

Adenoma de bronquio

Dres. Eduardo N. Saad, Wilfredo A. Luciani, Arnaldo Suhl,

Hugo Goitía y Carlos Apestegui

Los autores efectúan una descripción de la clínica, diagnóstico y tratamiento de los adenomas de bronquio.

Presentan una casuística de 5 observaciones.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Bronchial Neoplasms.

Desde que en 1882 Müller y luego Kramer en 1930 hicieran las primeras comunicaciones respecto a este tipo de tumor del árbol traqueobronquial, múltiples han sido los aportes de las distintas escuelas y autores hechos al tema.

Seguramente motiva este interés la relativa baja frecuencia del hallazgo del mismo, como así también las controversias que continúan existiendo respecto a su etiopatogenia, histopatología y tratamiento.

Así parece atestiguarlo el hecho de conocerse ya en 1969, 1.000 casos de la experiencia mundial volcaba a la bibliografía.

El haber tratado en los tres últimos años 4 casos de adenoma bronquial despertó en nuestro grupo de trabajo la inquietud de esta presentación, incluyendo en la misma una reseña de sus aspectos más importantes.

Características

De acuerdo a diferentes autores, el adenoma bronquial ha sido considerado como: benigno, maligno, semi-maligno, de malignidad local, etc. En la actualidad, se toma como "útil" el concepto de: malignidad local anatómica con excepcional manifestación a distancia y malignidad funcional distal (entendiendo este último concepto todas aquellas manifestaciones anatomoclínicas, producto de obstrucción paulatina del bronquio).

Son signos de benignidad: 1) crecimiento lento; 2) ausencia de recidivas; 3) poca repercusión general.

Presentado como Tema Libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, 1978.

Docente autorizado de Cirugía, Jefe Sector Cirugía Torácica "Hospital Salaberry" y Jefe de Clínica Quirúrgica; Médico Cirujano "Hospital Francés"; Jefe Residentes "Hospital Salaberry" y Cirujano "Hospital Francés"; Médico Cirujano "Hospitales Salaberry y Francés", y Médico Cirujano "Hospital Francés".

Dirección: Bouchard 540, La Lucila, Bs. As. (Dr. E. N. Saad).

Trabajo del Hospital Francés. Buenos Aires. Argentina.

Son signos de malignidad: 1) invasión de la pared bronquial; 2) hallazgo de metástasis.

Anatomía Patológica

Aceptado por la mayoría de los patólogos, parecen tener origen a nivel del epitelio glandular, ya sea del acino o del mismo conducto excretor. Al respecto, existen varias opiniones.

Unos creen que nacen de los oncocitos, grupos de células que se hallan con frecuencia en las glándulas bronquiales. Otros suponen que nacen a expensas de brotes embrionarios persistentes que crecen dentro de los bronquios.

La superficie externa del tumor se halla revestida con una delgada hoja de epitelio bronquial que, a menudo, experimenta una metaplasia pavimentosa estratificada. Reposa sobre una espesa membrana basal reticulada, formada por tejido conjuntivo denso. Inmediatamente por debajo, comienza la verdadera estructura neoplásica, a la cual constituyen células epiteliales y una estroma característica.

Reconociéndose así tres variedades tumorales clásicas, que presentan comportamientos peculiares:

- A) *Carcinoide*: el de mayor frecuencia de presentación (80 % de los casos). Células bien diferenciadas. Raramente se manifiestan por síndrome carcinoide, a diferencia de sus similares del tubo digestivo. Suelen situarse y hacen gran protrusión en la luz.
- B) *Mucoepidermoide*: presentan secreción mucosa. Aparentemente son los menos malignos y tienen menor capacidad de dar metástasis.
- C) *Cilindroma*: suelen ser más extensas sus vinculaciones con la pared del bronquio. Dan lesiones de tipo sacciforme. Es el más metastizante a pesar de ser el menos vascularizado. Su frecuencia de ubicación traqueal lo hacen de difícil tratamiento.

Distribución

Localización: su mayor incidencia a nivel del árbol traqueobronquial proximal está dada por la abundancia de glándulas mucosas y ductos que allí existen.

Con predominio de asiento en hemi-árbol derecho. A pesar que en nuestra serie esta relación fue inversa: 3 izquierdos, 2 derechos.

Edad: todas las series parecen coincidir en ubicar la mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de la vida. El más joven de nuestra serie: 28 años; el mayor: 59 años.

Sexo: leve preferencia a favor del sexo femenino. También en nuestra serie esta relación fue inversa.

Frecuencia: según J. Gibbon sobre 1.000 carcinomas bronquiales se hallaron doce adenomas. Donahue y colaboradores describen 35 adenomas sobre 2.953 tumores de pulmón (1,2 %).

En nuestra experiencia, sobre la revisión de 273 broncoscopias se observaron 6 casos, de los cuales, tuvimos oportunidad de tratar sólo a 5.

Clínica

La sintomatología se debe fundamentalmente:

- 1) Obstrucción bronquial lenta y progresiva.
- 2) Vascularización del tumor.

La primer condición tiene como consecuencia: atelectasias, enfisema, retención de secreciones, e infección de las mismas.

Mientras que la segunda se manifiesta como hemóptisis o esputo hemoptóico.

Cabe señalar que es la tos el síntoma más constante en las series presentadas, siendo al principio irritativa, al progresar la obstrucción e infectarse las secreciones retenidas, ésta se transforma en productiva.

Las sibilancias localizadas y reconocibles aún por el mismo paciente, es dato de interés.

Las neumopatías a repetición son casi siempre la entidad que oficia como presentadora del enfermo.

Métodos diagnósticos

La mayor frecuencia de localización en el árbol bronquial proximal los pone felizmente al alcance del broncoscopio, inclusive del rígido (fue el que utilizamos en todos nuestros casos).

Su imagen macroscópica es típica: crecimiento endoluminal con ligeras abolladuras, brillante, con mucosa que desliza y aparentemente indemne, surcado por numerosos vasos. Se los puede ver sésiles o pediculados. Todo esto hace que, en la mayoría de los casos, el diagnóstico presuntivo de Adenoma de Bronquio sea correcto. Es esto lo que nos llevó a no realizar en la actualidad Biopsias Broncoscópicas de estas formaciones.

Radiología: Salvo los signos indirectos del parénquima distal al tumor, poco aporta la radiología simple. Si es de fundamental importancia la Broncografía, que en muchas oportunidades da elementos de diagnóstico suficiente y, sobre todo, relevamiento topográfico pre y postrestriccional.

Tratamiento

Teniendo en cuenta lo aceptado como "características" de estos tumores, se deben agotar esfuerzos en cuanto a radicalidad local del tumor y respeto máximo en relación a preservación del órgano en su localización distal.

Fueron propuestas así soluciones encontradas, como las propiciadas por Chevalier Jackson en 1944, quien efectuaba resecciones endoscópicas, mientras que Womack y Graham se decidieron por las neumonectomías.

Actualmente, estas soluciones extremas sólo son operaciones "de necesidad". La primera, caída ya en el desuso por los graves riesgos que ella implica, en especial hemorragias.

La segunda, ante la imposibilidad táctica o técnica de preservar parénquima pulmonar (ejemplo: pulmón destruido o irrecuperable).

Son los procedimientos broncoplásticos y las resecciones en "menos", las soluciones más habitualmente encontradas en los trabajos consultados, cumpliéndose así con la premisa terapéutica que anunciáramos en el comienzo de este capítulo.

CASUÍSTICA

CASO 1.— I. L. F. H. C. (tórax) 464; 40 años; sexo femenino. Tratada por tos y catarro bronquial empíricamente (durante 2 años) por T.B.C., por hemóptisis recidivante. **Radiología:** controlada radiológicamente. Placa simple; opacidad casi total de hemitórax izquierdo, y tomográficamente, sólo se ve aireado el campo pulmonar superior izquierdo. **Broncoscopia:** tumor liso, rutilante, que respeta lá mucosa y que ocupa el bronquio fuente izquierdo. **Diagnóstico:** adenoma de bronquio. **Operación:** neumonectomía total izquierda. Pulmón destruido. **Broncografía de la pieza operatoria:** bronconeumonectasias. **Examen histopatológico:** Examen de Anatomía Patológica Dr. Norberto Vischi (Adenoma de bronquio): Carcinoide. **Evolución:** excelente. Curación.

CASO 2.— M. S. H. C. 606; 59 años; sexo masculino. Hemoptisis de un año de evolución. **Radiología:** cuadro de infiltración basal izquierdo. **Broncoscopia:** diagnóstico presuntivo: Adenoma de bronquio lóbulo inferior (Carcinoide). **Operación:** Lobectomía inferior izquierda. **Examen Anatomía Patológica:** Dr. Norberto Vischi: Carcinoide. **Evolución:** excelente.

CASO 3.— J. R. C. 30 años; sexo masculino; H. C. 339. Hemóptisis tos. **Radiología:** simple de tórax. Infiltración hiliar derecha. **Broncografía:** imagen de amputación del lóbulo superior derecho. **Examen de Anatomía Patológica:** a) Biopsia de tumor compatible con adenoma de bronquio; b) Pieza de resección: adenoma de bronquio. **Operación:** Lobectomía superior derecha. **Evolución:** Curación.

CASO 4.— S. R. 53 años; H. C. 414. Hemóptisis de un año de evolución. **Radiología:** Rx. de tórax s/p. **Broncoscopia:** adenoma de bronquio derecho. **Operación:** Lobectomía superior derecha. Resección de cara derecha de porción terminal de bronquio fuente derecha. Plástica con Marlex y pleurización. **Evo-**

lución: favorable. Hace 6 meses Hemóptisis. *Broncoscopia*: se extrae granuloma por hilo. Curación definitiva.

Caso 5.— 28 años; 1976; H. C. (Tórax) 532. Insuficiencia respiratoria aguda. Síndrome mediastinal. *Radiología simple*: imagen tumoral hilar derecha. *Broncoscopia*: imagen de deformación Bronquio Lóbulo medio. Asociado y proximal a dicha lesión, tumoración con Diagnóstico presuntivo de Adenoma de Bronquio. *Evolución*: fallece. *Anatomía Patológica*: Carcinoma de Bronquio con metástasis mediastinales. Adenoma de bronquio coexistente.

RESUME

Adénome bronchiale

A propos de 5 observations, les auteurs font une description de la clinique, diagnostic et traitement des adénomes bronchiales.

SUMMARY

Bronchial Adenoma

Description of clinical and diagnostical aspects and treatment of bronchial adenomas. Case material consists of 5 patients.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BREA MM. Adenoma Bronquial. *Día Méd*, 19: 209, 1947.
2. BURCHARTH F, AXELSON J. Bronchial Adenomas. *Thorax*, 27: 442, 1972.
3. GOODNER VY. The non benign nature of bronchial carcinoids and cylindromas. *Cancer*, 14: 161, 1961.
4. LOGAN WD. Bronchial and tracheobronchial adenomas. *Surgery*, 36: 359, 1970.
5. NACLEIRO FA. Adenoma of the bronchus. *Am J Surg*, 75: 532, 1949.
6. PRICE THOMAS. Benign tumors of the lung. *Lancet*, 1: 1, 1954.
7. THOMAS BM. Three unusual carcinoid tumors with particular reference to osteoblastic bone metastasis. *Clin Radiol*, 19: 221, 1968.