

Cáncer de mama, Metástasis endobronquicas.

Consideraciones diagnósticas y terapéuticas

Dres. Albero Viola Alles, Liliana Etchebarne,
Graciela Sabini y Br. Héctor Pacheco.

Se destaca la dificultad en el diagnóstico diferencial entre metástasis endobronquicas de adenocarcinomas mamarios y los tumores primitivos broncopulmonares, o sea un segundo tumor en portadoras de cáncer mamario.

Se presentan 6 pacientes con cáncer de mama y lesiones broncopulmonares, con fibrobroncoscopia (FBC) positiva. En ellas el estudio histológico de las tomas biópsicas correspondió a adenocarcinoma en 4, probable epidermoide en uno, y fue negativo en el restante.

Se analizan los distintos parámetros, clínicos, radiológicos, endoscópicos y anátomo-patológicos que pueden colaborar para un diagnóstico diferencial certero de ambas situaciones, planteándose finalmente conductas diagnósticas y terapéuticas más ajustadas para estas situaciones.

Depto. de Oncología. Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Depto. de Oncología CASMU. Montevideo.

Reference is made to 6 patients with mammary gland cancer and broncho-pulmonary lesions, with positive fibrobronchoscopy. The histological examination of the biopsy material indicated adenocarcinoma in four cases; probable epidermoid in one case; and negative in the remaining one.

Examined are the different parameters, clinical, radiological, endoscopic and anatomic-pathological that may aid to a fit diagnosis of both condition, and a study is made of more adequate diagnostic and therapeutic behaviors for these situations.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Breast Neoplasms / Diagnosis.*

SUMMARY: Mammary gland cancer. Endobronchial metastasis. Diagnostic and therapeutic considerations.

Authors point out the difficulty of making a differential diagnosis between endobronchial metastasis of mammary gland carcinomas and the bronchopulmonary primary tumours, that is, a second tumour in a patient suffering mammary gland cancer.

RÉSUMÉ: Cancer du sein. Métastases endobronchiques. Considérations diagnostiques et thérapeutiques.

Les auteurs signalent la difficulté dans le diagnostic différentiel entre métastases endobronchiques de adénocarcinomes mammaires et les tumeurs primitives broncopulmonaires, c'est à dire, un deuxième tumeur dans des patients atteints d'un cancer mammaire.

Ils présentent 6 malades atteints de cancer, ayant des lésions broncopulmonaires, avec fibrobroncoscopie positive. L'étude histologique des biopsies réalisées a correspondu à un adénocarcinome dans 4 cas, probable épidermoide dans 1 cas et a été négatif dans l'autre.

Ils analysent les différents paramètres, cliniques, radiologiques, endoscopiques et anatomic-pathologiques qui peuvent collaborer à effectuer un diagnostic différentiel certain dans les deux situations. Finalement, ils proposent les conduites diagnostiques et thérapeutiques les plus appropriées pour ces deux situations.

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Prof. Adjunto, Postgrado y Asistente del Depto. de Oncología. Practicante de Medicina.

Dirección: Ana Monterroso de Lavalleya 2048, Montevideo.
(Dr. A. Viola Alles).

INTRODUCCION

Las metástasis pulmonares constituyen el 30% de las consultas en los Hospitales generales.⁽¹⁾ Este porcentaje se eleva notablemente en los Servicios Oncológicos, ya que el 30% de los tumores malignos presentan compromiso pulmonar.⁽⁴⁾

El cuadro clínico de la metástasis varía en función de las estructuras pulmonares comprometidas: bronquio, parénquima, pleura y/o ganglios.^(1, 3, 4)

Merece destacarse las dificultades diagnósticas que se presentan cuando estas lesiones pulmonares preceden a las manifestaciones del tumor primario, o cuando el estudio anátomo-patológico plantea dudas en cuanto a su diferenciación con los tumores primitivos broncopulmonares.^(2, 5)

Se presentan 6 casos de cáncer mamario que muestran en su evolución lesiones broncopulmonares estudiadas con FBC y donde surgieron dificultades en la interpretación de los hallazgos endoscópicos.

MATERIAL Y METODO

De un total de 259 casos de cáncer de mama del Departamento de Oncología de la Facultad de Medicina y del Departamento de Oncología del CASMU, 6 casos (2.3%) lo hicieron con lesiones endobronquiales con FBC positiva. Se planteó el diagnóstico diferencial con un segundo tumor: un primitivo broncopulmonar. Cabe anotar que ninguna de las 6 pacientes era fumadora.

RESULTADOS

Los datos obtenidos del estudio de las 6 pacientes se presentan en la tabla 1. Las edades en el momento de la mastectomía, oscilaron entre 43 y 63 años (\bar{x} : 55 años). El intervalo entre la mastectomía y la aparición de las lesiones broncopulmonares varió entre 30 meses y 10 años (\bar{x} : 10 años). Las lesiones fueron exclusivamente bronquiales en un solo caso (O.A.), cuya evolución fue la más breve de esta serie: 2 meses. En tres enfermas se presentaron lesiones broncoparenquimatosas y las dos restantes tuvieron además localización pleural. En todos los casos hubo casi concomitantemente con las alteraciones pulmonares, metástasis en otras localizaciones (óseas y/o hepáticas). La FBC mostró lesiones unilaterales en 5 pacientes, y bilateral en la restante.

Cuadro I

CANCER DE MAMA

METASTASIS ENDOBRONQUICAS

Edad	Mastectomía	Topografía	F. B. C.	
			Topografía	Tipo
58	6.73	Br. F. Izq.	Veget.	
54	6.68	Br. F. Der.	Infilt.	
63	7.69	Br. L.S. Izq.	Veget.	
56	8.74	Br. F. Izq.	Veget.	
43	3.76	Br. L.S. Izq.	Infilt.	
		Br. F. Der.	Veget.	
56	2.79	Br. Interm.	Infilt.	
Histología	Metástasis	Tratamiento		
AdenoCa.	Hueso	RT + HT		
AdenoCa.	Hueso	RT + QT + HT		
	Pulmón			
CaEpider.	Hueso	RT + QT		
	Pulmón			
AdenoCa.	Hígado	RT + QT		
AdenoCa.	Hueso	RT + QT + HT		
AdenoCa.	Pulmón			
	Pleura			
Negativa	Hueso	RT + HT		
	Pulmón			
	Pleura			

En el primer grupo —lesiones bronquiales unilaterales— 2 fueron de tipo infiltrante y tres vegetante. El caso con lesiones endoscópicas bilaterales (G.V.) mostró lesiones infiltrantes a izquierda y vegetantes en el bronquio derecho. El estudio anatomopatológico mostró la variedad adenocarcinoma en 4 casos. Destacamos que uno de ellos fue interpretado por el patólogo como de tipo metastásico.

La paciente con lesiones bronquiales bilaterales (G.V.) fue diagnosticada como portadora de un adenocarcinoma pleomórfico a derecha y poco diferenciado a izquierda.

En un caso (M.W.) el estudio anatomopatológico de la lesión bronquial, que era macroscópicamente infiltrante, fue negativo y no se reiteró la biopsia. El restante caso (C.L.), fue diagnosticado como probable carcinoma epidermoide, en una muestra muy atriccionada y seguramente poco representativa del tumor visualizado.

Los tratamientos instituidos fueron combinados: radioterapia (TCT), más poliquimioterapia (PQT) más hormonoterapia (HT) en dos casos, TCT más HT en dos casos y QT más HT en un caso. En un caso (O.A.) no se realizó tratamiento específico.

En la evolución, luego de diagnosticada la lesión pulmonar, se destaca el fallecimiento de 4 de las enfermas con intervalos entre 2 meses y 4 años luego del diagnóstico. Las enfermas vivas, G.V. y A.D. tienen una supervivencia de 2 años y 6 meses respectivamente, luego de la aparición de las lesiones broncopulmonares. (Cuadro 1)

Es a señalar en la evolución de estas 6 pacientes que:

- 1) la enferma portadora de lesión endobronquial catalogada como probable carcinoma epidermoide tuvo una supervivencia de 4 años luego de este diagnóstico (C.L.);
- 2) la paciente con lesiones broncopulmonares bilaterales (G.V.) lleva 2 años de evolución.

DISCUSION

El pulmón constituye el principal filtro de la pequeña circulación. Esto explica la elevada frecuencia de metástasis a ese nivel: 20 a 40%.

En cuanto a los tumores vectores, responsables de las metástasis pulmonares el cáncer de mama encabeza todas las estadísticas, seguido por los tumores del tubo digestivo y los genito-urinaros.^(1, 3, 4, 5)

Las formas anatomo-radiológicas más frecuentes de las metástasis pulmonares del cáncer mamario son las pleuro-parenquimatosas, siendo las localizaciones endobronquiales más inusuales.⁽⁵⁾

Esta última se sospecha cuando se instalan elementos clínicos de irritación bronquial, pudiendo constituir verdaderos síndromes obstructivos, indiferenciables de los tumores primitivos broncopulmonares.^(2, 4)

Las técnicas de diagnóstico orientadas a definir esta situación presentan sus limitaciones:

- a) en la radiología torácica predominan las imágenes de opacidad retráctil en ambas situaciones, metástasis endobronquiales y tumores primitivos broncopulmonares. La confusión es mayor cuando la metástasis asienta en los bronquios lobares superiores homolaterales a las áreas ganglionares irradiadas por el tumor primitivo de mama, lo que puede ocasionar una neumonitis rídica sobreagregada.

b) la FBC tampoco es definitiva. Las metástasis brónquicas se pueden presentar como rigidez e infiltración parietal o como formaciones úlcero-vegetantes, tal cual se ven en los tumores primitivos bronco-pulmonares. Según Zavala las biopsias transbrónquicas elevan al doble los resultados positivos de la FBC con cepillado bronquial.

c) la correlación anatomo-patológica entre el tumor primitivo y la metástasis resulta fundamental. Si hay una clara diferencia histológica entre ambas muestras, la multiplicidad de origen es concluyente. Sin embargo, en el caso de los tumores mamaros, se plantean dudas si se trata de una metástasis endoluminal o un tumor primitivo de pulmón del tipo de los adenocarcinomas. Se debe realizar en estos casos estudio patológico exhaustivo enfatizado sobre los caracteres de la mucosa bronquial próxima a la zona de asiento del tumor. Si en ella hay cambios carcinomatosos in situ son orientadores de un tumor primitivo. Las técnicas histoquímicas definen la situación: el mucicarmín es a menudo positivo en el cáncer de mama y negativo en el adenocarcinoma pulmonar.⁽²⁾

En ninguno de los 6 casos presentados se realizó la diferenciación entre metástasis y tumor pulmonar primitivo por medio de técnicas histoquímicas. El caso informado como carcinoma epidermoide tuvo una evolución de 4 años y 2 meses luego de dicho diagnóstico, lo que plantea dudas de que se tratara de un tumor primitivo broncopulmonar.

En los otros 5 casos, 2 tuvieron, luego del diagnóstico, una evolución mayor de 2 años (una de ellas aún vive), lo que hace presumir se correspondan con metástasis endobronquiales del tumor primitivo de mama.

Por el contrario, en las pacientes con supervivencia breve, el diagnóstico diferencial entre ambas situaciones resulta clínicamente imposible de realizar.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la asociación de varios tumores en un mismo enfermo es un hecho de frecuencia creciente, aunque pocas veces se presentan el cáncer de mama y el de pulmón simultánea o sucesivamente.^(5, 7, 8)

De cualquier forma la conducta clínica frente a un síndrome de irritación persistente, con o sin obstrucción respiratoria, en portadores de cáncer mamario, obliga a la realización no sólo de una radiografía de tórax, sino también la endoscopia bronquial con toma biopsica y técnicas histoquímicas en los casos de adenocarcinoma.

Todo ello conduce con mayor precisión a la etapa terapéutica. Se tendrá como meta el preservar la vía aérea. En este sentido la radioterapia tendrá finalidad desobstructiva y es el tratamiento de elección. Será complementada con las medidas terapéuticas sistémicas, adecuadas a la edad de la paciente, estado hormonal, receptores de estrógenos y tratamientos quimio-hormonales previos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BROVET G., MARCHE F., JULLIEN D. — Les localisations métastiques bronchiques, pulmonaires et pleurales des cancers. *Rev. Prat.* 3: 301, 1965.
2. CAHAN W. — Multiple primary cancers of the lungs, esophagus and other sites. *Cancer* 40: 1954, 1977.
3. EVEN R., SORS Ch, REDON M. — Le cancer secondaire pleuropulmonaire. *Sem. Hop. Paris* 28: 3213, 1952.
4. EVEN R., LECOEUR J. — Metastases cancéreuses endobronchiques a symptomatologie de cancer primitif des bronches. *J. Fr. Méd. Chir. Thorac.* 2: 147, 1948.
5. LAVAL P., COLONNA J., KLEISBAUER J. — Cancers broncho-pulmonaires secondaires. *Encyc. Med. Chir.* 6: 3, 1980.
6. MOERTEL Ch. — Multiple primary malignant neoplasms. *Cancer* 40: 1786, 1977.
7. STRONG L. — Genetic and environmental interactions. *Cancer* 40: 1861, 1977.
8. WARREN S., GATES O. — Multiple primary malignant tumors. *Am. J. Cancer* 16: 1358, 1932.
9. ZABALA D. — Diagnostic fiberoptic bronchoscopy. Techniques and results of biopsy in 600 patients. *Chest* 68: 12, 1975.