

Carcinoide de bronquio

A propósito de una observación

Dres. Luis Perrone Noceti, Raúl Laviña Risso,
Yamandú González Moreno y Julio Manaro

Se presenta una observación de tumor carcinoide de bronquio, con síndrome carcinoide.

El diagnóstico fue clínico y endoscópico y la terapéutica la resección quirúrgica.

Se hacen consideraciones terapéuticas sobre la cirugía endoscópica y las resecciones económicas transbronquiales con o sin anastomosis.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Bronchii / Lung Neoplasms.

En el año 1932 Wessler (8), sospecha la malignidad de los adenomas bronquiales. Es recién a partir de la década del 50, que los clínicos y patólogos concluyen que existen adenomas bronquiales del tipo carcinoide; que son de bajo grado de malignidad, pero metastasiantes por vía linfática o por vía hemática, principalmente al hígado.

La primera publicación de un carcinoide bronquial, pertenece a Boyland (3) en 1956. En nuestro país en el mismo año, Armand Ugon y Cassamayou (1), hacen una revisión de los adenomas bronquiales tratados por ellos. Resaltan la presencia de carcinoides en su serie, que los tipifican como benignos.

Posteriormente, J. A. Piñeyro (6), en 1961 hace un resumen clínico, patológico terapéutico, de una serie de 27 casos, concluyendo que no encontró indicios histológicos ni clínicos que hicieran sospechar el carácter maligno de la afección. Por último destaca que el tratamiento de elección es la resección: endoscópica o quirúrgica.

Relataremos una nueva observación.

HISTORIA CLINICA

M.C.P.L. 50 años. Ficha Nº 1.205. Mutual.

Comienza en julio de 1977. Tos de tipo irritativo: síndrome febril. Continúa con esta sintomatología hasta octubre de 1977. Rx. de tórax: s/p. Retrocede la sintomatología con tratamiento médico.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 29 de octubre de 1980.

Cirujanos, Residente de Cirugía y Médico Auxiliar. M.S.P. Montevideo.

Dirección: Félix Laborde 2571, Montevideo (Dr. L. Perrone Noceti).

Instituto de Cirugía de Postgraduados. Hospital Pasteur. Montevideo.

Tres meses más tarde: tos de tipo irritativo, síndrome febril. Dolor en hemitórax derecho; no hemoptisis ni espectoración.

Rx. tórax (febrero 1978): Aneumatosi del lóbulo medio. Hiponeumatosi del lóbulo inferior (fig. 1).

Diagnóstico clínico - radiológico: Obstrucción del bronquio intermediario.

Fibrobroncoscopia: Engrosamiento pétreo del bronquio del lóbulo derecho.

Biopsia (10-2-78): Extendido de cepillado; glóbulos rojos, leucocitos, acúmulo de células epiteliales con núcleos hiper cromáticos, muy sospechosos de actividad neoplásica.

Primera operación: Marzo de 1978. Toracotomía exploradora: no hay aneumatosi, ni hiponeumatosi. No existe obstrucción bronquial. No se hace broncotomía. Rx. de tórax control: s/p.

Evolución: Un mes después comienza con tos, crisis de sudoración, enrojecimiento cutáneo, taquicardia de 140 p.m.; no síndrome febril. Rutinas: s/p.

Rx. de tórax: Aneumatosi del lóbulo medio (fig. 2).

Fibrobroncoscopia: Bronquio intermediario tumoral, de aspecto adenomatoso, de 5 cm. de diámetro, que no se biopsia.

Segunda operación: Junio de 1978. Toracotomía exploradora: aneumatosi del lóbulo medio; la palpación bronquial permite identificar una tumoración blanda y móvil, en el bronquio intermediario. Se realiza bilobectomía media e inferior. Postoperatorio sin incidentes.

Anatomía patológica: Adenoma bronquial con los caracteres de Carcinoide de Bronquio (fig. 3).

COMENTARIO

La topografía pulmonar se ve sólo en un 10 a 15 % y la asociación con síndrome carcinoide, en un 5 % para unos autores y de un 2 a un 7 % para otros (5, 7).

Los carcinoides derivan de un grupo celular perteneciente al sistema APUD (2), cuyas células se caracterizan por captar los precursores de las aminas y descarboxilarlas, comportándose como pluripotenciales, ya que pueden segregar múltiples productos tales como: ACTH, ADH, calcitonina, glucagón, insulina, hormona del crecimiento, prolactina, gastrina, serotonina y péptidos intestinales vasoactivos.

Algunas de estas sustancias son las involucradas en la producción del síndrome carcinoide, caracterizado por el: flushing de cara, edema de cara y de cuello, hipertermia, hipotensión, oliguria, insuficiencia mitral, diarrea.

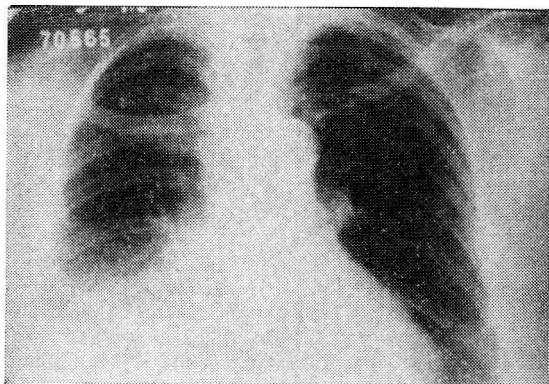


FIG. 1.— Aneumatosis total del lóbulo medio. Hiponeumatosis del lóbulo inferior.

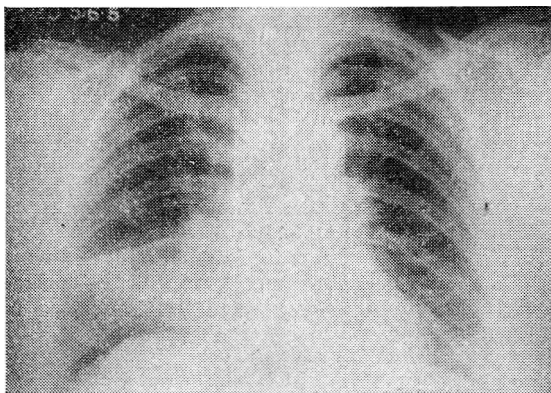


FIG. 2.— Aneumatosis del lóbulo medio.



FIG. 3.— Histología del adenoma bronquial: carcinoide de bronquio.

Como elementos paraclínicos a destacar para el diagnóstico, es la elevación del 5 - hidroxindol - acético en orina, siendo de menor importancia la elevación de la serotonina.

De acuerdo con Wisniewski (8), los clínicos y patólogos han concluido que el carcinoide es un tumor de bajo grado de malignidad, pero metastásico.

La directiva terapéutica es la escisión total del carcinoide. Si éste es maligno y tiene metástasis, se aconseja si es posible también la escisión de ellas.

La bibliografía consultada (3, 4), concuerda en que la resección broncopulmonar es la terapéutica adecuada, correcta y segura. Esta puede ir desde la lobectomía, bilobectomía a la neumonectomía, dependiendo de la topografía de la lesión primitiva.

Hertzog (4), divide la táctica quirúrgica, de acuerdo al tamaño y topografía de la lesión. Así propone para lesiones menores de 20 mm. en tráquea o bronquio fuente:

- a) la resección endoscópica;
- b) la resección económica después de broncotomía, teniendo para ello en cuenta la base de implantación y la histología;
- c) resección y anastomosis.

Para el resto de las lesiones concuerda con la táctica y técnica habitual.

En nuestro caso el tumor carcinoide se presentó acompañado del síndrome carcinoide, mostrando la histología típica del carcinoide de bronquio. La terapéutica efectuada (bilobectomía), la consideramos adecuada, siendo la evolución 2 años más tarde satisfactoria.

RESUME

Carcinoide du bronche

On présente une observation d'une tumeur carcinoide du bronche, avec un syndrome carcinoide.

Le diagnostic a été établi à l'aide de la clinique et de l'endoscopie, et la thérapeutique a été la résection chirurgicale.

On considère la thérapeutique: la chirurgie endoscopique et les résections économiques transbronchiques, avec ou sans anastomoses.

SUMMARY

Bronchial Carcinoid

A case of carcinoid tumor of the bronchi with a carcinoid syndrome is presented.

Diagnosis was clinical and endoscopic and the treatment surgical excision.

Therapeutic considerations are made on endoscopic surgery and economic transbronchial resection with or without anastomosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON V, CASSAMAYOU E. Adenoma Bronquial. Tratamiento. *Tórax*, 5: 123, 1956.
 2. GOULD VE, MEMOLI V, CHEJFEC G, JOHAN-NESEN JV. Sistema de células APUD y sus neoplasias. Observaciones sobre la significación y limitaciones del concepto. *Clin Quir Norte Am*, 59: 95, 1979.
 3. GUEDS P. Tumeurs Carcinoides des Bronches. *Lyon Chir*, 76: 9, 1980.
 4. HERTZOG P, TOTY L, PERSONNE C. Carcinoides Bronchiques. Problemes techniques a propos de 209 malades operes. *Ann Chir*, 33: 533, 1979.
 5. MERINO ANGULO J, PASTOR RODRIGUEZ A, DE LA ROSA C, FLORES TORRE M, MARTINEZ, ORTIZ DE ZARATE M, BILBAO ERCORECA FJ, AGURE ERCASTI C. Tumor Carcinoide bronquial, con síndrome carcinoide. Estudio de 2 pacientes. *Rev Clin Esp*, 153: 159, 1979.
 6. PIÑEYRO JA. Adenoma bronquial. *Tórax*, 10: 1, 1961.
 7. RICCI C, PATRASSI N, MASSA R, MINEO C, BENEDETI-VALENTINI F. Carcinoid Syndrome in Bronchial Adenoma. *Am J Surg*, 126: 671, 1973.
 8. WISNIEWSKI M, FAYEMI A. Bronchial Carcinoid. A. Malignant. *Chest*, 62: 762, 1972.
-