

# Cirugía incompleta del carcinoma adenoide quístico bronquial: una alternativa terapéutica

## Incomplete surgery for bronchial cystic adenoid carcinoma: A therapeutic alternative

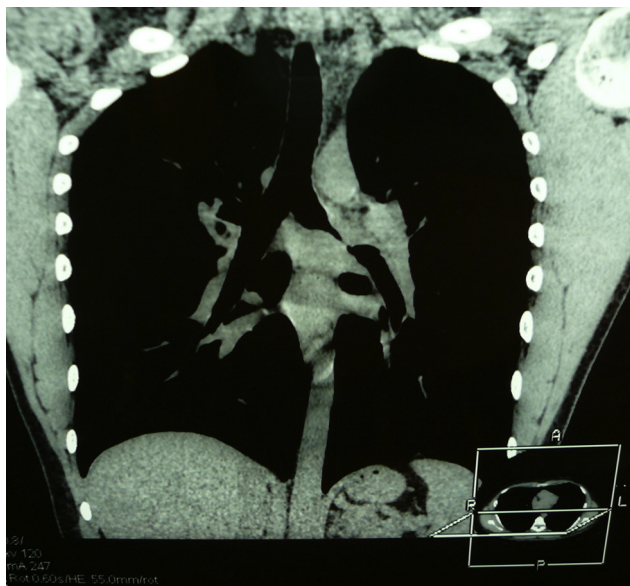
### Introducción

El carcinoma adenoide quístico (CAQ) bronquial es una neoplasia infrecuente, con carácter infiltrativo, tendencia a la recurrencia local y capacidad para metastatizar. La cirugía suele ser la mejor opción terapéutica, pudiendo existir una indicación para la radioterapia adyuvante, como en los casos que presentamos a continuación.

### Caso clínico 1

Varón de 19 años con antecedente de neumonía en pulmón izquierdo y, desde entonces, cierta disnea e hiperreactividad bronquial, que lleva al diagnóstico de asma. La tomografía computarizada (realizada tras aparición de dolor pleurítico) identifica una masa bien delimitada en el hilio pulmonar izquierdo ( $35 \times 23 \times 30$  mm), que engloba al bronquio principal (BPI) (fig. 1). La broncoscopia muestra una obstrucción casi total del BPI por una masa mamelonada, que se extiende endoluminalmente 3-4 cm y llega a la carina interlobar, filiada por biopsia bronquial como CAQ.

Se opta por el tratamiento quirúrgico, realizando inicialmente una broncotomía en la carina interlobar y comprobando así la infiltración tumoral de ambos bronquios lobares,



**Figura 1** – Reconstrucción coronal de la TC torácica, que muestra una masa bien delimitada englobando el bronquio principal izquierdo.

superior e inferior. Se lleva a cabo entonces una neumonectomía izquierda, sin evidenciar restos tumorales. La anatomía patológica habla de una masa de  $6 \times 1$  cm que infiltra toda la pared bronquial, alcanzando la grasa adyacente. Las adenopatías subcarinales e hiliares están libres de infiltración, pero el borde de resección bronquial se encuentra afecto.

Se decide efectuar una radioterapia adyuvante sobre el rodete bronquial izquierdo, carina, traquea distal y árbol bronquial derecho, con una dosis total de 5.940 cGy. Tras 6 años de seguimiento, el paciente no presenta signos de recidiva.

### Caso clínico 2

Varón de 29 años con clínica de tos persistente y disnea con sibilantes, diagnosticada como asma bronquial. La TC torácica detecta una tumoración en hilio pulmonar izquierdo, que comprime la vena pulmonar superior y BPI, rodeándolo parcialmente.

La broncoscopia muestra una estenosis concéntrica de BPI a 2 cm de carina traqueal con crecimiento submucoso hasta la carina interlobar, filiada por biopsia como CAQ.

Se decide la intervención quirúrgica, comprobando la infiltración de ambos bronquios lobares, que obliga a una neumonectomía izquierda. Anatomía patológica informa de un tumor de  $4 \times 4$  cm, que infiltra la pared bronquial y se extiende a través de la luz hasta el propio borde de resección, con embolización linfática e infiltración perineural. Adenopatías hiliares y mediastínicas libres de infiltración tumoral.

El paciente recibe radioterapia adyuvante con una dosis total de 5.940 cGy. La TC de control transcurridos 5 años tras la cirugía no muestra signos de recidiva.

### Discusión

Los carcinomas adenoides quísticos bronquiales representan en torno al 0,2% de los cánceres de pulmón<sup>1</sup>. Su comportamiento parece más agresivo que el CAQ traqueal y, por tanto, su pronóstico es peor<sup>2</sup>. Es dudosa su relación con el tabaco, parecen seguir una distribución similar en ambos sexos y la edad de presentación más típica es la quinta década de la vida, si bien nuestros pacientes eran más jóvenes. Se localizan habitualmente en vía aérea proximal y la extensión transluminal directa es la más frecuente, aunque puede existir infiltración submucosa/perineural a una distancia considerable de la masa tumoral principal<sup>3</sup>. Podrían asociar metástasis ganglionares hasta en un 55% de los casos según algunas series; las metástasis a distancia parecen menos comunes<sup>2,4</sup>.

Se distinguen 3 subtipos histológicos: cribiforme, tubular y sólido. Existe controversia en lo que respecta a su relación con el pronóstico<sup>5</sup>.

La clínica suele ser larvada, inespecífica, lo que condiciona un importante retraso diagnóstico. Así ocurrió en nuestros 2 casos, enfocados inicialmente como asma bronquial.

En cuanto a alternativas terapéuticas, la quimioterapia no es útil y las diversas opciones endoscópicas no garantizan la resección completa: su papel es fundamentalmente paliativo o temporal, en espera de una terapia definitiva<sup>6,7</sup>.

La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección. En los tumores bronquiales suele ser necesaria la neumonectomía, aunque las técnicas broncoplásticas pueden ser una opción a tener en cuenta.

Si el tumor involucra macroscópicamente la carina traqueal, deben valorarse otras opciones no quirúrgicas, teniendo en cuenta la dificultad de obtener márgenes de resección adecuados y la elevada morbilidad perioperatoria asociada a la neumonectomía «en manguito»<sup>8</sup>. Pero en algunos casos, la extensión proximal del tumor hasta la carina se evidencia en el estudio microscópico del borde de resección bronquial, ya que su tendencia a infiltrar la submucosa puede impedir un diagnóstico preciso en la broncoscopia preoperatoria, como ocurrió en nuestros 2 pacientes. En estas circunstancias, se han descrito supervivencias prolongadas a pesar de la afectación microscópica de los márgenes de resección<sup>3,4,9,10</sup>. La incidencia de recidiva local en estos casos puede llegar hasta un 50% si no se asocia otro tratamiento, por lo que algunos autores consideran actualmente la radioterapia adyuvante como un estándar<sup>5</sup>.

La supervivencia de esta enfermedad a los 5 años se estima en torno a un 82% para resecciones completas y de un 77% para resecciones incompletas<sup>8</sup>. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de recidiva años después de la exéresis quirúrgica.

En conclusión, consideramos que la cirugía incompleta del carcinoma adenoide quístico bronquial asociada a radioterapia adyuvante es una opción terapéutica válida en casos seleccionados. Las eventuales recurrencias endobronquiales pueden ser tratadas mediante broncoscopia intervencionista.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sweeny WB, Thomas JM. Adenoid cystic carcinoma of the lung. *Contemp Surg*. 1986;28:97.

2. Zhao Y, Zhao H, Fan L, Shi J. Adenoid cystic carcinoma in the bronchus behaves more aggressively than its tracheal counterpart. *Ann Thorac Surg*. 2013;96:1998-2004.
3. Kwak S-H, Lee KS, Chung MJ, Jeong YJ, Kim GY, Kwon OJ. Adenoid cystic carcinoma of the airways: Helical CT and histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2004;183:277-81.
4. Molina JR, Aubry MC, Lewis JE, Wampfler JA, Williams BA, Midthun DE, et al. Primary salivary gland-type lung cancer: Spectrum of clinical presentation, histopathologic and prognostic factors. *Cancer*. 2007;110:2253-9.
5. Schoenfeld N, Rahn W, Loddenkemper R. Twenty two year survival after incomplete resection of advanced adenoid cystic bronchogenic carcinoma. *Eur Respir J*. 1996;9:1560-1.
6. Gaissert HA, Mark EJ. Tracheobronchial gland tumors. *Cancer Control*. 2006;13:286-94.
7. Lee JH, Jung EJ, Jeon K, Koh W-J, Suh GY, Chung MP, et al. Treatment outcomes of patients with adenoid cystic carcinoma of the airway. *Lung Cancer*. 2011;72:244-9.
8. Aigner C, Lang G, Klepetko W. Sleeve pneumonectomy. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2006;18:109-13.
9. Maziak DE, Todd TR, Keshavjee SH, Winton TL, van Nostrand P, Pearson FG. Adenoid cystic carcinoma of the airway: Thirty-two-year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1996;112:1522-32.
10. Regnard JF, Fourquier P, Levasseur P. Results and prognostic factors in resections of primary tracheal tumors: A multicenter retrospective study. The French Society of Cardiovascular Surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1996;111:808-13.

Santiago Figueroa Almánzar<sup>a,b,\*</sup>, Antonio Arnau Obrer<sup>a,b</sup>, Eva García del Olmo<sup>a</sup>, Enrique Pastor Martínez<sup>a</sup> y Ricardo Guijarro Jorge<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Torácica, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup>Departamento de Cirugía, Universidad de Valencia, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [santiago.figueroa@me.com](mailto:santiago.figueroa@me.com) (S. Figueroa Almánzar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.02.018>  
0009-739X/

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.