

Carcinoma adenoideo quístico primario de pulmón. Reporte de caso

Yesenia López Arteaga,* Fernando Guillén Ortega,* Felipe García León,* Daniel Mendoza Posada*

RESUMEN. Antecedentes: El carcinoma adenoideo quístico es una neoplasia maligna que usualmente se origina en las glándulas salivales; sin embargo, este tipo de tumores puede presentarse en otros sitios. En el presente caso se trata de una mujer de 37 años de edad con un año de evolución con tos seca, pérdida de peso y dolor torácico. **Conclusión:** La obtención de una muestra a través de una biopsia guiada por broncoscopia y obtención de citología exfoliativa son los métodos que permiten el diagnóstico definitivo de carcinoma adenoideo quístico, el cual fue posteriormente corroborado por la histología en la pieza patológica.

Palabras clave: Carcinoma adenoideo quístico, pulmón, neoplasia.

ABSTRACT. Background: Adenoid cystic carcinoma is a distinctive malignant neoplasm that usually arises in salivary glands, however it can be present in other sites. **Case presentation:** Here we describe a 37 year-old with 1-year history of dry cough, loss of weight and chest pain. **Conclusion:** Bronchoscope-guided aspiration cytology provided a conclusive diagnosis of adenoid cystic carcinoma, which was further corroborated by histology in the lung specimen.

Key words: Adenoid cystic carcinoma, lung, neoplasm.

Introducción

El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) es una neoplasia que normalmente se origina en las glándulas salivales, siendo el 45% en la glándula submandibular, y el 4-8% de los carcinomas no escamosos de la cabeza y del cuello; corresponde del 4-15% de todos los cánceres de glándulas salivales menores y del 25-31% de las neoplasias malignas de la cabeza y cuello. Sin embargo, este tipo de tumor también se puede presentar en mamas, piel, cuello uterino, tracto digestivo alto, glándulas lagrimales, cavidad nasal, tráquea y pulmón.¹⁻³

A continuación se presenta el reporte de un caso de carcinoma adenoideo quístico primario de pulmón.

Paciente femenino de 37 años de edad, raza mestiza, antecedente de exposición a humo de leña con índice de exposición de 34 horas-año. Se presentó al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México, con historia de tos seca, en accesos, de 1 año de evolución, hipertermias no cuantificadas intermitentes de predominio vespertino, asociado desde 6 meses previos a dolor de intensidad no especificada, en región posterior de hemitórax izquierdo, de tipo transictivo, intermitente, que se incrementaba con la tos. En los últimos 4 meses presentó deterioro de estado general y pérdida de peso no cuantificada.

La radiografía de tórax mostró una opacidad homogénea que abarca el hemitórax izquierdo con retracción de la tráquea y mediastino hacia el mismo lado, signo de la silueta positivo con la silueta cardíaca y el hemidiafragma ipsilateral; herniación del pulmón contralateral (*Figura 1*).

En la tomografía computada de tórax se observó en hemitórax izquierdo tumoración de gran tamaño con varias densidades en su interior, muy vascularizado, que sustituye el pulmón izquierdo y retrae el corazón y estructuras del mediastino hacia el mismo

* Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Dirección para correspondencia:

Yesenia López Arteaga

Subdirección de Enseñanza

Calzada de Tlalpan No. 4502, Col. Sección XVI, C.P. 14080

Tlalpan, México, D.F. Tel: (52) 55-56664539 ext. 134

E-mail: yesilopez76@gmail.com



Figura 1. Telerradiografía de tórax.

lado, además herniación de pulmón derecho (*Figura 2 a y b*).

A la paciente se le realizó videobroncoscopia en la que se encontró en el bronquio principal izquierdo la mucosa irregular, edematosa, hiperémica, ingurgitación vascular y disminución de la luz en un 100% que no permitió el paso del broncoscopio. En las muestras obtenidas por biopsia por aspiración con aguja fina, lavado broncoalveolar y cepillado del bronquio principal izquierdo se concluyó el diagnóstico de carcinoma adenoideo quístico.

En el estudio SPECT se observó un incremento en la concentración del radiofármaco de forma heterogénea y predominantemente periférica en una lesión localizada en hemitórax izquierdo, la cual ocupa la totalidad del pulmón ipsilateral (*Figura 3 a y b*).

A la paciente le fue realizada una toracotomía exploradora izquierda, toma de biopsia de lóbulo inferior izquierdo y ventana pericárdica, en la que se observó pleura engrosada de 1 mm, pulmón con múltiples nódulos, uno de ellos de 4 cm, indurado, blanquecino; se observaron implantes en pleura mediastinal, por lo que se realizó ventana pericárdica con resección de nódulo que infiltraba el nervio frénico.

De acuerdo a los hallazgos histopatológicos se ratificó el diagnóstico de carcinoma adenoideo quístico primario de pulmón en estadio clínico IV (*Figura 4*).

Finalmente, la paciente continúa recibiendo tratamiento paliativo con cisplatino y paclitaxel.

Discusión

El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) primario de pulmón es una rara neoplasia, con una frecuencia estimada del 0.09-0.2% de todas las neoplasias primarias de pulmón y el 6% de adenocarcinoma bronquial, aunque el CAQ es una variante del adenocarcinoma con características histopatológicas y clínicas propias.^{1,2,4}

La mayoría del CAQ con cuadro clínico en la vía aérea central como tráquea y bronquio principal, como una masa endobronquial, correlaciona con lo encontrado en la broncoscopia de nuestra paciente, ya antes descrito, o una lesión que causa obstrucción bronquial con atelectasia o neumonía postobstructiva. La presentación periférica es más rara y ocurre en menos del 10% de los casos.^{1,2}

Debido a que son muy pocos los reportes en la literatura, los síntomas que caracterizan a esta enfermedad pueden ser confundidos. Por ejemplo, el paciente puede presentar sibilancias debido a una localización traqueal o endobronquial y ser clasificado erróneamente como asmático.^{5,6} Además se puede presentar tos crónica, como lo observado en este caso, siendo el síntoma principal disnea, o en casos de obstrucción total de la luz bronquial falla respiratoria.⁶

De acuerdo al reporte de casos del grupo Yi y col. donde presentaron 14 casos de CAQ existió discreto predominio del sexo femenino; el rango de edad comprendió entre los 29 a los 53 años con un promedio de edad de 44 años, lo cual correlaciona con este caso que es una paciente femenina de 34 años correspondiendo a este rango; la mayoría de los pacientes no tenían historia de tabaquismo y los síntomas principales fueron tos, disnea, disfonía. Estos datos concuerdan con lo encontrado por Maziak y cols. en una revisión de 38 casos en el periodo de 1963-1995, de los cuales 13 presentaron metástasis a pulmón, siendo la diseminación hematogénea la que se presenta en más de la mitad de los casos.^{7,8}

El CAQ generalmente es considerado un tumor de lento crecimiento, es decir, se trata de una neoplasia maligna de bajo grado con un curso clínico prolongado; las metástasis son muy inusuales y las recurrencias locales más frecuentes, de ahí la importancia, al momento de la cirugía, de la resección completa de la lesión, dejando bordes libres de tumor. No se han reportado muchos estudios donde se correlacione el uso de PET-CT en abordaje diagnóstico de CAQ, como refiere un reporte de caso de Campistron y col, siendo de utilidad para identi-

ficar metástasis hepáticas confirmadas histopatológicamente con posterioridad en el caso por ellos reportado, lo que no se presentó en nuestra paciente, ya que en el estudio por radiotrazador (SPECT-CT) en el que sólo se observó la lesión localizada en pulmón, identificándose en el transquirúrgico afección a pleura, mediastino y pericardio. Aunque es bien conocido que el PET-CT es más sensible y específico no se realizó en nuestra paciente por no tener la disponibilidad del mismo en nuestra institución. Aunque se han reportado falsos negativos tanto

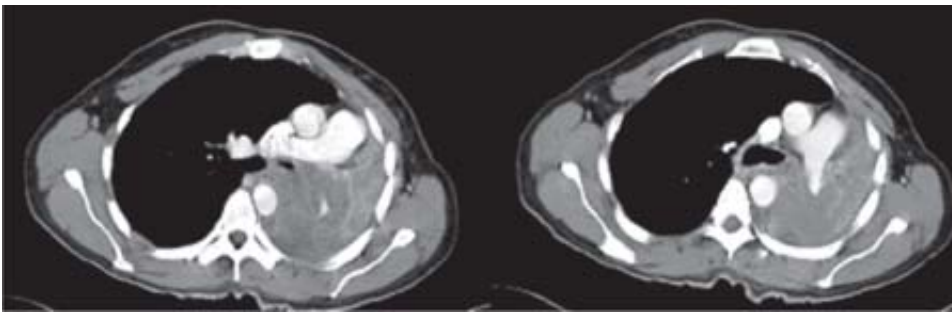


Figura 2. Tomografía computada de tórax.

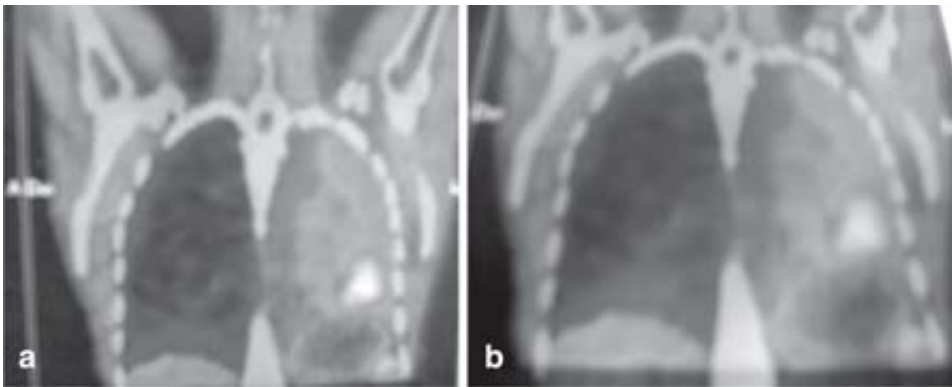


Figura 3. SPECT-CT de tórax.

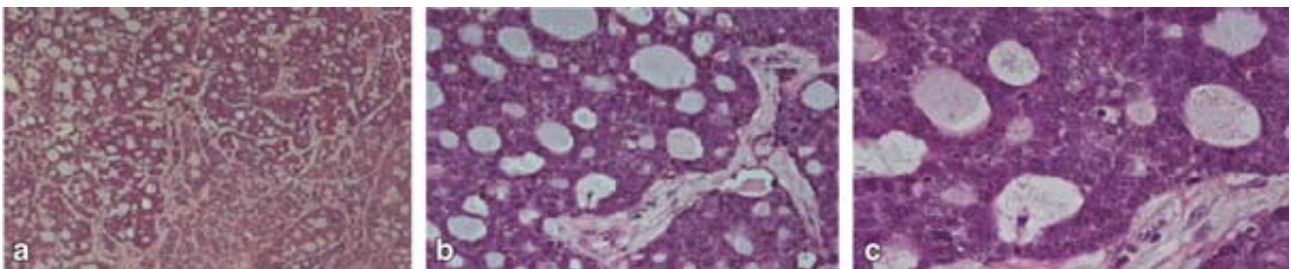


Figura 4 a. Microfotografía (5x) de la lesión (biopsia de lóbulo inferior izquierdo), se observan múltiples nidos de células que forman estructuras quísticas de diferentes tamaños por tabique de tejido conectivo. **b y c** microfotografía (20x y 40x), mayor aumento, se observan formaciones quísticas rodeadas por células que muestran citoplasma eosinófilo poco evidente y núcleos predominantemente redondos y ovales, además septos fibrosos, algunos de ellos con nucléolos evidentes.

para el PET-CT como para SPECT-CT en aquellas neoplasias de bajo grado, por el periodo de doblaje lento, los estudios con radiotrazadores más específicos deben ser un campo de investigación abierto en este tipo de neoplasias.⁹

Para establecer el diagnóstico de CAQ la radiografía de tórax no es un estudio sensible, pero sí útil para detectar aquellos casos que están relacionados

con atelectasias y neumonía postobstructiva. La tomografía computarizada de tórax nos permite reconocer la extensión de la lesión, pero a través de la broncoscopia es posible la obtención de citología exfoliativa útil para el diagnóstico, ya que estos tumores usualmente tienen localización submucosa y con una biopsia por aspiración con aguja fina las posibilidades diagnósticas se incrementan.²

Bibliografía

1. Hiroshi Y, Yoshinori O, Yuhei O, Norihiro T, Kiyotaka I, Yoshikazu U, Kenzo O, Masaharu N, Kiyonobu K, Hiroshi K. Primary peripheral adenoid cystic carcinoma of the Lung and literature comparison of features. Case report. Internal Medicine 2007; 46.0331: 1799-803.
2. Suimin Q, Madhavan M, Nampoothiri, Zaharopoulos P, Logroño R. Primary pulmonary adenoid cystic carcinoma: Report of a case diagnosed by fine-needle aspiration cytology. Diagnostic Cytopathology 2004; 30(1): 51-6.
3. Meyers E, Suen J. Cancer of head and neck third edition. 1996: 532-39.
4. Lawrens JB, Mazur MT. Adenoid cystic carcinoma: a comparative pathologic study of tumors in salivary gland, breast, lung, and cervix. Hum Pathol 1982; 13: 916-24.
5. Chuah KL, Kiat HL, Mariko SK, Hong WT, Wai MY. Diagnosis of adenoid cystic carcinoma of the lung by bronchial brushing: a case report. Acta Cytologica 2007; 51(4): 563-6.
6. Allen MS. Malignant tracheal tumors. Mayo Clin Proc 1993; 68(7): 680-4.
7. Albers E, Lawrie T, Harrell JH, Yi ES. Tracheobronchial adenoid cystic carcinoma: A clinicopathologic study of 14 cases. Chest 2004; 125: 1160-5.
8. Maziak DE, Todd TR, Keshavjee SL, Winton TL, Van M, Pearson FG. Adenoid cystic carcinoma of airway: Thirty-two-year experience. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 1996; 112(6): 1522-32.
9. Campistron M, Rouquette I, Courbon F, Chabbert V, Rochaix P, Prévot G, Laroumagne S, Tetu L, Didier A, Mazières J. Adenoid cystic carcinoma of lung: Interest of 18 FDG PET/CT in the management of an atypical presentation. Lung Cancer 2008; 59: 133-6.