



## Adenocarcinoma multifocal de pulmón y delección del exón 19 del EGFR con manejo multimodal

» Carlos Carvajal<sup>1</sup>  
» Andrés Villada<sup>2</sup>  
» Rafael Beltrán<sup>1</sup>  
» Ricardo Bruges<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Cancerología

<sup>2</sup> SES Hospital Universitario de Caldas

**Objetivo:** el objetivo es describir el manejo y la respuesta de una paciente con adenocarcinoma multifocal y mutación del exón 19 del EGFR que incluyó cirugía, radiocirugía e inhibidores de tirosina quinasa.

**Caso:** paciente de 58 años nunca fumadora, quien cuatro años y medio antes se le había realizado una lobectomía inferior derecha extrahospitalaria por adenocarcinoma primario pulmonar invasivo, grado 1 de diferenciación, de 2.5 cm con patrón lepidico (75 %), acinar (20 %), micropapilar (5 %) y con diseminación a través de espacios aéreos (STAS). Además, muestreo ganglionar de estaciones 9 y 12 negativos. Estadio patológico IA2, pT1b N0 M0.

Asiste por primera vez a cirugía de tórax con reporte de biopsia percutánea de nódulo del lóbulo superior izquierdo compatible con un adenocarcinoma pulmonar de patrón lepidico con delección del exón 19 del EGFR, PDL1 negativo y no rearrreglos del ALK.

Se comparan tomografías desde un año después del primer procedimiento quirúrgico y los de la primera valoración institucional encontrando que presentaba:

- Cuatro nódulos de vidrio esmerilado (GGO) en lóbulo superior de pulmón izquierdo que habían adquirido un componente sólido mayor de 5 mm.
- Dos micronódulos sólidos en lóbulo medio sin cambios.
- Un nódulo GGO en el lóbulo superior derecho central que había aumentado de tamaño.

La resonancia magnética cerebral y el PET-CT descartan compromiso a distancia.

Se presenta en junta multidisciplinaria y se decide realizar estadificación mediastinal invasiva y en el mismo procedimiento quirúrgico según congelación realizar lobectomía superior izquierda y vaciamiento ganglionar mediastinal; manejar el nódulo del lóbulo superior derecho con radiocirugía para evitar otra lobectomía y continuar seguimiento de los micronódulos del lóbulo medio.

**Autor para correspondencia:** Carlos Carvajal

**Correo electrónico:** ccarvajalmd@gmail.com

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Los ganglios en la mediastinoscopia fueron negativos en la congelación por lo que se realizó la resección quirúrgica.

En la patología se encontraron tres nódulos, el mayor de 0.6 cm, compatibles con adenocarcinoma primario pulmonar multifocal, grado 3 de diferenciación, con patrones acinar (30%), lepidico (30%) y micropapilar (30%) y con STAS. Además, delección del exón 19 del EGFR, PDL1 negativo y no rearrreglos del ALK. Ganglios mediastinales de estaciones 2R,2L,4R,4L,5,6,7,10,11,12 y 13 negativos. Estadio IA1 multifocal, pT1a (3) NO MO. Se inició osimertinib un mes después de la cirugía, cuatro meses después la paciente asistió a la planeación de la radiocirugía y se evidenció casi desaparición del nódulo GGO central del lóbulo superior derecho por lo que se decidió realizar radiocirugía a micronódulos del lóbulo medio con dosis de 11 gy en cinco sesiones, (Figura 1). La paciente completó seis meses del segundo procedimiento quirúrgico y cinco meses de osimertinib, sin progresión y en excelente condición.

**Conclusiones:** dentro de los criterios de diagnóstico del adenocarcinoma multifocal

descritos por la Asociación Internacional para el Estudio del Cáncer de Pulmón (IASLC), nuestra paciente cumple con que presenta múltiples nódulos pulmonares subsólidos, con al menos uno de ellos sospechoso (o probado) de ser cáncer debido a que la patología de la resección quirúrgica inicial era un adenocarcinoma de predominio lepidico (grado 1). Con un mediastino negativo y a pesar de que los patrones encontrados en la segunda resección quirúrgica fueron compatibles con un grado 3 de diferenciación (por tener un patrón micropapilar del 30%), es claro que estos tres nódulos desarrollaron un componente sólido >50% en el seguimiento y surgieron de un nódulo GGO, otro de los criterios descritos por la IASLC.

En el manejo, la desaparición del nódulo central subsólido del lóbulo superior derecho descubierta durante la planeación de la radiocirugía, está relacionada claramente al inicio de osimertinib, lo que nos lleva a pensar en el papel de este medicamento en el manejo del adenocarcinoma multifocal, con delección del exón 19 del EGFR.

**Palabras clave:**

Adenocarcinoma del pulmón; nódulos pulmonares múltiples; terapéutica; radiocirugía

**Figuras y Tablas:**

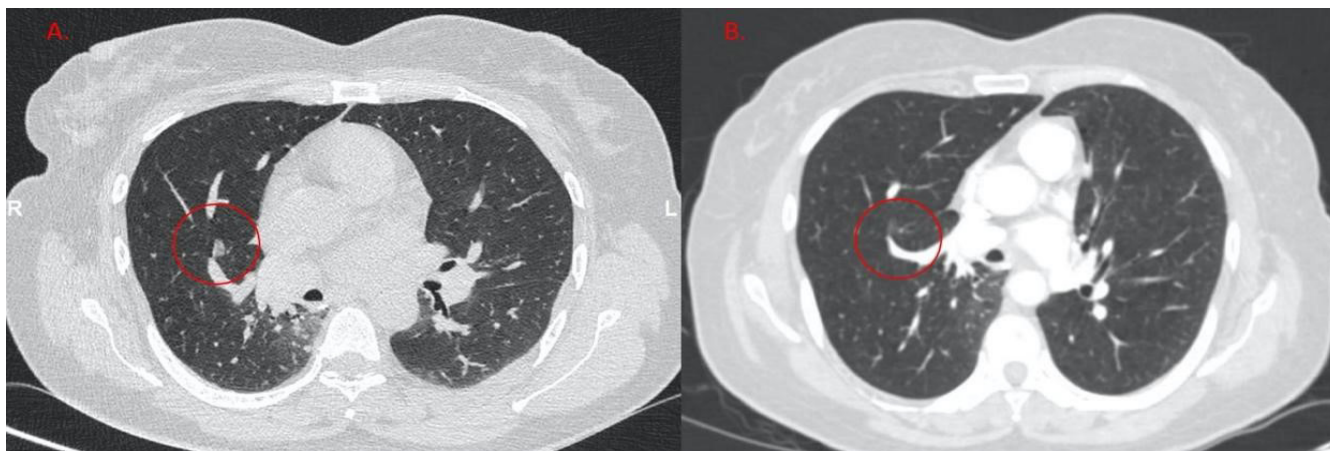


Figura 1. Cortes axiales de Tomografía Computarizada en donde se evidencia: A. Nódulo de vidrio esmerilado de lóbulo superior derecho de la primera valoración institucional B. Casi desaparición de nódulo después de 4 meses del inicio de osimertinib.