

NEUMOLOGIA

CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE BRONQUIAL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA RECURRENTE

(Presentación de caso clínico)

Irving E. Sánchez Rojas*
Mauricio Arce Quesada**

SUMMARY

Mucoepidermoid carcinoma is a very rare neoplasm when it is in lungs. This carcinoma presents slow growth and unspecific respiratory manifestations. Frequently, it manifests as pneumonia or obstructive diseases for a long time. The present case of Low-grade Mucoepidermoide Carcinoma is in a young patient with recurrent pneumonia history and unspecific respiratory symptoms since two years ago.

INTRODUCCIÓN

En el pulmón pueden observarse varios tipos de tumores epiteliales con patrón histológico similar

al de las glándulas salivales. Antiguamente se clasificaban como adenomas bronquiales, término inapropiado para una neoplasia que aunque de crecimiento lento puede ser localmente invasiva. El carcinoma mucoepidermoide se origina de glándulas submucosas bronquiales, siendo un tumor infrecuente y por ende una rara causa de neumonía recurrente. A pesar de tener potencial maligno (bajo), muestra un comportamiento benigno, siendo por ello en la mayoría de los casos, la resección pulmonar conservadora un adecuado y suficiente tratamiento. Se describe el caso de un joven de 26 años de edad con carcinoma mucoepidermoide de

bajo grado, al final del bronquio principal izquierdo con atelectasia secundaria en el lóbulo inferior izquierdo, por lo que se le realizó neumonectomía izquierda.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 26 años de edad, curtidor de oficio, no tabaquista, con antecedente de neumonía hace 2 años, consulta inicialmente por cuadro de tos de 12 meses de evolución, con dos episodios aislados de hemoptisis, por lo que se decide realizar broncoscopía con fibroscopio flexible, describiéndose en ésta al final del bronquio principal izquierdo masa endobronquial

*Médico del servicio de Emergencias del Hospital de San Carlos.

**Asistente del Servicio de Cirugía de Tórax del Hosp. San Juan de Dios.

de superficie blanca, hipervasicularizada y friable, que protuye y procede del bronquio del segmento inferior, obstruyéndolo en su totalidad. Se tomaron dos biopsias bronquiales reportadas negativas por malignidad. De igual forma, la citología del lavado bronquial resultó negativa por células tumorales. Se le realizó Tomografía (TAC) de tórax con apreciación de nódulo de 2 X 2 cm. LII con atelectasia secundaria. Los marcadores tumorales CA 19-9, alfa-fetoproteína, ACE y APE resultaron dentro de rangos normales. Se llevó a Sala de Operaciones para intervención quirúrgica por masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo, realizándose toracotomía axilar izquierda, neumonectomía izquierda y toracostomía. Se describe "tumoración pulmonar que infiltra bronquio inferior izquierdo hasta carina primaria". La biopsia por congelación resultó positiva por malignidad; la biopsia definitiva del pulmón izquierdo diagnosticó carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, estadio IB/IIB, pulmón izquierdo, con márgenes y ganglios negativos por malignidad. No fue necesaria terapia adyuvante.

DISCUSIÓN

El carcinoma mucoepidermoide pulmonar es un tumor relativamente raro. Algunos

autores lo ubican entre el 0.1% y 0.2% de los tumores primarios de pulmón⁽⁷⁾. Otros estudios hablan de entre un 0.5 % y un 1 %⁽³⁾. No existe diferencia estadísticamente significativa entre un sexo y otro, pero cerca de la mitad de los pacientes son menores de 30 años⁽¹³⁾. A diferencia de otras neoplasias, no se ha logrado establecer una relación con el hábito tabáquico. Fue descrito hace más de 50 años por Smetana⁽¹¹⁾ y clasificado históricamente dentro de los adenomas bronquiales. Dentro de este término se incluían un grupo de neoplasias de crecimiento lento que además del carcinoma mucoepidermoide bronquial incluía al carcinoma adenoideo quístico y al tumor carcinoide bronquial⁽¹⁰⁾. Este tipo de carcinoma es más frecuente en otras partes del organismo como glándulas salivares y páncreas⁽³⁾. Se ha propuesto que el carcinoma mucoepidermoide bronquial se origina de las glándulas mucosas y serosas del árbol tráqueo-bronquial central. Aparte de las estructuras citadas se ha descrito este carcinoma en glándula mamaria, tiroides y piel^(1, 2, 12). Desde el punto de vista patológico se pueden distinguir dos tipos de carcinoma mucoepidermoide bronquial. El primero de bajo grado de malignidad, de comportamiento benigno, es la inmensa mayoría y el segundo tipo de alto grado de malignidad, de peor pronóstico,

es menos común, afectando casi siempre población adulta. Aún el carcinoma de alto grado tiene mejor pronóstico que el conocido carcinoma broncogénico⁽¹³⁾. El aspecto histológico del carcinoma mucoepidermoide bronquial de bajo grado de malignidad, de importancia en el presente caso, posee una mezcla de células escamosas, células productoras de moco y células intermedias. Hay áreas sólidas formadas por células escamosas e intermedias entre las que hay puentes intercelulares; en éstas zonas no hay queratinización. Hay también zonas quísticas conteniendo mucina que están tapizadas por células productoras de moco; estas últimas pueden ser de tres tipos: células transicionales, células Goblet y células ricas en glucógeno⁽⁵⁾. Existen otras características como la no invasión a parénquima pulmonar o a ganglios peribronquiales; ausencia de necrosis intratumoral y de pleomorfismo nuclear, así como escasa mitosis.

El tumor permanece localizado dentro del bronquio por un largo período y puede llegar a ser localmente invasivo, extendiéndose hacia la pared bronquial erosionando el cartílago, pero muestra un bajo riesgo de metástasis⁽⁶⁾. En estudios con población adulta se ha encontrado que la principal ubicación del carcinoma mucoepidermoide



Fig. 1

Broncoscopia que evidencia masa hipervasculizada y friable que procede del bronquio del segmento inferior y lo obstruye en su totalidad.

bronquial es en bronquios segmentarios, sin predilección por un pulmón u otro⁽⁸⁾. En muchos casos de localización traqueal se puede errar en el diagnóstico (asma bronquial, aspiración de cuerpo extraño, etc.). La evolución insidiosa con manifestaciones clínicas inespecíficas, generalmente contribuye a pensar en otras condiciones patológicas. Los síntomas producidos por los tumores endobronquiales son originados por irritación (tos y hemoptisis) y obstrucción bronquial. Puede haber neumonías recurrentes, bronquiectasias e hiperinsuflación pulmonar. Algunos pacientes han cursado asintomáticos a la hora del diagnóstico⁽⁸⁾. Sin embargo, neumonía recurrente, tos persistente y hemoptisis son las manifestaciones más comunes al momento del mismo. Por lo anterior, se ha sugerido no obviar un estudio radiológico simple del tórax a aquellos pacientes

con síntomas respiratorios persistentes con más de 2 semanas de evolución en presencia de una inadecuada respuesta terapéutica. La radiografía torácica es casi siempre anormal, visualizándose el tumor en 30% de los casos⁽⁶⁾. Otros hallazgos incluyen atelectasias lobares, infiltrados recurrentes y bronquiectasias debidas a obstrucción endobronquial. La neumonía postobstructiva o la dilatación bronquial distal con impactación mucoide está frecuentemente asociada. A manera de resumen, podemos decir que el tumor se puede observar como una masa central con o sin neumonía postobstructiva y/o atelectasias periféricas o como un nódulo pulmonar solitario⁽⁸⁾. La manifestación radiológica más común es la presencia de una masa intraluminal en el árbol tráqueo-bronquial central. La lesión pulmonar secundaria a obstrucción, como la atelectasia, se encuentra en la tercera parte de

los casos⁽¹³⁾.

En la tomografía axial computarizada de tórax el carcinoma mucoepidermoide bronquial puede aparecer como una masa de bordes bien definidos, de forma oval o lobulada, con calcificaciones puntiformes en la mitad de los casos y con reforzamiento leve con el medio de contraste; la dirección del diámetro mayor del tumor es paralela a la dirección de ramificación de la vía aérea en la que se encuentra⁽⁴⁾. La incidencia de calcificaciones en el carcinoma mucoepidermoide bronquial es más alta que en la mayoría de los carcinomas pulmonares (arriba del 14%)⁽⁹⁾. La predicción de la localización del tumor endobronquial se logra mejor con la tomografía que con la radiografía simple de tórax cuando se halla en bronquios segmentarios⁽⁸⁾. Al ser una lesión endobronquial es fácilmente diagnosticada por broncoscopía flexible. Estando

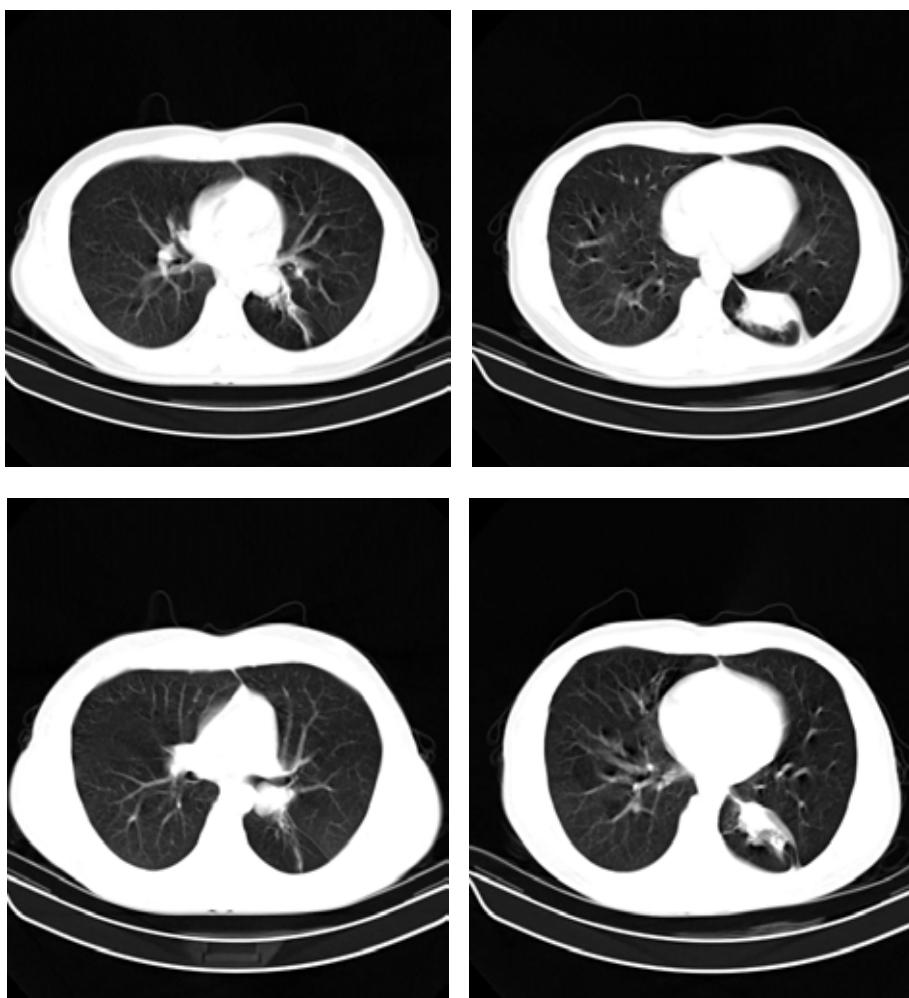


Fig. 2
Evidencia tomográfica de lesión endobronquial y pulmonar por carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad.

indicada en todos los casos de atelectasia persistente o de causas desconocidas. La biopsia de lesiones endobronquiales debe realizarse por broncoscopía rígida ya que el diámetro del instrumento permite la obtención de muestras más grandes y asegura un mejor manejo del sangrado. El tumor usualmente es macroscópicamente polipoide y está cubierto con mucosa respiratoria normal. Raramente es ulcerado. Debido

a su naturaleza de “iceberg”, la resección endoscópica no está recomendada. En el carcinoma mucoepidermoide bronquial de bajo grado de malignidad la lobectomía o segmentectomía suele ser suficiente para lograr la curación. En el presente caso, la lesión endobronquial infiltraba la carina del lóbulo superior izquierdo, siendo necesaria la neumonectomía para lograr una resección oncológica completa.

El carcinoma mucoepidermoide bronquial no es sensible a radioterapia ni a quimioterapia. Los pacientes con resección completa de tumores de bajo grado logran una supervivencia a 5 años del 100% ⁽¹⁾. Dentro del manejo y abordaje, debemos sospechar obstrucción bronquial en aquellas neumonías recurrentes en la misma distribución, en contraste con otras enfermedades como asma bronquial y fibrosis quística

con neumonías migratorias recurrentes.

RESUMEN

El carcinoma mucoepidermoide es una neoplasia muy rara cuando se ubica en el pulmón. Es de crecimiento lento y con manifestaciones respiratorias inespecíficas. Con frecuencia se presenta como neumonía a repetición o como enfermedades obstrutivas durante largos períodos de tiempo. El presente caso de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad se da en un paciente joven con historia de neumonía recurrente y síntomas respiratorios inespecíficos en un período de dos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cavazza A, Toschi E, Valcavi R, Piana S, Scotti R, Carlinfante G, et al. Sclerosing mucoepidermoide carcinoma with eosinophilia of the Thyroid: description a case. Pathology 1996; 91:31-5.
2. Chang LC, Lee N, Lee CT, Huang JS. High-grade mucoepidermoide carcinoma of the breast: case report. Chang Keng Hsu Tsa Chih 1998; 21:352-7.
3. Conlan AA, Payne WS, Woolner LB, Sanderson DR. Adenoid cystic carcinoma (cylindroma)and mucoepidermoide carcinoma of the bronchus. J Thorac Cardiovasc Surg 1978; 76 (3):369-77.
4. Fisher DA, Mond DJ, Fuchs A, Khan A. Mucoepidermoid tumor of the lung: CT appearance. Comput imag Graph 1995; 19:339-42.
5. Hasleton PS. Benign lung tumors and their malignant counterparts. Hasleton PS, editor. Spencer pathology of the lung. 5a edic. New York: MC Graw-Hill; 1996 p.875-986.
6. Hause DW, Harvey JC. Endobronchial carcinoid and mucoepidermoide carcinoma in children. J Surg Oncol 1991; 46:270-72.
7. Heitmiller RF, Mathisen DJ, Ferry JA, Mark EJ, Grillo HC. Mucoepidermoid lung tumors. Ann Thorac Surg 1989; 47:394-399.
8. Kim TS, Lee KS, Han J, Im JG, Seo JB, Jim JS, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the tracheobronchial tree: radiographic and CT findings in 12 patients. Radiol 1999; 212:643-8.
9. O' Keefe NE, Good CA, Mc Donald JR. Calcification in solitary nodules of the lung. AJR 1957; 77: 1023-1033.
10. Shannugaratnam K. Histological typing of tumors of the upper respiratory tract and ear. International histological classification of tumors. Second Edition. Berlin: World Health Organization; 1991. p.35-6.
11. Smetana HF, Iverson L., Swan LL. Bronchogenic carcinoma: an analysis of 100 autopsy cases. Mil Surgeon 1952; 111:335-51.
12. Yen A, Sanchez RL, Fearneyhough P, Tschen J, Wagner RF. Mucoepidermoid carcinoma with cutaneous presentation. J American Acad Demathology 1997;37:340-2.
13. Yousem SA, Hochholzer L. Mucoepidermoid tumors of the lung. Cancer 1987; 60:1346-52.