



## CARTA AL DIRECTOR

## Carcinoma adenoide quístico bronquial con metástasis subcutáneas múltiples

**Sr. Director:** El carcinoma adenoide quístico (CAQ), o cilindroma de las publicaciones clásicas, constituye una variante específica del adenocarcinoma que se localiza comúnmente en las glándulas salivales mayores o menores<sup>1</sup>.

Podemos hacernos una idea aproximada de su baja incidencia en su localización pulmonar, considerando que representa dentro del antiguo grupo de los adenomas bronquiales, de por sí escasos, un porcentaje entre el 4 y el 19%<sup>2-4</sup>. La edad media de aparición son los cincuenta años, presenta cierta tendencia a la recidiva local y en ocasiones es francamente invasivo; así, en el momento del diagnóstico presentan metástasis en ganglios hiliares el 50% de los casos y extensión mediastínica el 30%<sup>2,5,6</sup>. Casi la totalidad de los CAQ bronquiales tienen localización central<sup>2,5</sup>.

Queremos presentar un caso de CAQ de especial evolución maligna. Se trata de un varón de 34 años con una historia de dos meses de evolución de todos con expectoración hemoptoica, dolor torácico y disnea de esfuerzo. En la radiología presentaba una atelectasia del lóbulo inferior izquierdo. El diagnóstico se realizó por fibrobroncoscopia, apreciándose tres formaciones en bronquio principal izquierdo que terminaban por ocluir la luz bronquial.

Al paciente se le practicó neumectomía izquierda apreciándose, durante la intervención, invasión de estructuras mediastínicas adyacentes, no

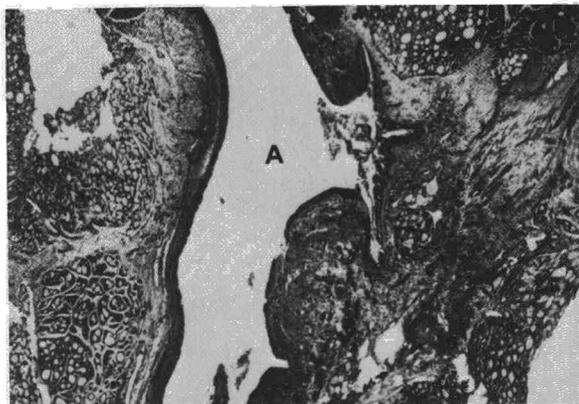


Fig. 1-A. La luz bronquial (A), permeable, se encuentra tapizada por una mucosa íntegra, sin ulceraciones, y bajo la cual crece una tumoración constituida por nidos celulares dispuestos según un patrón cribiforme y que corresponde a un carcinoma adenoide quístico bronquial (HE  $\times$  40).

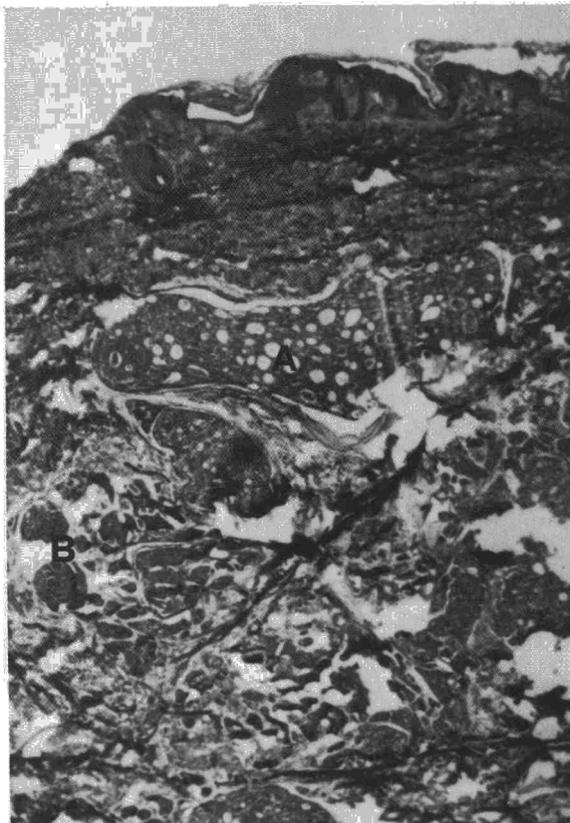


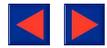
Fig. 1-B. Nódulos tumorales metastásicos en dermis, correspondientes al mismo paciente. Los mayores (A) muestran un típico patrón cribiforme del carcinoma adenoide quístico, mientras los más pequeños (B), algunos de aspecto columnar, son sólidos. La reacción inflamatoria es escasa (HE  $\times$  40).

sospechadas en el estudio de extensión, haciendo impracticable la total resección tumoral.

Se derivó al paciente para radioterapia, con una dosis total de 6.000 Rads., en su evolución aparecieron metástasis cerebrales confirmadas por TAC y como particularidad, metástasis subcutáneas múltiples (en abdomen y en miembros superiores). Las metástasis subcutáneas de otro tipo de «adenomas» como el carcinoide son conocidas desde 1953<sup>7</sup>, así como casos relativamente frecuentes de CAQ primitivos de piel<sup>8</sup>, pero no hemos encontrado recogido en la literatura ningún caso de metástasis subcutáneas de un CAQ bronquial. Las muestras histológicas de piel y pulmón eran idénticas (ver figura 1-A y 1-B). La posibilidad de un origen tumoral doble (pulmón-piel) quizá no pueda descartarse, pero la evolución clínica del enfermo lo hace poco probable, ya que el fallecimiento se produjo a los veinte meses del diagnóstico (la autopsia fue denegada).

F.J. Aspa Marco, C.A. Jiménez Ruiz,  
J. Ancochea Bermúdez, E. Fornies Menéndez,  
A. González González y A. Orueta Ontañón  
Servicios de Neumología y Cirugía Torácica.  
Hospital de la Princesa. Madrid.

Recibido el 22-1-1986 y aceptado el 6-3-1986.



## BIBLIOGRAFIA

1. Lawrence JB, Mazur MT. Adenoid cystic carcinoma: a comparative pathologic study of tumors in salivary gland, breast, lung and cervix. *Hum Pathol* 1982; 13:916-924.
2. Pérez-Espejo GA. Patología de los tumores broncopulmonares infrecuentes. *Arch Bronconeumol* 1980; 16:8-44.
3. Markel SF, Abell MR, Haight C, French AJ. Neoplasms of bronchus commonly designated as adenomas. *Cancer* 1964; 17:590-608.
4. Lawson RM, Ramanathan L, Hurley G, Hinson KW, Lennox SC. Bronchial adenoma: review of an 18-year experience at the Brompton Hospital. *Thorax* 1976; 31:245-253.
5. Conlan AA, Payne WS, Woolner LB, Sanderson DR. Adenoid cystic carcinoma (cylindroma) and mucoepidermoid carcinoma of the bronchus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 76:369.
6. Good JT, Berg JW, Watson WL. The nonbenign nature of bronchial carcinoids and cylindromas. *Cancer* 1961; 14:539-546.
7. McBurney RP, Kirklin JW, Woolner LB. Metastasizing bronchial adenomas. *Surg Gynecol Obstet* 1953; 96:482-492.
8. Sherman JE, Hoffman S, Goulian A. Dermal cylindroma: surgical approach. *Plast Reconstr Surg* 1981; 68:596-602.

### Carcinoma broncogénico con vitiligo paraneoplásico

**Sr. Director:** Las manifestaciones paraneoplásicas del cáncer broncopulmonar son frecuentes, pudiendo afirmarse que estos tumores son un ejemplo para el estudio de dichos síndromes dentro de la oncología<sup>1</sup>. Algunas se presentan con relativa frecuencia, en cambio otras como las cutáneas tienen escasa incidencia<sup>1-5</sup>. Entre éstas la acantosis nigricans, esclerodermia e ictiosis se describen como las más frecuentes, siendo el resto excepcionalmente raras<sup>1,3-8</sup>. Presentamos un caso de carcinoma broncogénico indiferenciado que debutó precozmente con un vitiligo focal.

Enferma de 46 años de edad, sin antecedentes de interés que dos meses y medio antes de su ingreso notó la aparición progresiva de un área hipopigmentada en región temporal derecha con extensión a párpados y pestañas (fig. 1). Al mes, se sumó dolor interescapular fijo, que aumentaba con la movilización. Tres semanas antes del ingreso refería astenia, anorexia y pérdida no cuantificada de peso, sumándose en la última semana tos irritativa cada vez más frecuente, motivo por el que consultó en Urgencias. En la exploración física, además de la lesión cutánea descrita, no había otros hallazgos patológicos. Determinaciones analíticas: hematemetría, bioquímica sanguínea y elemental de orina normales. Velocidad de sedimentación globular de 115 mm a la 1.<sup>a</sup> hora (Wintrobe), gammaglutamil transpeptidasa 67 UI/l, fosfatasa alcalina 135 UI/l, lactato deshidrogenasa 451 UI/l. En la radiografía de tórax se objetivó una masa hilar derecha con ensanchamiento mediastínico superior y engrosamiento de cisura mayor. Ecografía hepática: imagen hipere-

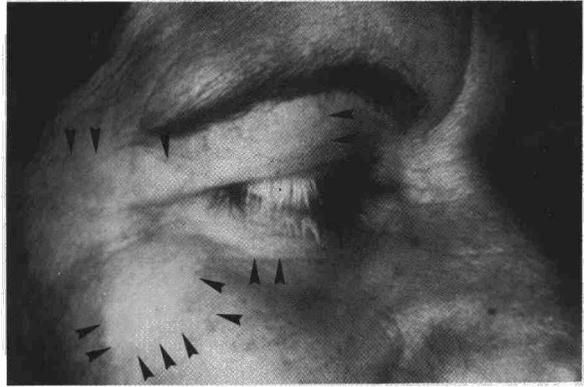


Fig. 1. Área hipopigmentada en región temporal derecha con extensión a párpados y pestañas.

cogénica de 5 cm de diámetro en lóbulo derecho. Gammagrafía ósea normal. Tomografía axial computarizada: no alteraciones a nivel craneal. Agrandamiento tumoral bilateral de ambas suprarrenales con zonas centrales necróticas. Broncofibroscopia: en la cara externa del bronquio principal derecho, bajo la salida del lobar superior, existía una neoformación con algún punto necrótico estenosando parcialmente la luz bronquial, que biopsiada fue informada como carcinoma broncogénico indiferenciado de células pequeñas.

Las alteraciones cutáneas paraneoplásicas dependen de varios mecanismos en relación con la producción y liberación tumoral de proteínas o polipéptidos con actividad biológica. Aunque no son raras su frecuencia exacta es difícil de establecer, variando del 7 al 21 % según autores<sup>3,6,7,9</sup>, debido a la propia definición de síndrome paraneoplásico, etiología desconocida en la mayor parte de los casos y, lo más importante, falta de estudios prospectivos en grandes series<sup>2</sup>.

La importancia de estas alteraciones, pese a su rareza, reside en<sup>2,6,9</sup>: a) puede ser el primer síntoma, lo que permitiría un diagnóstico precoz; b) pueden simular una metástasis induciendo erróneamente a instaurar un tratamiento paliativo en lugar de curativo; c) por el contrario, una metástasis puede simular un síndrome paraneoplásico y no darse el tratamiento apropiado; d) puede usarse como marcador tumoral en los ya tratados para detectar recidivas precoces.

Los criterios que relacionan ambas anomalías, una vez excluidas todas las causas conocidas del síndrome son el tiempo de comienzo y el curso paralelo de ambas, así como la excepcionalidad del síndrome dermatológico aislado<sup>2,6</sup>. Ambos se cumplen en nuestro caso.

L.M. Entrenas Costa, F. Santos Luna,  
L. Muñoz Cabrera, A. Salvatierra Velázquez,  
C. Baamonde Laborda y A. Cosano Povedano  
Unidad Médico-Quirúrgica Aparato Respiratorio.  
Hospital Regional Reina Sofía. Córdoba.

Recibido el 22-1-1986 y aceptado el 2-4-1986.