



Consideraciones en el diagnóstico y tratamiento de un carcinoma broncogénico asociado a neumotórax espontáneo y bullas

Sr. Director: Hemos leído con mucho interés el artículo recientemente publicado en su revista "Carcinoma broncogénico asociado a neumotórax espontáneo y bullas" de Martín et al¹, en el que se destaca una asociación entre la enfermedad bullosa pulmonar y un carcinoma broncogénico de célula no pequeña, cuyo síntoma inicial fue un neumotórax espontáneo. A este respecto nos gustaría realizar algunas consideraciones que creemos interesantes, tanto en el manejo diagnóstico como terapéutico del caso.

En primer lugar nos parece correcto que, ante la falta de reexpansión pulmonar completa tras la inserción del drenaje pleural, se realice una tomografía axial computarizada (TAC), como método diagnóstico de elección, previa comprobación de la correcta localización y funcionamiento del drenaje pleural, causa habitual del fracaso². En su artículo en la TAC se describe la existencia de un infiltrado o atelectasia del lóbulo pulmonar inferior derecho, que no se refiere que haya sido estudiado con otros métodos diagnósticos, como la fibrobroncoscopia, esencial en el análisis histológico y para descartar lesiones endobronquiales que pudieran explicar una posible etiología de la falta de reexpansión pulmonar. Por este motivo, suponemos que al paciente, que fue tratado mediante una videotoroscopia (VTC) por un neumotórax espontáneo sin reexpansión pulmonar, se le realizó previamente una fibrobroncoscopia.

En relación con el tratamiento, no tenemos constancia del aspecto macroscópico de las bullas resecaadas, pero en los casos en los que existe una mínima duda está justificado realizar un estudio anatomopatológico intraoperatorio. La existencia de un hábito tabáquico (2 paquetes/día) y una evolución tórpida del proceso apoyan el hecho de que se pudiera tratar de un neumotórax espontáneo secundario a alguna enfermedad pulmonar, aparte del enfisema, y por tanto el estudio histológico intraoperatorio estaría justificado.

Por último, el descubrimiento accidental de un carcinoma broncogénico dentro de una zona pulmonar bullosa es poco frecuente, pero no excepcional^{3,4}, y su tratamiento debe seguir el patrón establecido de resección pulmonar con fines curativos, es decir, lobectomía pulmonar y linfadenectomía mediastínica. La segmentectomía atípica en el carcinoma broncogénico solamente está justificada en los pacientes que presentan una función respiratoria límite, que no permite una resección pulmonar mayor, puesto que se ha descrito un aumento de la probabilidad de sufrir una recurrencia tumoral local con esta resección^{5,6}. Por estas razones creemos que en este paciente joven, con un carcinoma broncogénico no células pequeñas y sin criterios que contraindicaran la resección

mayor, debería haberse tratado mediante una lobectomía pulmonar y una linfadenectomía mediastínica, aunque su realización, como es el caso, pueda estar dificultada por la pleurodesis con talco.

En resumen, proponemos nuestro protocolo de actuación para los casos de un neumotórax espontáneo sin reexpansión pulmonar completa. Tras comprobar la correcta localización y funcionamiento del drenaje debe realizarse una TAC y una fibrobroncoscopia. Establecida la necesidad de una exploración quirúrgica con las pruebas anteriores, la VTC con biopsia y estudio anatomopatológico intraoperatorio debe ser el tratamiento de elección. Si el diagnóstico es de bullas subpleurales ha de procederse a una pleurodesis mediante abrasión pleural mecánica. En el caso de confirmarse la existencia de un carcinoma broncogénico, con criterios de operabilidad oncológica, se debe completar la lobectomía pulmonar y una linfadenectomía mediastínica, que es el tratamiento actual que ofrece mayores posibilidades de curación.

- 1 Martín A, Vilá M, López A. Carcinoma broncogénico asociado a neumotórax espontáneo y bullas. Arch Bronconeumol 2001;37:101-2.
- 2 Sahn SA, Scott Miller K. Chest tubes. Indications, technique, management and complications. Chest 1987;91:258-4.
- 3 Venuta F, Rendina EA, Pescarmona EO, De Giacomo T, Vizza D, Flaishman I, et al. Occult lung cancer in patients with bullous emphysema. Thorax 1997;52:289-90.
- 4 Goldstein MJ, Snider GL, Lieberston M, Poske RM. Bronchogenic carcinoma and giant bullous disease. Am Rev Respir Dis 1968;97:1062-70.
- 5 Cerfolio RJ, Allen MS, Trastek VF, Deschamps C, Scanlon PD, Pairolero PC. Lung resection in patients with compromised pulmonary function. Ann Thorac Surg 1996;62:348-51.
- 6 Warren WH, Faber LP. Segmentectomy versus lobectomy in patients with stage I pulmonary carcinoma. Five years survival and patterns of intrathoracic recurrence. J Thorac Cardiovasc Surg 1994;107:1087-93.

P. Rodríguez Suárez, F. Rodríguez de Castro^a y J. Freixinet Gilart

Servicios de Cirugía Torácica y ^aNeumología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.



Coriocarcinoma mediastínico. A propósito de un caso

Sr. Director: Los tumores mediastínicos de células germinales son entidades poco frecuentes (del 3 al 15% de todos los tumores mediastínicos), y de muy mal pronóstico. Se clasifican en teratomatosos (maduros, inmaduros y mixtos), y no teratomatosos (seminoma, tumor del seno endodérmico y coriocar-

cinoma)¹. A este último tipo pertenece el caso que presentamos. Es muy importante que este tipo de tumores sean diagnosticados y tratados de forma temprana, ya que la quimioterapia asociada a la cirugía puede lograr remisiones completas². No obstante, su identificación puede llegar a ser difícil.

Describimos el caso de una mujer de 55 años con antecedentes de artritis reumatoide de 20 años de evolución, sin ningún otro antecedente o hábito tóxico significativo, que presenta cuadro brusco de disnea de medianos esfuerzos y tos. Se realiza una radiografía de tórax que demuestra un derrame pleural derecho masivo, un hilio derecho discretamente ensanchado y nódulos pulmonares bilaterales. Una tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal, confirma la presencia de nódulos pulmonares bilaterales, así como la sospecha de una masa mediastínica. La analítica es normal excepto por una LDH de 748 U/l (superior a 240 U/l). La broncoscopia no muestra alteraciones endobronquiales y el broncoaspirado es negativo para células malignas. La ecografía y la exploración ginecológica descartan un tumor en esta localización. La gammagrafía ósea y la resonancia magnética nuclear cerebral son normales. El estudio citológico del líquido pleural es negativo para células malignas. Se orienta el caso como un carcinoma broncogénico central versus metástasis de origen desconocido. Posteriormente, se realiza un estudio analítico de marcadores tumorales en el que destaca la elevación de la hormona gonadotropínica coriónica (HCG), con valores de 354.000 ng/ml. La sospecha radiológica de una masa mediastínica asociada a un aumento de la HCG (superior a 500 ng/ml) se considera suficiente para el diagnóstico de coriocarcinoma mediastínico. Se realizan 3 ciclos de quimioterapia con cisplatino, y se obtiene una remisión completa clínica, analítica y radiológica. La paciente es remitida a nuestro Servicio para realizar cirugía de las lesiones residuales, practicándose una resección en cuña múltiple.

El interés de este caso radica en la extrema rareza de estos procesos, siendo particularmente el coriocarcinoma mediastínico la forma más infrecuente. En el momento del diagnóstico, la mayoría de pacientes ya presenta clínica debido a compresión o invasión local de estructuras mediastínicas, debido a las metástasis (90%). En general, el diagnóstico se basa en la clínica y la radiografía de tórax: masa en mediastino anterior, lesiones metastásicas pleuropulmonares o derrame pleural³. En la analítica, generalmente, se aprecia un aumento de la enzima beta-HCG o de la alfa-fetoproteína (valores superiores a 500 ng/ml) y aumento de la LDH (mayor de 240 U/l). Es útil conseguir un fragmento para análisis histológico por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) mediastínica y/o biopsia guiada por TAC, pero no es imprescindible. Una masa mediastínica asociada a niveles de alfa-fetoproteína o beta-HCG mayores de 500 ng/ml basta para el diagnóstico y permite iniciar el tratamiento quimioterápico⁴.

La cirugía de estos tumores está indicada siempre después de la quimioterapia y una vez confirmada la normalización de marcadores, debiendo intentarse la resección completa de toda lesión residual, ya que está descrito