



Vol. 2, Núm. 2
Mayo-Agosto 2021
pp 53-56



doi: 10.35366/107224

Caso clínico

Resección de tumor carcinoide bronquial y reconstrucción traqueobronquial

Carcinoid tumor resection followed by tracheo-bronchial reconstruction

Damián Palafox,* José Palafox,† Lino Enrique Ramírez-Sosa,§
Leilany Olivares-Cortés,¶ Brenda Tello¶

Palabras clave:

Tumor bronquial, tumor carcinoide, traqueoplastia, cirugía traqueal, cirugía pulmonar.

Keywords:

Bronchial tumors, carcinoid tumors, tracheoplasty, tracheal surgery, lung surgery.

* Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Elysiam Clinic. Puebla, México.

† Departamento de Cirugía Torácica. ERA Clinic. Veracruz, México.

§ Departamento de Cirugía General. Centro Médico Nacional "La Raza". Ciudad de México, México.

¶ Departamento de Investigación. Elysiam Clinic. Puebla, México.

Recibido: 23/10/2020

Aceptado: 10/03/2022

Correspondencia:

Dr. Damián Palafox

Carretera Xalapa-Veracruz
Núm. 506. Int. 460, 91500,
Xalapa, Veracruz, México.

E-mail: elysiamplastica@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los tumores carcinoide bronquiales son poco frecuentes, comprenden menos de 3% de los tumores pulmonares y, por lo general, cursan de manera asintomática. Los tumores de bajo grado a menudo se tratan mediante resección bronquial circunferencial o en cuña, ya que requieren márgenes quirúrgicos mínimos. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de tumor carcinoide bronquial, su abordaje y tratamiento quirúrgico. **Conclusión:** Los tumores carcinoide bronquiales no tienen un comportamiento ni un curso clínico establecido, para su tratamiento se debe individualizar el caso de cada paciente y actuar de acuerdo a las características del tumor y su relación con otras estructuras torácicas.

ABSTRACT

Introduction: Bronchial carcinoid tumors are rare tumors and comprise less than 3% of lung tumors, generally course asymptomatic. Low-grade tumors are often treated by circumferential or wedge bronchial resection, as they require minimal surgical margins. **Clinical case:** We will present a retrospective analysis of a patient with a diagnosis of bronchial carcinoid tumor and its surgical approach. **Conclusion:** Bronchial carcinoid tumors do not have an established clinical course. Its treatment should be individualized according to the characteristics of the tumor and its proximity to other thoracic structures.

INTRODUCCIÓN

Los tumores carcinoide ocurren en más de 3% de los sujetos con MEN 1 (neoplasia endocrina múltiple tipo 1) y pueden localizarse en bronquios, tracto digestivo, páncreas o timo.¹

Los tumores neuroendocrinos de pulmón representan alrededor de 20% de los carcinomas de pulmón, constituyendo un grupo con comportamiento y pronóstico variado.²

Su localización es principalmente central, produciendo signos y síntomas de obstrucción bronquial como sibilancias, neumonitis recurrente no resuelta, tos, dolor torácico

Citar como: Palafox D, Palafox J, Ramírez-Sosa LE, Olivares-Cortés L, Tello B. Resección de tumor carcinoide bronquial y reconstrucción traqueobronquial. Rev Mex Cir Torac Gen. 2021; 2(2): 53-56. <https://dx.doi.org/10.35366/107224>



y fiebre;³ sin embargo, la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y sin datos clínicos de síndrome carcinoide.

El método diagnóstico se basa en el uso de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), ya que son más sensibles para su detección.

Los tumores carcinoides bronquiales en pacientes con MEN 1 afectan predominantemente a mujeres (proporción mujer-hombre de 4:1).

Los tumores malignos de bajo grado de las vías respiratorias bronquiales a menudo se tratan mediante resección bronquial circunferencial o en cuña.⁴ Cuando se produce metástasis, el uso de radioterapia o de agentes quimioterapéuticos debe ser considerado, en todo caso, dicho tratamiento corresponde a especialistas en Oncología Médica.

La técnica quirúrgica con preservación del parénquima no se ha descrito de manera detallada en la literatura, pero se cree que es más fácil y requiere menos tiempo que la resección bronquial en manguito.⁵

En la actualidad, se prefieren las resecciones sublobares y segmentectomías a las lobectomías o neumonectomías; no obstante, el manejo radical se asocia con mayor éxito en términos de resección completa del tumor, reduciendo el riesgo de recurrencia.⁶ Después de la resección anatómica del tumor, la tasa de supervivencia de cinco a 10 años es superior al 90%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 43 años que fue remitido a nuestro Servicio de Cirugía Torácica y Neu-

mología, con antecedente de tres años de disnea y sibilancias. Había sido tratado en un centro de atención primaria con un diagnóstico presuntivo de bronquitis, sin resolución ni mejoría de los síntomas.

En nuestro servicio se le realizó una TC, la cual reveló una tumoración bien delimitada en el bronquio lobar superior derecho. Se realizó videobroncoscopia para estudiar sus características, así como su relación con el bronquio principal derecho y el resto de la tráquea donde se identificó tumoración dependiente del bronquio lobar superior derecho, el cual ocasionaba obstrucción del 90% tanto en el bronquio intermedio como en el bronquio principal derecho (*Figura 1*).

El aspecto macroscópico de la masa era hipervascularizado, propenso a sangrados menores espontáneos y con una superficie clara y brillante. Se realizó biopsia y el examen histopatológico reveló inflamación crónica moderada, sin atipia, compatible con tumor carcinoide. Es importante señalar que el paciente no presentaba sintomatología de síndrome carcinoide. Las pruebas de laboratorio también fueron negativas para el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) y la 5-hidroxitriptamina, que suelen ser anormales en pacientes con tumores carcinoides. Otros marcadores tumorales también fueron negativos. Se planificó un procedimiento quirúrgico para realizar la resección del tumor y la reconstrucción primaria traqueobronquial. Se realizó toracotomía posterolateral derecha.

La exploración intraoperatoria reveló atelectasia del lóbulo pulmonar superior derecho firmemente adherido a la pared torácica, así como adenopatías difusas. Realizamos una cuidadosa disección hiliar

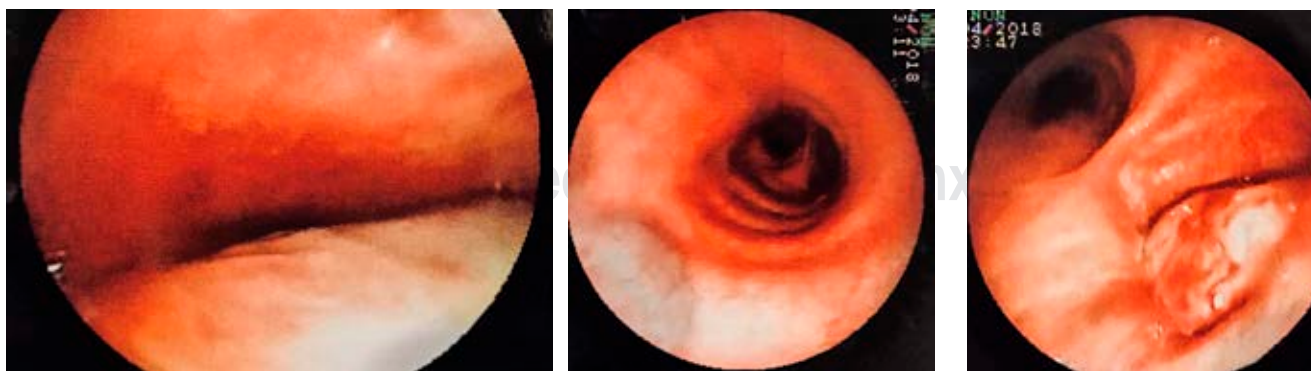


Figura 1: Broncoscopia. Oclusión luminal por el tumor.

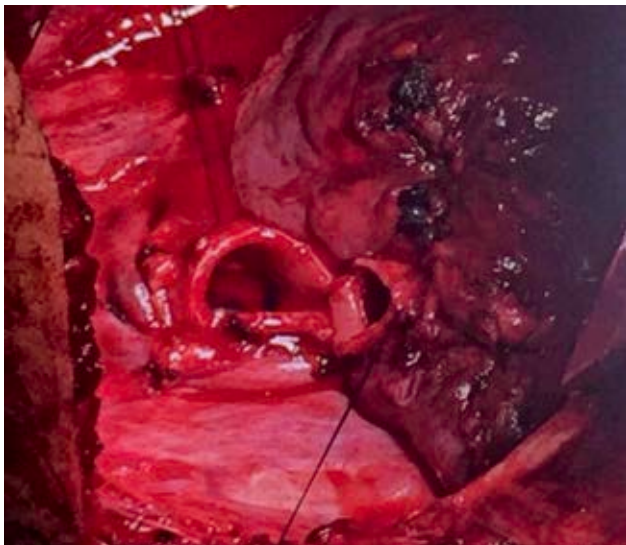


Figura 2: Imagen intraoperatoria, resección quirúrgica completa.

pulmonar y una broncotomía 4 mm distal a la carina traqueal. Aunque es recomendable preservar el parénquima, en nuestro caso no fue posible debido a la ubicación del tumor y sus dimensiones. Posteriormente, se realizó la resección tumoral completa, linfadenectomía (subcarinal, paraesofágica), lobectomía pulmonar superior derecha (*Figura 2*), para el defecto resultante después de la resección tumoral, se realizó traqueobroncoplastia, con anastomosis término-terminal (*Figuras 3 y 4*).

La reconstrucción quirúrgica se realizó sin tensión y verificando la reexpansión pulmonar con maniobra neumática realizada por el anesestesiólogo. Se colocó un tubo de tórax, el cual se retiró el quinto día posquirúrgico. El paciente tuvo una recuperación sin complicaciones y fue dado de alta ese mismo día. El paciente ha estado libre de recurrencia 18 meses después del procedimiento. Durante este período de seguimiento, se han realizado evaluaciones clínicas y endoscópicas, demostrando ausencia de recurrencia con una función pulmonar adecuada.

DISCUSIÓN

Anteriormente hemos informado de nuestra experiencia en el manejo de pacientes con tumores carcinoide pulmonares. En esa serie de casos, de cinco pacientes, dos tenían síntomas de síndrome carcinoide y los tres

restantes presentaban disnea y tos como síntomas principales; tres pacientes fueron sometidos a neumonectomía y dos a lobectomía.⁶ En esa serie de casos se extirpó el parénquima pulmonar con el tumor (no se requirió ninguna reconstrucción traqueobronquial avanzada). Sin embargo, en el caso de este paciente, debido a la localización del tumor, sus dimensiones y la relación obstructiva con otras estructuras anatómicas, se requirió una anastomosis traqueobronquial término-terminal primaria y reconstrucción.

Las alternativas quirúrgicas para el tratamiento de los tumores carcinoide de pulmón y bronquios incluyen: neumonectomía, lobectomía en manga, lobectomía completa e incluso se ha descrito la resección tumoral con preservación del parénquima. La decisión final dependerá de las dimensiones del tumor, su ubicación y la experiencia quirúrgica del equipo tratante. Desde la perspectiva oncológica, el examen histopatológico final es obligatorio, ya que el resultado dictará la necesidad de un tratamiento adyuvante.

CONCLUSIONES

Los tumores carcinoide bronquiales no tienen un comportamiento ni un curso clínico establecido, por lo tanto, sus manifestaciones clínicas dependerán de

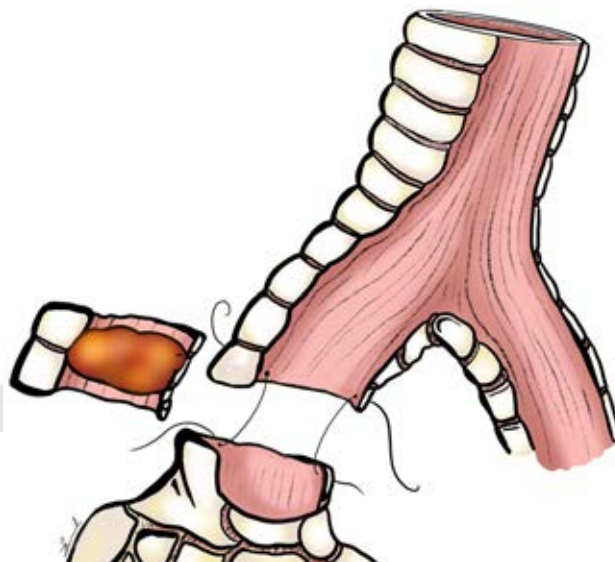


Figura 3: Ilustración. Resección quirúrgica del tumor y reconstrucción traqueobronquial.



Figura 4: Imagen intraoperatoria tras resección quirúrgica.

su localización, tamaño e invasión a otras estructuras vecinas. Para su tratamiento se debe individualizar el caso de cada paciente y actuar de acuerdo a las características del tumor y su relación con otras estructuras

torácicas. Es importante el estudio histopatológico final para establecer un pronóstico⁷ y determinar el tratamiento oncológico posquirúrgico.

REFERENCIAS

1. Jensen RT. *Tumores endocrinos del tubo digestivo y páncreas*. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e eds. J. Larry Jameson, et al. New York, NY: McGraw-Hill,
2. Cuervo F. Tumor carcinoide bronquial. *Rev Colomb Neumol*. 2010; 16(3): 177-188.
3. Bora MK, Vithiavathi S. Primary bronchial carcinoid: A rare differential diagnosis of pulmonary koch in young adult patient. *Lung India*. 2012; 29(1): 59-62.
4. Kawano O, Yuki D, Fukai I et al. Successful treatment of mucoepidermoid carcinoma in the left main bronchus. *Surg Case Rep*. 2015; 1(85): 1-3.
5. Wang A, Chen X, Huang D, Wang S. Deeper wedge resection and parenchymal-sparing bronchoplasty of the secondary carina: an alternative surgical technique for removal of tumor located at the orifice of upper lobar bronchus. *J Cardiothorac Surg*. 2017; 12(1): 1-4.
6. Palafox D, Palafox J, Álvarez-Correa LA, Flores-Cadena L. Abordaje quirúrgico del tumor carcinoide broncopulmonar. *Cir Cardio*. 2014; 21(1): 14-17.
7. Windmoller BA, Greiner-Johannes FW, Forster C, Wilkens L, Mertzlufft F, Schulte E et al. A typical carcinoid of the lung – a case report with pathological correlation and propagation of the cancer stem cell line BKZ1 with synaptophysin expression. *Medicine*. 2019; 98(49): 1-6.