

CARCINOMA BRONQUIOLAR DEL PULMON (*)

Dr. Andrés A. Santas
(Buenos Aires, Rep. Argentina)

El carcinoma bronquiolar del pulmón es una entidad caracterizada por la proliferación anormal de células cilíndricas o cuboides (no ciliadas) con citoplasma eosinófilo y núcleo basal, que se distribuyen tapizando la pared del alvéolo sin destruir la arquitectura del parénquima. Con frecuencia existen numerosas prolongaciones papilíferas en la luz del alvéolo, las que se desprenden con facilidad; ya destacaremos la importancia diagnóstica de este hecho, así como sus proyecciones en la patología. La presencia de mitosis y monstruosidades celulares es variable según las observaciones, y aún en las distintas partes de un mismo tumor; la diferenciación de una zona a la otra, a veces es neta y en ocasiones gradual. La lesión no compromete los bronquios principales, excepto cuando está muy avanzada.

En el 50 % de los casos da metástasis ganglionares o a distancia; es curioso que en un 15 % de las observaciones existen siembras alejadas, sin compromiso de los ganglios regionales. La incidencia es similar en ambos sexos.

Una considerable controversia se ha desarrollado sobre varios puntos de la patología del tumor, cuyas características histológicas y evolutivas difieren netamente de las del carcinoma broncogénico. Mencionaremos brevemente los puntos más discutidos.

a) *La nomenclatura*: una verdadera anarquía existe a este respecto. Las designaciones más aceptadas son las de "adenomatosis pulmonar", "carcinoma alveolar" y "carcinoma bronquio-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la reunión conjunta con las Sociedades Argentinas de Buenos Aires y Rosario, el día 22 de agosto de 1956.

lar". Ninguna satisface por completo. La primera porque hace pensar en la benignidad de la lesión, lo que es inexacto; las dos restantes porque presuponen un determinado origen, lo que no está demostrado fehacientemente. Preferimos sin embargo la denominación con que titulamos nuestro aporte, que es la aceptada por el Dr. M. Polak, patólogo que ha estudiado la totalidad de nuestros casos.

b) *La histogénesis*: El problema está íntimamente vinculado a si existe o no un revestimiento celular epitelial del alvéolo. Para quienes esta membrana celular es real, el origen del tumor debe ser vinculado a la misma. Los que niegan esa eventualidad, la mayoría, consideran que la neoplasia parte de las células de revestimiento de los bronquiolos terminales. La cuestión se complica aún más si se considera la opinión de los que sostienen que las células bronquiolares tienen un origen mesenquimatoso, o bien que los elementos alveolares pueden originar indistintamente células epiteliales o conjuntivas. La discusión es sólo académica; lo que interesa fundamentalmente es que se trata de una lesión periférica que no compromete los bronquios de 1º, 2º o 3er. orden.

c) *El origen uni o multicéntrico*: La existencia de casos con lesiones pulmonares múltiples que evolucionan paralelamente, hizo suponer la posibilidad de que el tumor se originara en múltiples focos. Otros en cambio, sostienen que esa característica puede explicarse sin dificultad porque la neoplasia es capaz de producir metástasis intrapulmonares. Aunque no existe una demostración concluyente, la evidencia actual parece favorecer esta última hipótesis. Desde un punto de vista práctico, creemos que esa es la posición que debe adoptar el cirujano; si aceptamos el origen multicéntrico no habría posibilidad de tratamiento. La experiencia enseña que aunque son escasos, algunos enfermos han sobrevivido períodos prolongados (más de 5 años) después de la resección.

d) *Las metástasis*: La invasión se produce por contigüidad y las metástasis por vía linfática y sanguínea. La vía bronquial es aceptada por la mayoría de los autores; en realidad no parece aventurado admitirla si recordamos las prolongaciones papilíferas intralveolares y la facilidad con que se desprenden.

La implantación de pequeños fragmentos del tumor en otras zonas del parénquima, puede ser lógicamente supuesta. Esto lo diferenciaría del carcinoma broncogénico, en el cual las metástasis pulmonares son muy poco frecuentes; pero es que las características histológicas de ambos son también muy distintas.

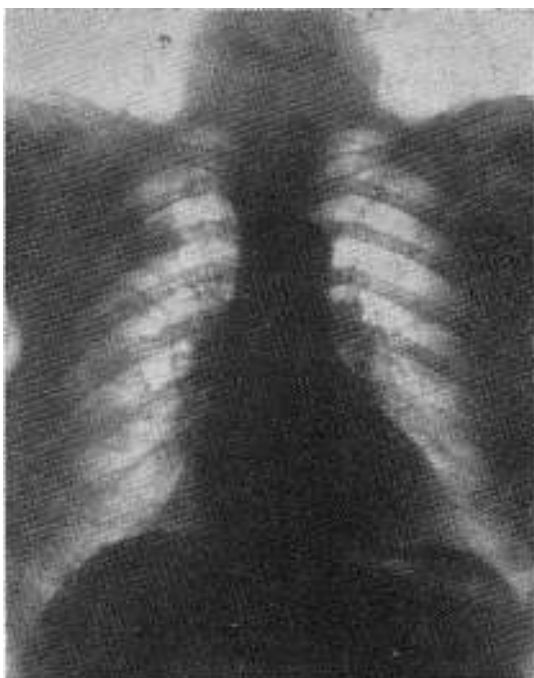


FIG. 1

Storey y col (¹ y ²) en cuyo exhaustivo estudio se encontrará tratada a fondo esta cuestión, al analizar 205 casos relatados en la literatura mundial encuentran que el 54 % tenían metástasis, en el 38 % existía compromiso de los ganglios intratorácicos y en el 15.6 % sólo había metástasis a distancia, sin invasión de los grupos linfáticos regionales.

La sintomatología clínica es inespecífica, común a la mayoría de las afecciones crónicas pulmonares. De nuestras 9 observaciones, 6 tenían tos, 3 expectoración hemoptoica, 3 dolor torácico y 3 una osteoartropatía néumica hipertrofiante (síndrome de Bamberger - Marie); sólo en 1 existía expectoración mucosa, pero poco abundante.

Se ha inisitado sobre la cantidad y la calidad de la expectoración mucosa, la que a veces sobrepasa los 1.000 c. c. diarios. (3) Si bien cuando está presente no deja de ser un síntoma importante, lo cierto es que no es común y más propia de los casos bilaterales y avanzados. .

Las imágenes radiológicas son variables, desde el nódulo pequeño a la infiltración difusa; ambas pueden ser uni o bilatera-

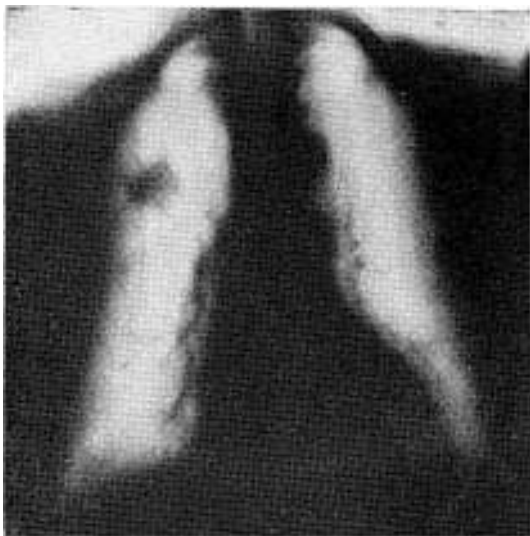


FIG. 2

les, pero en la mitad de las observaciones la lesión aparece confinada a un lóbulo en el momento de la consulta. En nuestra serie, 6 enfermos tenían imágenes circunscriptas (fig. 1 y 2) (uno bilateral) y 3 difusas (fig. 3) (uno bilateral).

El diagnóstico se establece generalmente por el estudio histológico de la pieza reseca o en la autopsia. En los últimos tiempos han sido numerosos los casos en los que se pudo establecer la etiología por el examen del esputo; corresponde a Cucchiani Acevedo, Giuntini y Croxatto (4) la primera observación en que el diagnóstico se efectuó por este procedimiento. No es de extrañar que sea el medio más adecuado desde el momento en que se produce una intensa exfoliación a nivel de las prolongaciones papilíferas intralveolares. En 15 pacientes de la serie

de Watson y Smith (5) el estudio del esputo fue informado positivo o muy sugestivo de cáncer en el 80 %.

Dado que el tumor no compromete los bronquios principales, la endoscopia no es útil desde el punto de vista diagnóstico; el análisis del líquido de lavado bronquial debe ser sin embargo, de positivo valor.

La punción transtorácica puede estar indicada en los casos

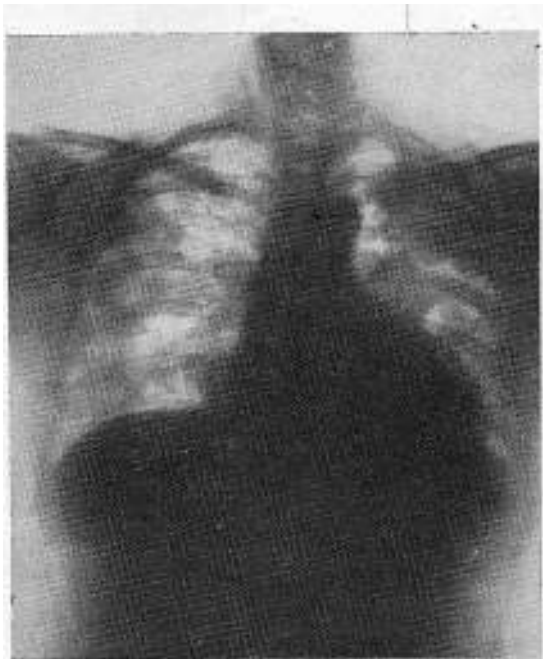


FIG. 3

bilaterales avanzados, cuando el examen del esputo resulta negativo; en una observación que reunía estas condiciones, llegamos al diagnóstico de esa manera. En los otros 8 casos se estableció por el estudio de la pieza reseca.

El tratamiento es quirúrgico; la radioterapia y la mostaza nitrogenada son ineficaces. Como en todo tumor, la indicación operatoria debe ser no sólo temprana sino también oportuna. Es evidente que cuanto antes se practique la toracotomía en los casos localizados, mayores serán las probabilidades de éxito.

Debido a la posible difusión previa del tumor (metástasis pulmonares, siembras a distancia sin compromiso de los ganglios regionales) la intervención más racional es la lobectomía, por-

que permite erradicar la lesión conservando el máximo de parénquima supuestamente sano. La conducta es distinta a la que se sigue en el carcinoma broncogénico, en el que la difusión linfática predominante hace necesario en muchas oportunidades extirpar adenopatías hiliares y mediastínicas, exigiendo por lo tanto la exéresis total en la mayoría de los casos. Claro está que si el carcinoma bronquiolar ha comprometido más de un lóbulo o se acompaña de la invasión de los ganglios regionales, no hay otro camino que efectuar también la neumonectomía. El pronóstico lejano es más favorable para los casos tratados con la lobectomía, pero ello se debe a que con la resección lobular sólo se extirpan lesiones localizadas y sin difusión linfática visible.

La resección segmentaria o parcial ha sido empleada; a pesar de que cuenta con éxitos en su haber, no nos parece aconsejable por la propagación por contigüidad característica de esta neoplasia. En varias observaciones ha sido necesario completar la resección lobular y aún llegar a la neumonectomía para tratar recidivas locales, por progresión de lesiones preexistentes no comprobadas durante el acto operatorio.

En nuestra serie la bilateralidad y extensión del compromiso pulmonar impidió intervenir un caso, por lo que de 9 observaciones sólo se operaron 8. Practicamos 4 lobectomías y 3 neumonectomías. En el restante se efectuó una resección bilateral en 2 tiempos: lobectomía superior izquierda y resección parcial en el lado derecho separadas por un intervalo de 3 meses, y motivadas por la existencia de dos focos neoplásicos; el enfermo que presentaba un síndrome de Bamberger - Marie no modificó la sintomatología después de ambas intervenciones, falleciendo a los 6 meses de la primera por generalización metastásica.

Los resultados alejados son poco alentadores. Las sobrevividas de más de 5 años son contadas; a este respecto cabe señalar que sólo en los últimos tiempos, al prodigarse la toracotomía exploradora para tratar lesiones circunscriptas no diagnosticadas clínicamente se han efectuado resecciones en un número suficiente. Storey y col (¹) en 1953 sólo recolectaron en toda la literatura, 49 casos extirpados.

De los 8 enfermos intervenidos por nosotros, fallecieron 6; uno al 4º día de la operación por edema agudo de pulmón, los

5 restantes por metástasis en intervalos variables de 6 meses a 1 año. Viven 2 pacientes: uno al que se le practicó una lobectomía superior derecha hace un año y tres meses, y otro al que se le efectuó una resección similar hace sólo 3 meses. Ambos se encuentran en buenas condiciones, asintomáticos, aparentemente libres de metástasis; el plazo postoperatorio es aún muy breve para sacar conclusiones. En general se admite que cuando han transcurrido 2 años después de extirpada la lesión, las posibilidades de una sobrevida prolongada son bastante satisfactorias.

En resumen, el carcinoma bronquiolar es una neoplasia pulmonar cuyas características histológicas y evolutivas difieren de las del cáncer broncogénico. Se presenta por igual en ambos sexos y su localización es periférica, no comprometiendo los bronquios principales. Faltan aclarar numerosos aspectos de su histogénesis y de sus vías de propagación. El diagnóstico puede hacerse por el estudio del esputo.

Es demasiado reciente la aplicación sistemática de la cirugía, para abrir juicio sobre los resultados lejanos; la experiencia acumulada no nos permite por ahora, ser demasiado optimistas respecto a su pronóstico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) STOREY, C. F.; KNUDSON, K. P. y LAWRENCE B. J. — Bronchiolar (alveolar cell) carcinoma. *J. Thorac. Surg.* 26:331. 1953.
- 2) STOREY, C. F. — Bronchiolar carcinoma. *Am. J. Surg.* 89 (2):515. 1955.
- 3) REY, J. C. y RUBINSTEIN, P. — Cáncer gelatinoso del pulmón, a forma broncorreica. *Prensa Méd. Argent.* 34:575. 1947.
- 4) CUCCHIANI ACEVEDO, R.; GIUNTINI, L. S. y CROXATTO, O. C. — Consideraciones acerca de un caso de adenomatosis pulmonar. *An. Cát. Pat. Clín. Tuberc.* 6:345. 1944.
- 5) WATSON, W. L. y SMITH, R. R. — Terminal bronchiolar or "alveolar cell" cancer of the lung. Report of 33 casos. *J.A.M.A.* 147:7. 1951.