

los miembros de la familia al momento de decidir el tratamiento del adulto mayor con depresión y también considerar aspectos del funcionamiento familiar como potenciales dianas para el diseño de estudios de intervención y de estrategias educativas y de psicoterapia enfocadas en el adulto mayor con depresión.

**Ana Itandehui Martínez Piñón<sup>1</sup>, Eduardo C Pastrana Huanaco<sup>2</sup>, Alain R Rodríguez-Orozco<sup>2</sup>, Carlos Gómez Alonso<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Familiar N° 80, Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelia, Michoacán, México.

<sup>2</sup>División de Posgrado, Facultad de Medicina "Dr. Ignacio Chávez", Universidad Michoacana de San Nicolás De Hidalgo. Instituto de Investigación Científica en Temas de Familia, Alergia e Inmunología. Morelia, Michoacán, México.

<sup>3</sup>Centro de Investigaciones Biomédicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Morelia, Michoacán, México.

#### REFERENCIAS

1. HOYL T, VALENZUELA E, MARÍN P. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1199-204.
2. BELLÓ M, PUENTES-ROSAS E, MEDINA-MORA ME, LOZANO R. Prevalence and diagnosis of depression in México. *Salud Pública Mex* 2005; 47 Suppl 1: S4-11.

## CARCINOMA ESOFÁGICO E HIPERNEFROMA SINCRÓNICOS EN UN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

### *SYNCHRONOUS ESOPHAGUS CARCINOMA AND HYPERNEPHROMA IN A LIVER TRANSPLANTED PATIENT*

*Sr. Editor:* Las neoplasias *de novo* son complicaciones relativamente frecuentes en la evolución a medio o largo plazo de los pacientes sometidos a trasplante hepático<sup>1-5</sup>. Los tumores más frecuentes son los cutáneos y las enfermedades linfoproliferativas<sup>1-4</sup>. Habitualmente estos tumores tienen un comportamiento más agresivo y se diagnostican en un estadio avanzado<sup>5</sup>. Sin embargo la presencia de dos neoplasias sincrónicas es infrecuente. Presentamos el caso de un paciente que desarrolló simultáneamente un carcinoma epidermoide esofágico y un hipernefroma en el séptimo año postrasplante hepático.

Se trata de un varón de 73 años sometido siete años antes a un trasplante hepático por una cirrosis alcohólica. Refería una disfonía de tres meses de evolución. En el último mes comenzó con disfagia y pérdida importante de peso. En la exploración física se objetivó parálisis de la cuerda vocal izquierda. Entre sus antecedentes destacaban el consumo excesivo de alcohol y tabaco antes del trasplante. En el postrasplante inmediato presentó una infección por citomegalovirus. Había recibido tratamiento inmunosupresor con ciclosporina y deflazacort. En los últimos 6 meses, por insuficiencia renal, recibió monoterapia con micofenolato. Se realizó TAC toracoabdominal que mostró una masa mediastínica de 5 cm, que englobaba el nervio recurrente y sin plano de separación con la pared posterior y lateral de la tráquea ni del esófago. En el tránsito gastrointestinal se objetivó una estenosis del esófago proximal con un gran componente extraluminal (Figura 1). Una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la masa mediastínica fue compatible con un carcinoma epidermoide. A nivel abdominal se detectó una masa hipervascularizada de 7 cm en el riñón izquierdo y la PAAF de la masa renal fue sugestiva de hipernefroma. El paciente se deterioró progresivamente por lo que se decidió realizar sólo tratamiento sintomático y se colocó una prótesis esofágica para control de la disfagia. También se redujo la dosis de micofenolato y

*Correspondencia a:* Dr. M Rodríguez F. Servicio de Medicina Interna, Unidad de Hepatología, Hospital Clínico Universitario. 15705 Santiago de Compostela. E mail: mrodfr@yahoo.es



Figura 1. Tránsito esófago-gastroduodenal. Estenosis en esófago proximal con gran componente extraluminal.

se añadió sirolimus. El paciente falleció a los 6 meses del diagnóstico.

El desarrollo de neoplasias *de novo* es una complicación relativamente frecuente en la población trasplantada y su incidencia oscila entre 4,8% y 26,2%<sup>1-5</sup>. Los tumores más frecuentes son los cutáneos y las neoplasias hematológicas<sup>1-4</sup>. Otros tumores relativamente frecuentes son orofaríngeos, gastrointestinales, pulmonares y urogenitales<sup>1-4</sup>. Es poco frecuente que un paciente trasplantado presente varias neoplasias. En la literatura hay pocos casos de pacientes con trasplante hepático que desarrollen una segunda neoplasia. Generalmente uno de los tumores es cutáneo y además su presentación no es sincrónica<sup>1,3,4</sup>. Nuestro caso es peculiar porque las 2 neoplasias se presentaron simultáneamente. No hemos encontrado ningún caso descrito de tumores esofágico y renal sincrónicos en pacientes trasplantados hepáticos. Incluso en la población no trasplantada la aparición sincrónica de estos 2 tumores es excepcional<sup>6</sup>. En nuestro paciente, al igual que en los casos descritos, el hipernefroma se detectó casualmente durante el estudio de extensión del tumor esofágico. La distinción entre hipernefroma y metástasis renales es importante para valorar si es posible el tratamiento quirúrgico<sup>6</sup>.

Entre las razones atribuidas al aumento de tumores en los pacientes trasplantados se encuentra la disminución de la inmunidad, como consecuencia del tratamiento inmunosupresor crónico, y el efecto mutagénico directo del tratamiento inmunosupresor<sup>2</sup>. El riesgo de desarrollar neoplasias es mayor a medida que aumenta el tiempo que transcurre desde el trasplante<sup>1,2</sup> y 50% de las neoplasias aparecen entre el 2º y 3º año postrasplante<sup>4</sup>. Otros elementos que juegan

también un papel en el desarrollo de las neoplasias son la susceptibilidad genética, la edad de los receptores<sup>1,2</sup>, la exposición al sol<sup>2</sup>, el consumo de tabaco y de alcohol<sup>1,2,4,5</sup>. Así, en algunas series el riesgo de neoplasias *de novo* en pacientes trasplantados por cirrosis alcohólica es tres veces mayor (9% vs 3%) que en los pacientes trasplantados por otras etiologías<sup>5</sup>.

Debido a la situación de inmunosupresión, los tumores se presentan de manera atípica y en la mayoría de los casos, al igual que en nuestro paciente, se diagnostican en un estadio muy avanzado<sup>5</sup>. Excepto los tumores cutáneos, el diagnóstico de una neoplasia *de novo* se asocia a una elevada mortalidad y la mayoría de los pacientes fallecen por complicaciones derivadas de la neoplasia<sup>1-5</sup>. Algunos grupos proponen realizar un despistaje periódico en los pacientes con más riesgo de desarrollar una neoplasia *de novo* con el fin de realizar el diagnóstico y tratamiento en un estadio más precoz<sup>1,5</sup>.

**Montse Rodríguez-Framil<sup>1</sup>, Esteban Otero-Antón<sup>1,2</sup>, Santiago Tomé-Martínez de Rituerto<sup>1,2</sup>, Jorge Martínez-Castro<sup>2</sup>, Javier Fernández-Castroagudín<sup>2</sup>, Esther Molina-Pérez<sup>2</sup>, Evaristo Varo-Pérez<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Unidad de Hepatología, <sup>2</sup>Unidad de Trasplante Abdominal, Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña, España.

#### REFERENCIAS

- HERRERO JI, LORENZO M, QUIROGA J, SANGRO B, PARDO F, ROTELLAR F ET AL. *De novo* neoplasia after liver transplantation: an analysis of risk factors and influence on survival. *Liver Transpl* 2005; 11: 89-97.
- VALLEJO GH, ROMERO CJ, DE VICENTE JC. Incidence and risk factors for cancer after liver transplantation. *Crit Rev Oncol Hematol* 2005; 56: 87-99.
- YAO FY, GAUTAM M, PALESE C, REBRES R, TERRAULT N, ROBERTS JP ET AL. *De novo* malignancies following liver transplantation: a case-control study with long-term follow up. *Clin Transplant* 2006; 20: 617-23.
- CATALINA MV, DE DIEGO A, GARCÍA-SÁNCHEZ A, ESCUDERO M, SALCEDO M, SALCEDO M ET AL. Caracterización de los tumores malignos *de novo* en el trasplante hepático. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 57-63.
- BENILOCH S, BERENQUER M, PRIETO M, MORENO R, SAN JUAN F, RAYON M ET AL. *De novo* internal neoplasms after liver transplantation: increased risk and aggressive behaviour in recent years? *Am J Transplant* 2004; 4: 596-604.
- KOBAYASHI S, KABUTO T, DOKI Y, YAMADA T, MIYASHIRO I, MURATA K ET AL. Synchronous esophageal and renal cell carcinoma. *Dis Esophagus* 2000; 13: 305-10.