



Metástasis en nódulo linfático subpleural: ¿qué lugar ocupa en la estadificación TNM de un carcinoma pulmonar no microcítico?

Sr. Director: Comentamos el caso de una paciente de 67 años, quien presentó un adenocarcinoma en el lóbulo superior derecho y bocio endotorácico con compresión traqueal.

Inicialmente se practicó una tiroidectomía total por vía cervical, pero la paciente presentó un absceso dentario en el postoperatorio, lo que retrasó la cirugía pulmonar. Se efectuó toracotomía con intención curativa 80 días después de que se la hubiera estadificado clínicamente como T2N0M0 (E1b). Durante la intervención se advirtió una importante pro-

CARTAS AL DIRECTOR

gresión de la enfermedad y se constató la invasión del cuerpo vertebral de D3; asimismo se apreciaron un nódulo subpleural de 5 mm en el lóbulo medio y adenopatías mediastínicas e hiliares, todos ellos con afección neoplásica. Se decidió finalizar la cirugía asumiendo el fracaso quirúrgico. El diagnóstico anatomopatológico del nódulo del lóbulo medio fue de metástasis ganglionar subpleural de adenocarcinoma.

Evidentemente, lo primero que debería discutirse a la luz de los hechos es la conveniencia de haber realizado una nueva estadificación tras el lapso transcurrido antes de la toracotomía. Sin embargo, el motivo de esta comunicación es la estadificación definitiva o patológica, en torno a la cual han surgido algunos interrogantes sobre un punto algo impreciso en la estadificación TNM vigente para el cáncer pulmonar no microcítico, un tema poco desarrollado en publicaciones internacionales. ¿La metástasis ganglionar subpleural debe interpretarse como factor N o M dentro de la clasificación? Si es N, ¿qué grado debemos asignar, considerando que la adenopatía se encuentra en otro lóbulo? Conociendo la posibilidad de “diseminación linfática retrógrada” y de *skip* metástasis, ¿podríamos descartar la diseminación linfática y considerar M esta lesión, sólo por estar a distancia del tumor primario?

Según la última revisión del Sistema Internacional de Estadificación de 1997 (TNM), los “ganglios intrapulmonares comprometidos por extensión directa” del tumor primario se consideran N1, mientras que los “nódulos tumorales”

separados del tumor primario que asientan en otros lóbulos son M1¹. No queda claro cómo considerar los ganglios intrapulmonares con asiento en otros lóbulos. Tampoco es posible incluirlos en otros ítems descritos en la estadificación. No se especifica si los ganglios intrapulmonares deben incluirse dentro de la denominación de “nódulos tumorales”.

Por otra parte, estudios recientes sobre la anatomía de las vías linfáticas han puesto fin a las concepciones simplistas de las primeras descripciones anatómicas y han demostrado vías de diseminación linfática mucho más complejas, como la doble comunicación de las escalas ganglionares con el conducto torácico y la circulación sistémica, o las *skip* metástasis. Incluso plantean la posibilidad de diseminación linfática translobular y transcisural sobre la base de estudios de linfogammagrafía con galio². Esto último puede tornar más confusa aún la expresión “ganglios intrapulmonares comprometidos por extensión directa”, que se utiliza para definir los N1.

No hemos encontrado en la literatura médica casos similares al aquí expuesto, con afección metastásica de ganglios intrapulmonares subpleurales que asentaban en un lóbulo distinto del tumor primario pulmonar.

Algunos artículos han intentado fijar pautas diagnósticas para diferenciar, mediante estudios tomográficos, los ganglios linfáticos intrapulmonares benignos de los nódulos metastáticos. Otros describen la concomitancia de nódulos linfáticos subpleurales sin malignidad con carcinomas pulmonares, pero ninguno con metástasis ganglionar subpleural^{3,4}.

Consideramos excepcional este hallazgo y, por lo tanto, es poco probable demostrar su relevancia pronóstica mediante estudios estadísticos. El pronóstico desfavorable de nuestra paciente estuvo además marcado por tratarse de un T4. En todo caso, a fines académicos, creemos que nos encontramos ante un punto poco definido en la bibliografía.

**Carlos Alberto Rombolá,
Pablo León Atance
y Antonio Honguero Martínez**

Servicio de Cirugía Torácica.
Complejo Hospitalario Universitario
de Albacete. Albacete. España.

1. Mountain CF. Revisions in the system for staging lung cancer. *Chest*. 1997;111:1710-7.
2. Riquet M. Direct lymphatic drainage of lung segment to the mediastinal nodes. An anatomic study on 260 adults. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1989;97:623-32.
3. Hyodo T, Kanazawa S, Dendo S, Kobayashi K, Hayashi H, Kouno Y, et al. Intrapulmonary lymph nodes: thin-section CT findings, pathological findings, and CT differential diagnosis from pulmonary metastatic nodules. *Acta Med Okayama*. 2004; 58:235-40.
4. Oyama S, Murayama T, Bando K, Hasegawa Y, Taniguchi M, Nakata M, et al. Three cases of small intrapulmonary lymph nodes coincidental with primary lung cancer. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi*. 2001;39:434-7.