfermedad localizada es una forma menos común y se presenta como una masa palpable^{1,2}. Los fenómenos paraneoplásicos que se han descrito incluyen: fiebre, trombocitosis, trombosis, hipoglucemia y, en raras ocasiones, anemia hemolítica.

En las pruebas de imagen se encuentran comúnmente infiltración tumoral irregular y engrosamiento nodular del peritoneo en la forma difusa o masa intraperitoneal focal con o sin infiltración a órganos vecinos, en la forma localizada.

Adicionalmente, podemos encontrar ascitis moderada, engrosamiento epiploico o invasión de órganos intraabdominales como hígado y diafragma^{1,2}. Podemos encontrar también calcificaciones pleurales hasta en el 50% de los pacientes^{1,2}.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con carcinomatosis peritoneal, carcinoma papilar seroso, carcinoma de ovario, linfomatosis y tuberculosis peritoneal^{1,4}. El diagnóstico de confirmación se realiza a través de citología, usualmente de utilidad limitada, histología e inmunohistoquímica.

La biopsia guiada por TAC o laparoscópica permite la obtención del material suficiente para realizar el diagnóstico. Macroscópicamente se caracteriza por cientos a miles de nódulos tumorales de diferente tamaño y consistencia, diseminados en la cavidad peritoneal^{1,2}.

Microscópicamente, existen 4 tipos histológicos. El tipo epitelial representa el 50-70% de los mesoteliomas pleurales y la mayoría de los peritoneales. El sarcomatoso es menos común en el peritoneo y conlleva a un peor pronóstico. El tipo bifásico tiene componentes de los dos tipos histológicos descritos previamente. Por último, el túbulo-papilar o bien diferenciado es considerado como una entidad clínico-patológica diferente, que proviene de las superficies peritoneales de la pelvis y no se asocia a la exposición de asbesto y es considerada como una malignidad de bajo grado con buena respuesta al tratamiento quirúrgico, aunque con necesidad de seguimiento por la posibilidad de progresar hacia un verdadero mesotelioma peritoneal^{1,2}.

No existe ningún marcador específico para el mesotelioma, por lo que el diagnóstico inmunohistoquímico se realiza a través de un amplio panel de marcadores: Es usualmente negativo para marcadores de adenocarcinoma: CEA, LeuM1, Ber- Ep4, B72.3, Bg8, y MOC-31, mientras que es positivo para calretinina, citoqueratina 5/6, WT-1, trombosmodulina y mesotelina^{1,2}.

En lo que respecta al tratamiento, no existe un consenso, sin embargo en la última década se han realizado importantes avances, sobre todo en la terapia regional agresiva: cirugía citoreductora, seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica, que se reserva para aquellos pacientes que no presentan enfermedad extraperitoneal, con una media de supervivencia de 5 años, en comparación con la media de supervivencia de 13 meses para los pacientes con enfermedad avanzada, cuyo tratamiento comprende quimioterapia sistémica combinada con pemetrexed y cisplatino^{3,4}.

Presentamos un caso de una patología poco frecuente en un paciente sin exposiciones de riesgo asociadas, con una presentación insidiosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boffetta P. Epidemiology of peritoneal mesothelioma: A review. *Annals of Oncology* 2007; 18:985-990.
2. Diane M. Padgett, et al. Podoplanin is a better immunohistochemical marker for Sarcomatoid Mesothelioma than Calretinin. *Am J Surg Pathol* 2008; 32: 123-127.
3. Garcia Carbonero R, Paz Ares L. Systemic chemotherapy in the management of malignant peritoneal mesothelioma. *Eur J Surg Oncol* 2006; 32: 676-681.
4. Stewart JH, Shen P, Levine EA. Intraperitoneal hyperthermic chemotherapy for peritoneal surface malignancy: current status and future directions. *Ann Surg Oncol* 2005; 12: 765-777.

5. Brida A, Padoan I, Mencarelli R, et al. Peritoneal mesothelioma. A review *Medscape General Medicine* 2007; 9: 32.
6. Murinello A. Primary malignant peritoneal mesothelioma associated with renal cell carcinoma. A concise review based on a clinical case. *J Port Gastroenterol* 2010; 17: 217-220.
7. Ponce Lorenzo J, Giménez Ortiz A, Aparisi Aparisi F, Fleitas Kanonnikoff T, Montolar Salcedo J. Mesotelioma peritoneal: una presentación clínica inusual en un paciente sin exposición al asbesto. *An. Med. Interna* 2007; 24: 81-83.
8. Animan KH. Natural history and epidemiology of malignant mesotelioma. *Chest* 1993; 103:373.