

CARCINIDE BRONQUIAL

J. LEÓN CASTRO y M. CARRETERO.

I Cátedra de Patología Médica de Sevilla.

Prof. J. LEÓN CASTRO.

En general, los tumores bronquiales comienzan a ser diagnosticados a partir de la introducción de la endoscopia, como método de exploración por CHEVALIER-JACKSON. Si bien, hace años, hablar de tumores bronquiales constituía una disgresión académica, las frecuentes comunicaciones aparecidas, su lento curso en gran número de casos, su facilidad diagnóstica y la asequible exéresis justifican el puesto conquistado en la medicina clínica de nuestros días por los tumores bronquiales benignos.

CONCEPTO.

Constituyen los tumores bronquiales benignos un extenso grupo de procesos neoplásicos caracterizados por su crecimiento lento, su sintomatología clínica atenuada, casi semejante a la de un cuerpo extraño intrabronquial, y su localización circunscrita. Está justificado incluir dentro de los tumores bronquiales los que anatomicamente y clínicamente se comportan como tales (angiomas, condromas, hamartomas, papilomas), y los que aun siendo anatomicamente benignos se comportan a veces clínicamente, por su tendencia a la infiltración y a la metástasis, con acusada malignidad, ofreciéndonos un ejemplo más de las dificultades que fueron resaltadas por RÖSSLE, entre otros, para afirmar un criterio de benignidad o malignidad en Biología general. En este grupo de tumores benignos, potencialmente malignos, se sitúan los adenomas en sus diversas variedades: adenomas puros, cilindromas, carcinoides y mixtos. Es éste un criterio adoptado en épocas relativamente recientes, pues, clásicamente, desde el punto de vista de la Nosología, los tumores bronquiales adenomatosos ocupaban un lugar confuso, confusión a la que no era extraña la ambigüedad terminológica existente. Autores como SCULAS y MOUNIER KUHN, los estimaron primero benignos, para atribuirles después un carácter fronterizo. A partir de WOMAK y GRAHAN se comienza a realzar la malignidad potencial de estos tumores. Los estudios de GOLDMAN, STEPHENS, DELARUE y PAILLAS, FLORENTIN coinciden en estimar un grupo de adenomas puros, separados de los carcinoides, cilindromas y tumores mixtos, en los que se puede mostrar una evolución desfavorable. HINSHAW y GARNLAND, en su reciente obra, así lo estiman.

Nos circunscribimos únicamente al carcinoides bronquial, quedando al margen el resto de los tumores adenomatosos. Para situarlo nosológicamente, recordaremos que el que hoy llamamos

carcinoide intestinal fue distinguido primitivamente, desde LUPARRSCH, como carcinoma atípico del intestino, hasta que ORBERNDÖFER les llamó carcinoides. MASSON vio que las células de estas neoformaciones reducían la plata de las soluciones coloidales, y por ello, los autores americanos les llamaron argentafinomas. KULSCHISKY describió las células claras de su nombre, cuya actividad endocrina está caracterizada por la secreción de oxitriptamina o serotonina. La existencia de ciertas neoformaciones bronquiales, de un cuadro histológico semejante al encontrado en los carcinoides intestinales, hizo pensar en la existencia de un carcinoides bronquial, cuya denominación ha sido sancionada por el uso.

Primitivamente se les creyó benignos (CLERF, PARTK, STOREY), pero posteriormente JACKSON, al comprobar su carácter eventual, infiltrativo y metastásico, rechazó tal afirmación como injustificada. Para STEGER serían procesos precancerosos, y, recientemente, HEILMEYER abunda en esta misma opinión, al encontrar cuadros terminales clínica e histológicamente malignos.

FRECUENCIA.

Se da como tipo el 3 por 100 de todos los tumores broncopulmonares; en nuestra casuística resultaría excesivo. En España han descrito adenomas bronquiales JIMÉNEZ DÍAZ y MORALES, CASTELLA, MANRESA, CARALPS, TELLO, FARIÑA, PALOU, NARBONA, ALIX y HERNÁNDEZ DÍAZ.

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS.

Son los adenomas carcinoides tumores que se localizan preferentemente en las bifurcaciones de los gruesos bronquios, de situación endobronquial, extrabronquial o en botón de camisa o iceberg; su superficie es de color rosado y de aspecto abollonado, y sus caracteres microscópicos son muy precisos y conocidos de los anatomicopatólogos, entre los que se insiste con particular reiteración en la existencia uniforme de una cápsula de cubierta. Como pueden originar metástasis, cuando así lo hacen reproducen la estructura fundamental del carcinoides.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Síntoma capital de estos tumores es la tos seca, reiterada y pertinaz, que en ocasiones se acompaña de hemoptisis de cuantía variable. En su evolución no es extraño se presenten fenómenos de obstrucción bronquial, acompañados inevitablemente de atelectasias parciales, sintomáticamente reveladas por dolor torácico. En otras ocasiones es la obstrucción la responsable de complicaciones supurativas pulmonares y de bronquiectasias. Radiológicamente, el tumor es

inaccesible, pero no la zona de atelectasia o la de supuración. La broncoscopia y la broncografía son extraordinariamente útiles para la identificación del síndrome, pero para la individualización es imprescindible la biopsia broncoscópica. El examen citológico de esputos no proporciona datos por no existir descamación de células tumorales, ya que éstas son subepiteliales. La secreción de 5-hidroxitriptamina o serotonina por las células del carcinoides nos proporciona un

inestimable dato clínico de comprobación; la valoración en orina del ácido 5-hidroxilindolacético. La evolución de este proceso es generalmente lenta; la presentación de metástasis acorta la duración del proceso.

El diagnóstico diferencial, cuando se precisa, hay que hacerlo con tumores broncopulmonares en general, supuraciones pulmonares, adenopatías fílicas y atelectasias, cualquiera que sea su origen.

Fue propuesto como tratamiento la electrocoagulación intrabronquial; pero se vio que no proporciona, en gran parte de casos, una extirpación total del tumor, por lo que hoy los pareceres se dividen entre broncotomía con plastia bronquial consecutiva y la exéresis segmentaria o lobar.

R. J. M., de treinta y cinco años, casado.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Antecedentes personales: Catarros frecuentes desde hace dos años.

Enfermedad actual: Tos intensa, casi siempre seca; pero, a veces, ligera expectoración hemoptoica, desde hace un año. Hace el mismo tiempo tiene náuseas y vómitos, sin relación con las comidas, cefaleas y mareos. Hace un mes, disminución de la visión, con turbidez y crisis de arrebato de calor en cara. Disnea de esfuerzo y disminución de 10 kg. de peso. En la exploración clínica se encontraba únicamente, como datos de valor, nistagmus, con componente rápido a la izquierda, y dolor a la percusión de la zona parietooccipital izquierda.

La serie roja es normal. En la blanca hay una discreta leucocitosis neutrófila. La velocidad de sedimentación es acelerada. La baciloscopía, reiteradamente realizada, es negativa. Nada patológico en orina. Glucemia y uremia, normales.

La radioscopya de tórax nos dio una imagen densa parahiliar derecha. Se hace radiografía de tórax anteroposterior (fig. 1) y tomografías.

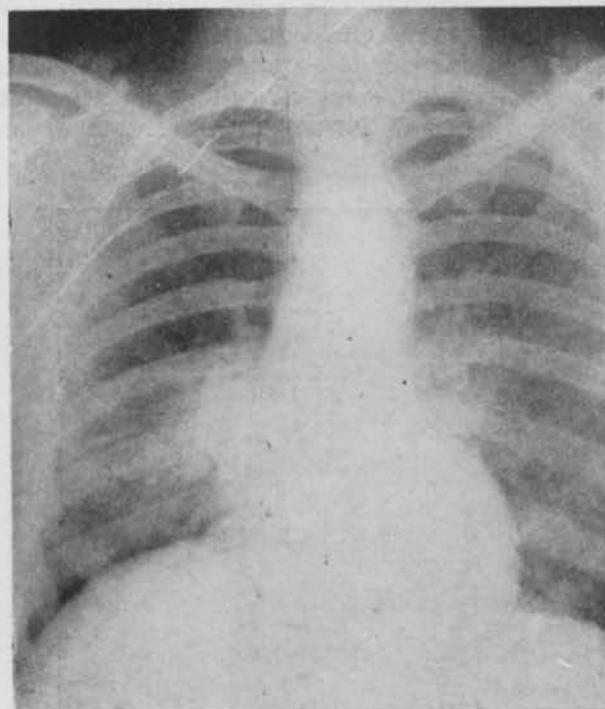


Fig. 1.

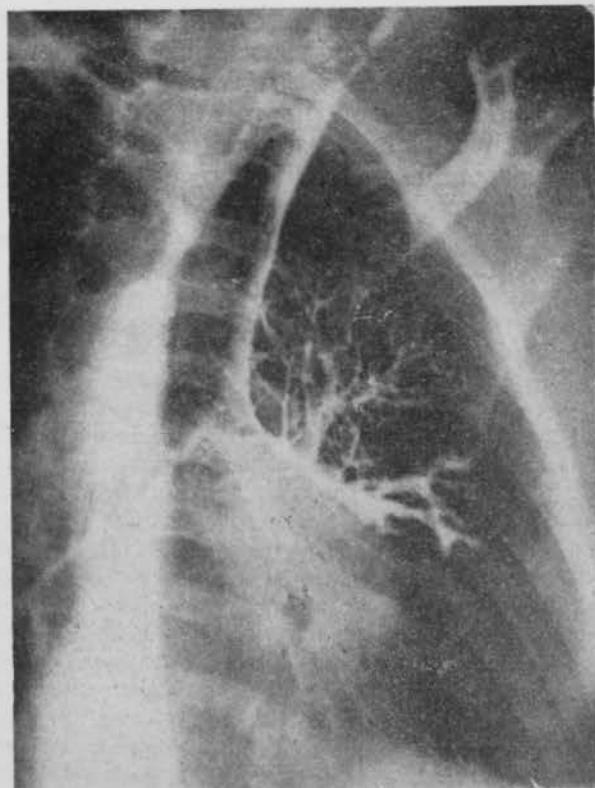


Fig. 2.

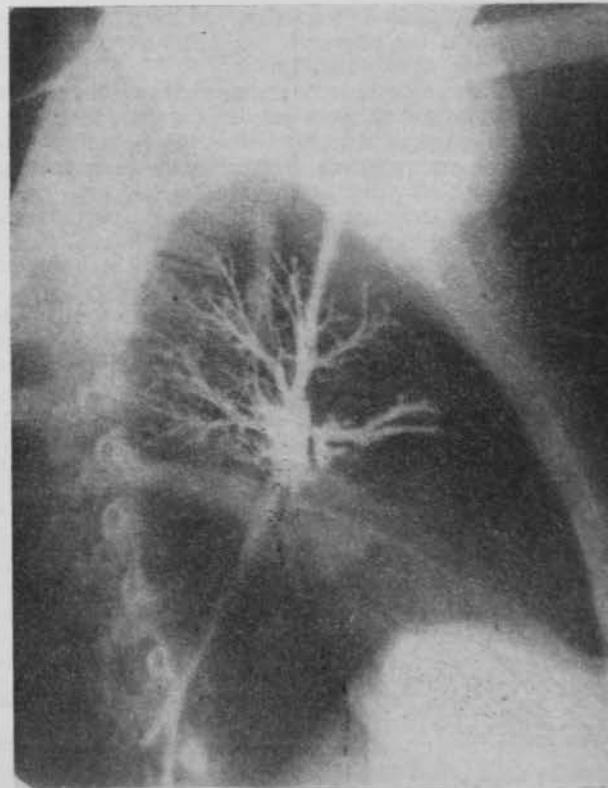


Fig. 3.

El estudio de fondo de ojo, por el Prof. DÍAZ DOMÍNGUEZ, revela un marcado estasis papilar bilateral con campimetría periférica de límites normales.

A pesar de la sintomatología respiratoria y neurológica, la ausencia de fiebre, el buen estado general a los dos años y la baciloscopía negativa, nos alejaba de la interpretación bacilar, acercándonos a la etiología tumoral del proceso.

Se practica una broncoscopia, encontrando bronquio fuente y carina normales, viéndose la salida del lobar superior también normal; pero poco más abajo se percibía una estenosis casi completa de la luz bronquial, determinada por una tumoración de aspecto mórfico y color rosado, que, al ser tocada con la pinza de biopsia, sangra abundantemente, dando la impresión de haberse logrado la completa permeabilidad bronquial.

El análisis histopatológico, realizado por el Profesor BULLÓN, nos afirma la existencia de un adenoma sólido bronquial de células claras (carcinoide).

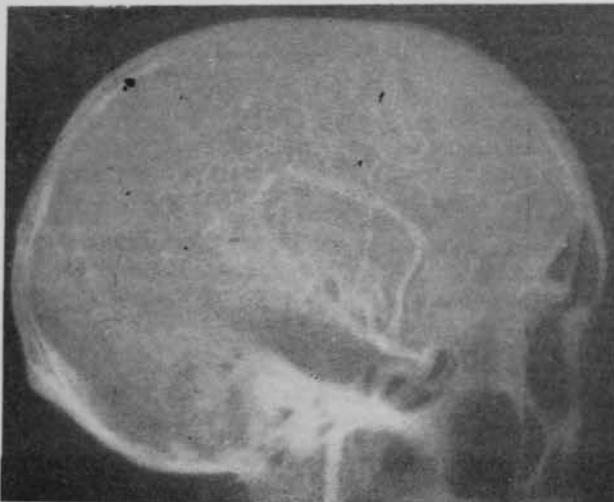


Fig. 4.

una estructura análoga a la descrita en el tumor bronquial.

Recuperado el enfermo, se hace una exploración meticulosa de aparato digestivo, sin resultado. En aquella época, diciembre de 1957, no podíamos realizar la determinación del ácido 5-hidroxindolacético. Se vio por última vez al enfermo en marzo de 1958, con muy mal estado general, no queriendo ser hospitalizado, falleciendo a los dos meses.

No creemos preciso discutir el problema de si existe o no un carcinoide bronquial, pues los hechos lo muestran con toda elocuencia. Las objeciones basadas en la ausencia de poder argentafín en las células tumorales (no en este caso) se solventan, a nuestro juicio, teniendo en cuenta las ideas de ERSPAMER, referente al po-



Fig. 5.

A continuación de la broncoscopia se hace broncografía, que en todas las proyecciones comprueba la existencia de un stop bronquial (figs. 2 y 3).

Ante el síndrome de hipertensión craneana sin signos de localización se practica en primer lugar una electroencefalografía, mostrando un predominio de ondas delta bilateral, de una manera particularmente expresiva en región frontal izquierda. Orientados por este dato, realizamos a continuación una arteriografía percutánea de carótida izquierda, mostrando la placa lateral (figura 4) rechazamiento marcado de la cerebral anterior hacia atrás y de sifón carotídeo hacia abajo; en la proyección anteroposterior (fig. 5) se ve la cerebral anterior rechazada a la derecha. El diagnóstico es evidente: tumoración frontal izquierda, seguramente metastásica de su carcinoide bronquial.

Practicada la intervención (Dr. ALBERT), se comprueba en lado izquierdo del polo frontal, parasagitalmente, tumor de tamaño de una mandarina, de consistencia firme y bien delimitado, de la sustancia blanca circundante. El análisis histopatológico (Prof. BULLÓN) revela

der argentafín de estas células, en razón directa de su contenido en oxitriptamina. Admitiendo, como parece razonable, las fases de evolución que señala el autor últimamente citado, consideramos justificada la estimación de la existencia de carcinoide bronquial, capaz de evolución maligna como el que acabamos de referir.

BIBLIOGRAFIA

- BART.—Cit. STEGER.
 CLERF.—Cit. STEGER.
 DELARUE, PAILLAS.—Presse Méd., 60, 469; 1952.
 ERSPAMER.—Cit. HEILMEYER.
 HINSHAW, GARLAND.—Enfermedades del tórax. Ed. Interamericana, S. A.; 1957.
 HEILMEYER.—Conf. Fac. Med. Sevilla; 1958.
 RÖSSELE.—Virchow Arch., 316, 501; 1940.
 STEGER.—Les bronches. Vol. VII. Núm. 5. 1947.
 WOMACK y GRAHAM.—Arch. Pathol., 17, 645; 1941.