

## Quiste Hidático y Cáncer de Pulmón

Dr. Juan Chifflet, Dr. José Luis Martínez,  
Dr. Carlos Tarabochia, Dra. María Elsa Cendán,  
Dr. Héctor Navarrete.

Se presenta un caso de carcinoma epidermoide desarrollado en un lóbulo pulmonar que presentó un quiste hidático vomicado operado 5 años antes. En base a la exacta superposición topográfica de las 2 lesiones y el tipo histológico del tumor, los autores postulan que el cáncer se originó en la transformación neoplásica del epitelio cavitario.

*Departamento de Cirugía Torácica del Hospital Saint Bois, Fac. de Medicina.*

**PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:**  
*Echinococcosis Pulmonary / Lung Neoplasms.*

### **SUMMARY: Hydatid cyst and lung cancer.**

Description of a case of epidermoid cancer, the site of which was a pulmonary lobe, presenting a vomicated hydatid cyst operated five years before. Based on the exact topographic superposition of the two lesions and the histological type of the tumor, in the author's opinion, the cancer originated in the neoplastic transformation of the cavitary epithelium.

### **RÉSUMÉ: Kyste Hydatique et Cancer de Poumon.**

On présente un cas de carcinome épidermoide développé dans un lobe pulmonaire qui auparavant avait eu un kyste hydatique vomiqué, opéré il y a 5 ans. Basé sur l'exacte superposition topographique des 2 lésions et le type histologique de la tumeur, les auteurs préconisent que le cancer a eu son origine dans la transformation néoplasique de l'épithélium cavitaire.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de agosto de 1983.

Prof. Adjunto (Cirujano de Tórax), Prof. Agregado. (Cirujano de Tórax) del Instituto de Tisiología, Practicante Interno del M.S.P. y Médicos Anátomo-Patólogos.

Dirección: Avda. Italia 5098, Montevideo. (Dr. J. Chifflet).

### **INTRODUCCION**

El interés de esta comunicación radica en la escasa frecuencia de esta complicación de las secuelas hidáticas pulmonares. En la experiencia del Departamento de Cirugía de Tórax del Hospital Saint Bois, sobre 1.754 pacientes operados hasta diciembre de 1982, con diferentes localizaciones de hidatidosis torácica, sólo en 2 oportunidades hemos tenido oportunidad de observar un cáncer desarrollado presumiblemente en una cicatriz hidática. Uno que motiva la presente comunicación y otro A.A. Reg. N° 4848, operado por el Dr. Hamlet Suárez en mayo del 73, el cual se trataba de una vieja cavidad pulmonar secundaria a un tránsito hepato-torácico evolucionado.

Pensamos que la aparición de esta complicación —aunque de frecuencia muy baja— tiene importantes connotaciones terapéuticas, pues se convierte en otro argumento para efectuar resección pulmonar cuando nos enfrentamos al tratamiento de cavidades residuales hidáticas consecutivas a vómica de larga data. Además, pone en alerta al cirujano que opera a uno de estos enfermos y encuentra que la superficie interna de la cavidad residual se presenta con un aspecto mamelonado, lo que debe hacer sospechar que se ha injertado un cáncer.

*Caso clínico - M.G.C. Reg. N° 1579. Enferma de 73 años que noviembre de 1976 consulta en nuestro Servicio por una hidatidosis pulmonar múltiple, un quiste hidático vomicado en cada pulmón.*

Dada la edad de la paciente se decide realizar toracotomía bilateral sucesiva en tiempos quirúrgicos diferentes. Se opera primero del lado derecho (25/11/76) y se encuentra un quiste hidático vomicado con membrana retenida. Se realiza tratamiento conservador. Buena evolución post-operatoria. En febrero de 1977 se opera del lado izquierdo encontrándose un quiste hidático vomicado, creciendo en plena cisura, afectando ambos lóbulos pulmonares: 2/3 en el lóbulo inferior y 1/3 en llingula. Adventicia gruesa, contenido, membrana alterada y pus. Hay un solo grueso bronquio en el fondo de la cavidad. Se realiza tratamiento conservador, cerrando la cavidad. Buena evolución post-operatoria inmediata.

En el post-operatorio alejado se queja de persistente dolor en hemitórax izquierdo que se atribuyó a un sufrimiento post-toracotomía. Controles radiológicos periódicos: 1977, 78, 79 y 82 muestran la persistencia de una cicatriz fibrosa a izquierda en la radiografía de frente y que en los perfiles se revela como una cavidad residual. En enero de 1983 presenta expectoración hemoptoica, mostrando el estudio radiológico un aumento de la imagen patológica pulmonar. En abril de 1983 presenta abundante broncorrea purulenta y hemoptoica seguida de hemoptisis grave que llevan el hematocrito al 27%. La Rx. de tórax al ingreso (mayo 83) muestra que la imagen patológica pulmonar ha duplicado su volumen con respecto a la de enero. Se realiza Fibrobroncoscopia en la que se informa que existe la disminución de calibre del tronco de los basales izquierdos con edema y congestión mucosa. Se observa abundante sangrado del lobar inferior. Otros exámenes: Inmunología hidática (+), abundante eosinofilia en esputos, centellograma hepático: quiste hidático de lóbulo izquierdo de hígado.

Con el diagnóstico de hematoma en cavidad preformada se opera el 10/5/83. Cavidad cisural de 8 cm a contenido hemato-purulento. No se encuentran bronquios abiertos, pared gruesa, superficie interna de aspecto mamonado. El polo hilar de la cavidad llega hasta el pedículo del lóbulo al que incluye. El bronquio lobar está rodeado de gruesas adenopatías. La cavidad está localizada en la misma zona que fue encontrada en la operación anterior; o sea en plena cisura e involucrando parte del lóbulo inferior y llingula. Lobectomía inferior izquierda quedando el casquete superior encastrado en el lóbulo superior. Buena evolución post-operatoria.

#### *Anatomía Patológica (N° 22972).*

**Macroscopía.** Pieza de resección pulmonar, correspondiente a lóbulo inferior izquierdo, que en sus diámetros principales mide 130, 100 y 50 mm. Sus caras diafragmática y costal anterior son lisas, brillantes y de color grisáceo. La cara costal posterior es blanquecina, opaca y de consistencia firme. La cara cisural es anfractuosa, destacándose la arteria rodeada por un tejido blanquecino. Las secciones de pulmón, presentan una superficie de corte gris amarillenta, presentando en casi sus 2/3 una modificación del color que se hace blanquecino y de consistencia dura. Esta área se extiende en torno a un sector cruento, con un contenido necrótico, parcialmente evacuado constituyendo una cavidad de unos 30 mm de diámetro. Esta área se extiende hasta la pleura e involucra en forma total al bronquio lobar, el cual queda reducido a un resquicio de luz.

**Microscopía.** Histológicamente se comprueba que la lesión corresponde a un CARCINOMA EPIDERMOIDE

bien diferenciado con necrosis central y con abundante reacción a células inmunocompetentes.

Dicha neoformación llega hasta la pleura pero no la rebasa; infiltra vasos arteriales y llega a crecer en la luz de ellos, estando el parénquima circundante colapsado y densamente infiltrado por elementos linfoplasmocitarios.

No existe ninguna evidencia de persistencia parasitaria en la zona tumoral, así como tampoco elementos de tipo adventicial o reacción granulomatosa.

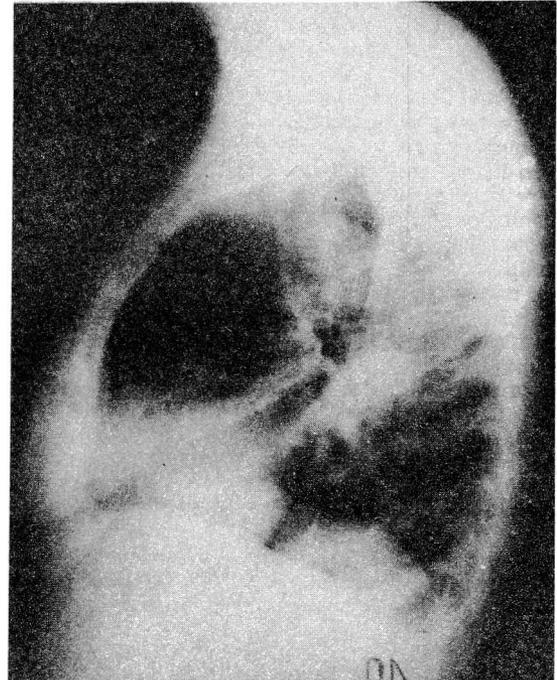
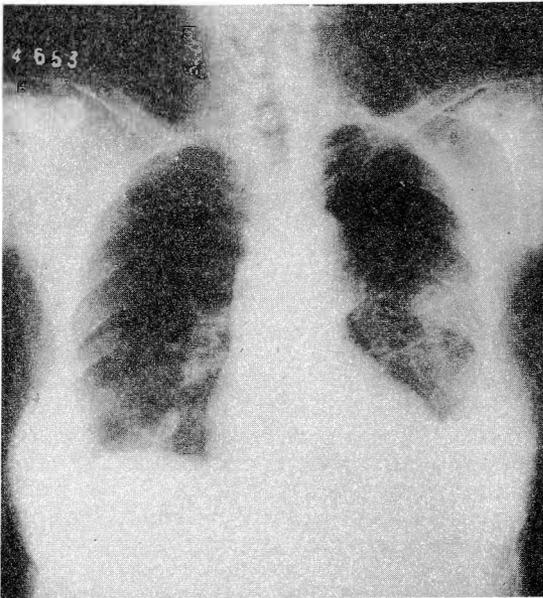
## COMENTARIOS

El desarrollo de un cáncer broncopulmonar en un lóbulo patológico es un hecho ampliamente conocido. La aparición de un tumor en un lóbulo asiento de una cicatriz hidática ha sido mencionado, pero no existen casos publicados. Dicho tumor teóricamente puede tener varios orígenes: en el epitelio que recubre la cavidad residual hidática, o en un bronquio alterado incluido en la lesión residual, o puede tener simplemente su origen en una cicatriz fibrosa. La cancerización de cavidades pulmonares originada en el epitelio que recubre su cara interna es un hecho conocido y probado. De allí que esta sea una complicación citada como probable en aquellas cavidades que poseen recubrimiento epitelial, sobre todo los de origen congénito como los quistes broncogénos intrapulmonares. En el caso particular de las cavidades hidáticas la epitelización casi siempre es parcial y tiene su punto de partida en el epitelio de los bronquios que abocan en sus paredes. Este epitelio puede sufrir una metaplasia escamosa y ser el sitio de origen de cánceres cuyo desarrollo puede estar favorecido por irritación crónica por infección persistente. Los tumores originados en cicatrices fibrosas, los llamados cánceres de las cicatrices, habitualmente son adenocarcinomas. Las modificaciones histopatológicas del pulmón que se observan en una lesión residual actuarían como causa favorecedora del desarrollo de un cáncer. Finalmente existe la posibilidad de la aparición de un tumor en un bronquio alterado, bronquiectásico, con infección crónica.

A pesar de que no ha sido posible demostrarlo, nuestra interpretación patogénica del presente caso, es la siguiente. La paciente quedó con una pequeña cavidad residual como lo demuestran los estudios radiológicos (Figs. 1 y 2). Dicha cavidad, con el transcurso de los años debe haber sufrido una epitelización y posteriormente la cancerización. El crecimiento del tumor se hizo en superficie y profundidad, borrando todo estigma de la lesión previa. En el transcurso de la evolución presenta una hemorragia intraca-

vitaria que es la responsable del rápido crecimiento de la imagen patológica pulmonar (Fig. 3). Están a favor de esta hipótesis varios hechos. En primer lugar el más importante es la exacta superposición topográfica de la cavidad neoplásica y de la cavidad hidática, como fue constatado en el acto operatorio,

neoplasma nacido en una cicatriz o en un bronquio vecino que sufrió posteriormente una necrosis no puede ser desechada totalmente.



Figs. 1 y 2: Rx. de tórax frente y perfil del año 1977, que muestra la presencia de una lesión cavitaria yuxtacisural.

Cuesta creer que un tumor originado en un bronquio de vecindad o en una cicatriz pulmonar o la más simplista explicación de una concomitancia lesional tengan exactamente la misma topografía. En segundo término está a favor de esta posición el tipo histológico del tumor; se trata de un carcinoma epidermoide, aparecido en una mujer no fumadora. Es sabido que los cánceres desarrollados en el epitelio metaplásico de cavidades pulmonares pre-existentes son carcinomas epidermoides<sup>(1)</sup>. Nuestra tesis hubiera sido probada en forma incuestionable si hubiéramos encontrado una continuidad entre tumor y epitelio cavitario, o la existencia de restos de membrana hidática en el seno de la pared. La posibilidad de que se trate de un

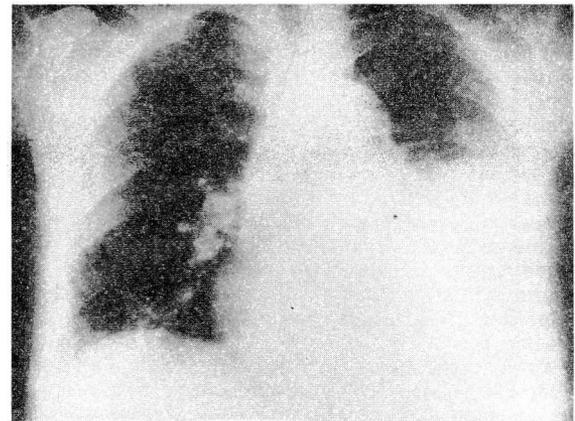


Fig. 3: Rx del ingreso mostrando una gruesa imagen de aspecto tumoral de lóbulo inferior izquierdo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDERSON H. and PIERCE J. — Carcinoma of the bronchus presenting at thin-walled cysts. *Thorax*, 9: 100, 1954.