



# Cirugía conservadora en el tumor carcinoide bronquial típico. Descripción de un caso en la infancia

José Ramón Cano-García, Carlos Baamonde-Laborda, Francisco Javier Algar-Algar y Ángel Salvatierra-Velázquez  
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

El tumor carcinoide bronquial típico (TCBT) asienta preferentemente en bronquios de grueso calibre y causa fenómenos de obstrucción distal, aunque puede permanecer asintomático. El pronóstico es bueno, presenta un potencial invasor local y puede producir metástasis sistémicas hasta en un 3%; no obstante, la supervivencia a 5 años es

mayor del 90% si se lo ha extirpado completamente<sup>1-3</sup>.

Paciente de 11 años estudiada tras presentar una bronconeumonía derecha. En la tomografía computarizada torácica (fig. 1) se observó una tumoración que ocluía el bronquio intermediario con atelectasia de lóbulos medio e inferior derecho. La fibrobroncoscopia mostró un bronquio intermediario ocupado completamente por una tumoración lisa (fig. 2). Se biopsió, y era compatible con TCBT. Se realizó una resección en manguito del segmento de bronquio intermediario afectado por el tumor, con anastomosis terminoterminal del bronquio intermediario, y se comprobó la buena aireación de los 3 lóbulos. Se dio el alta a la paciente a los 7 días. En la actualidad, los síntomas han desapareci-

Correspondencia: Dr. J.R. Cano-García.  
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía.  
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.  
Correo electrónico: joseravich@hotmail.com

Manuscrito recibido el 14-5-2007 y aceptado el 17-9-2007.



Fig. 1. Tomografía computarizada donde se observa un tumor carcinóide endobronquial a nivel del bronquio intermediario.

do, con buena aireación de los 3 lóbulos, comprobado radiológicamente.

Estos tumores pueden mostrar invasión linfática, zonas de celularidad elevada y un grado variable de atipia. Se diagnostica con mayor frecuencia a los 40-50 años de edad<sup>1</sup>. Nosotros presentamos el caso de 1 paciente infantil. En este caso la localización en el bronquio intermediario y la afectación de los lóbulos medio e inferior podrían haber justificado una bilobectomía, pero al realizar únicamente la resección en manguito del bronquio intermediario con reimplante posterior del lóbulo medio y del lóbulo inferior derecho permitió conservar los 3 lóbulos,

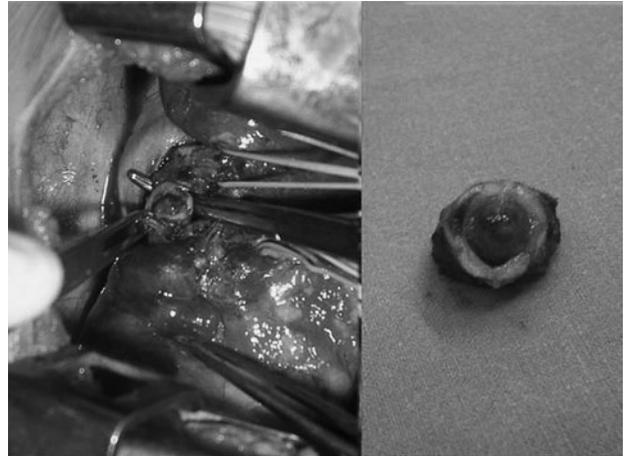


Fig. 2. Imagen de la cirugía donde se identifica un tumor endobronquial, sección a nivel proximal del bronquio intermediario. Pieza quirúrgica.

sin morbimortalidad asociada. Este tipo de cirugía cobra más importancia al tratarse de una paciente infantil, ya que preservar la mayor cantidad de parénquima pulmonar puede condicionar su calidad de vida posterior. La técnica usada se ha mostrado eficaz sin estenosis cicatriciales ni granulomatosas, por lo que debe ser la técnica de elección siempre que sea posible, asegurándonos la completa resección tumoral<sup>4,5</sup>.

## Bibliografía

1. Kirshbom PM, Harpole DH. Bronchial gland tumors. En: Pearson FG, Cooper JD, Deslauriers J, editores. Thoracic surgery. New York: Saunders; 2002. p. 763-71.
2. Filosso PL, Rena O, Donati G, Casadio C, Ruffini E, Papalia E. Bronchial carcinoid tumors: surgical management and long-term outcome. J Thorac Cardiovasc Surg. 2002;123:303-9.
3. Fiala P, Petraskova K, Cernohorsky S, Kinkor Z, Krepela E, Zatloukal P. Bronchial carcinoid tumors: long term outcome after surgery. Neoplasma. 2003;50:60-5.
4. Daddi N, Ferolla P, Urbani M, Semeraro A, Avenia N, Ribacchi R, et al. Surgical treatment of neuroendocrine tumors of the lung. Eur J Cardiothorac Surg. 2004;26:813-7.
5. Cooper WA, Thourani VH, Gal AA, Lee RB, Mansour KA, Miller JI. The surgical spectrum of pulmonary neuroendocrine neoplasms. Chest. 2001;119:14-8.