

Cartas al Director



Tumor carcinoide bronquial. Presentación atípica y tratamiento quirúrgico

Sr. Director:

Los tumores carcinoides (TC) suponen del 1-5% de todos los tumores primarios broncopulmonares del adulto, y aparecen en igual proporción en varones que en mujeres. A pesar de su baja incidencia, se trata de una neoplasia importante por su potencial resecabilidad y curación, aunque el pronóstico varía según su localización, central o periférica, y según sea un TC típico o un TC atípico. Los motivos de consulta más habituales son: fiebre persistente, hemoptisis, dolor torácico, neumonías de repetición y tos persistente¹. En ocasiones constituyen un hallazgo radiológico incidental. Presentamos el caso de una paciente que comenzó con un cuadro "asmatiforme" originado por la presencia de un TC a nivel de bronquio principal derecho y que requirió exéresis precoz del mismo.

Mujer de 29 años, fumadora de 10 cigarrillos/día, sin antecedentes laborales ni patológicos de interés. Consultó en el servicio de urgencias por sufrir episodios esporádicos de tos de dos meses de evolución, sin otra sintomatología asociada. La exploración física era normal, incluida la auscultación cardiorrespiratoria. Las exploraciones complementarias solicitadas (pulsioximetría, analítica y radiografía de tórax) también fueron normales. Fue dada de alta con tratamiento sintomático para la tos. Una semana después, la paciente volvió a acudir al servicio de urgencias, esta vez con clínica de disnea, pitos y tos seca. A la exploración física destacaba la presencia de sibilancias bilaterales en la auscultación respiratoria. La radiografía de tórax y la analítica no evidenciaron alteraciones de significación y la gasometría arterial (FiO_2 0,21) evidenció: pH, 7,40; PaO_2 , 87 mmHg; PaCO_2 , 31 mmHg. Se administraron fármacos broncodilatadores y la paciente respondió favorablemente. Se orientó el cuadro como una probable crisis asmática y la paciente ingresó para estudio. Tuvo una buena evolución clínica durante el ingreso y fue dada de alta con tratamiento broncodilatador. Reingresó en urgencias cinco días después por una nueva crisis, y las exploraciones complementarias fueron similares a las del anterior ingreso. Ante esta situación, se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) torácica, que puso de manifiesto una imagen compatible con una masa a nivel de bronquio principal derecho que ocluía la práctica totalidad del mismo, sin otras alteraciones de significación (fig. 1). Una fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (LBA) y toma de biopsia



Figura 1.

evidenció una citología positiva para tumor carcinoide. Según la clínica de la paciente y por la localización central del tumor se decidió llevar a cabo su exéresis, practicándose resección de la masa a nivel de bronquio principal derecho más bronoplastia más muestreo de 3 niveles ganglionares. La paciente tuvo un postoperatorio correcto, sin complicaciones de significación, y fue dada de alta sin clínica asmática. La anatómica patológica definitiva de la pieza quirúrgica fue compatible con un tumor carcinoide típico, y las adenopatías estaban libres de enfermedad.

Los TC centrales crecen en los bronquios principales en el 70-90% de los casos, y más raramente en la tráquea. Existe un predominio del árbol bronquial derecho. En la mayoría de los casos el componente endobronquial es una pequeña parte del tumor, formando el denominado "tumor en iceberg". Raramente son enteramente endobronquiales. Dado su lento crecimiento, existe un lapso de tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico del TC, que oscila entre los 52 y 62 meses. La clínica del TC varía según la localización del tumor: dolor torácico, crisis tusigenas de repetición, hemoptisis de repetición, cuadros febriles de repetición, cuadros neumónicos homolaterales repetidos². Los TC centrales frecuentemente son asintomáticos durante más tiempo y sólo más tarde son detectables radiológicamente como una masa pulmonar o una atelectasia. Como expresión clínica del crecimiento en el interior de los bronquios puede aparecer tos irritativa, estridor, disnea, neumonitis de repetición distal o la oclusión y hemoptisis. En escasas ocasiones el diagnóstico se hace por sus metástasis, y en un mínimo número de casos, por presentar el síndrome carcinoide. El tratamiento de los tumores carcinoides es eminentemente multidisciplinario³. El diagnóstico radiológico se obtiene mediante la radiografía de tórax y la TAC torácica, que detectan la presencia del nódulo o masa y atelectasias lobares o completas⁴. La broncoscopia establece la presencia de una tumoración endoluminal de color rojo ("tumor en cereza"), visión que puede ser diagnóstica. La práctica de la biopsia da el diagnóstico en el 70-80% de los casos, según las series⁵. Sin embargo, conlleva el riesgo de hemorragias importantes, por lo que algunos autores la desaconsejan⁶.

El diagnóstico está, pues, sugerido por los síntomas, sospechado por las imágenes radiológicas y establecido por la descripción de la broncoscopia y la biopsia.

La evolución natural del tumor sin tratamiento presenta una supervivencia a los 5 años del 70%, y a los 10 años, del 65%⁷. Por su baja agresividad y escasa incidencia metastásica, en estos tumores está indicada la resección radical conservadora más broncoplastia en casos seleccionados y estadificación ganglionar. El caso presentado fue inicialmente orientado como una crisis asmática dada la clínica de estridor y la mejoría con broncodilatadores. La localización mayoritariamente endoluminal del TC y la masiva oclusión del árbol bronquial derecho pueden dar síntomas confundibles incluso –como en el caso expuesto– con crisis de asma. Como ya se ha comentado, es muy infrecuente la casi total oclusión de un bronquio principal por un TC. En el caso presentado fue preciso realizar una resección de la masa a 2 cm de carina, dejando unos márgenes adecuados, y una posterior broncoplastia. El riesgo principal de este tipo de intervenciones radica en la posibilidad de estenosis bronquial en el postoperatorio tardío. La evolución, sin embargo, suele ser favorable, dada la lenta evolución y baja malignidad de estos tumores.

**Juan José Fibla, César Farina, Guillermo Gómez,
Juan Carlos Penagos, Gaspar Estrada y Carlos León**

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Fink G, Krelbaum T, Yellin A, Bendayan D, Saute M, Glazer M, Kramer MR. Pulmonary carcinoid: presentation, diagnosis, and outcome in 142 cases in Israel and review of 640 cases from the literature. *Chest* 2001;119:1647-51.
2. Rena O, Filosso PL, Ruffini E, Oliano A. Bronchopulmonary carcinoid tumours. *Minerva Chir* 2002;57:402-23.
3. Fischer S, Kruger M, McRae K, Merchant N, Tsao MS, Keshayee S. Giant bronchial carcinoid tumors: a multidisciplinary approach. *Ann Thorac Surg* 2001;71:386-93.
4. Jeung MY, Gasser B, Gangi A, Chameau D, Ducrocq X, Kessler R, et al. Bronchial carcinoid tumors of the thorax: spectrum of radiologic findings. *Radiographics* 2002;22:351-65.
5. Domingo JA, Bello E, Chacón E, Carretero JA, Hernández A. Carcinoide bronquial: diagnóstico por fibrobroncoscopia. *Arch Bronconeumol* 2001;37:150-2.
6. Hurt R, Bates M. Carcinoid tumours of the bronchus: a 33 years experience. *Thorax* 1984;39:617-23.
7. Ferguson MK, Landreneau RJ, Hazelrigg SR, Altarki NK, Naunheim KS, Zwsischenberger JK, et al. Long-term outcome after resection for bronchial carcinoid tumors. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000;18:156-61.