

Metastasectomía pulmonar bilateral simultánea de un carcinoma de glándulas sudoríparas

F.J. Algar Algar, A. Álvarez Kindelán, E. Fuentes Vaamonde^a, A. Salvatierra Velázquez, C. Baamonde Laborda y F.J. López Pujol

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Mujer de 51 años con un carcinoma de glándulas sudoríparas (CGS) en la axila derecha tratado mediante cirugía radical y radioterapia, que 6 años después presentó metástasis pulmonares bilaterales múltiples. Se resecaron nueve nódulos en ambos pulmones a través de una toracotomía anterolateral bilateral transesternal (*clamshell*). La paciente recibió seis ciclos de quimioterapia adyuvante postoperatoria con cisplatino y 5-fluorouracilo. En la actualidad, a los 3 años de seguimiento, no ha habido recidivas intratorácicas, y la paciente se encuentra asintomática y con buena calidad de vida.

Palabras clave: Carcinoma de glándulas sudoríparas. Metastasectomía pulmonar. Toracotomía anterolateral transesternal.

Introducción

Las neoplasias de las glándulas sudoríparas son excepcionales. Su frecuencia se encuentra alrededor del 0,05% de todas las neoplasias resecaadas quirúrgicamente¹. Existen varios tipos histopatológicos, de los que aproximadamente el 10% corresponde al carcinoma de glándulas sudoríparas (CGS). La localización del CGS es variable. Cuando aparece en la axila hay que descartar, en primer lugar, la existencia de tejido mamario ectópico. La mayoría de estos carcinomas puede ser tratado de forma satisfactoria mediante cirugía radical con radioterapia locorregional. En su evolución puede acontecer metástasis a distancia. Presentamos el caso de un CGS de axila derecha resecaado, con metástasis pulmonares bilaterales múltiples 6 años después, que requirió una metastasectomía bilateral simultánea.

Observación clínica

En enero de 1992, una mujer de 51 años fue diagnosticada de un carcinoma apocrino de glándulas sudoríparas en la axila

Simultaneous bilateral pulmonary metastasectomy of carcinoma of the sweat glands

A 51-year-old woman with carcinoma of the right axillary sweat glands was treated by radical surgery and radiotherapy. Six years later she developed multiple bilateral lung metastases. Nine nodes were resected from both lungs using a clamshell approach (bilateral transternal, anterolateral thoracotomy). After surgery, the patient received 6 cycles of adjuvant chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil. Three years after treatment, no intrathoracic recurrences had occurred and the patient was asymptomatic, with good quality of life.

Key words: Carcinoma. Sweat glands. Pulmonary metastasectomy. Transternal anterolateral thoracotomy.

derecha. La paciente fue sometida a cirugía radical seguida de radioterapia locorregional (66 Gy) en la axila y fosa supraclavicular derechas. Seis años después, en una revisión rutinaria, se objetivó la presencia de nódulos pulmonares bilaterales múltiples en una radiografía de tórax, muy sugestivos de corresponder a lesiones metastásicas. Una tomografía axial computarizada (TAC) torácica realizada entonces confirmó la presencia de múltiples nódulos pulmonares bilaterales (fig. 1). La paciente fue sometida a una punción-aspiración con aguja fina de uno de los nódulos, guiada por TAC, en la que se confirmó la existencia de metástasis de un carcinoma apocrino de glándulas sudoríparas. Hasta ese momento, la paciente había permanecido asintomática, sin adenopatías periféricas palpables y sin evidencia de recurrencia clínica local ni a distancia.

Se realizó una evaluación preoperatoria y un estudio de extensión extratorácica consistente en una TAC cerebral y abdominal, una gammagrafía ósea y una mamografía bilateral, sin apreciarse metástasis en otras localizaciones. Asimismo, se practicó una fibrobroncoscopia, que no demostró signos de afección del árbol traqueobronquial. En enero de 1998, la paciente fue sometida a una metastasectomía pulmonar bilateral simultánea, a través de una toracotomía anterolateral transesternal (*clamshell*). Se encontraron 9 metástasis pulmonares. La mayor de ellas afectaba al lóbulo medio y al lóbulo superior derecho, adyacente al hilio pulmonar. Las demás lesiones se encontraron en el lóbulo superior derecho (una), el lóbulo inferior derecho (una), el lóbulo superior izquierdo (2) y el lóbulo inferior izquierdo (4). Se practicó una bilobectomía media y superior derecha, seguida de múltiples resecciones en cuña, englobando las lesiones descritas. El procedimiento se completó con una linfadenectomía hilar y mediastínica.

Correspondencia: Dr. F.J. Algar Algar.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba.
Correo electrónico: med015662@nacom.es

Recibido: 19-11-2001; aceptado para su publicación: 8-1-2002.

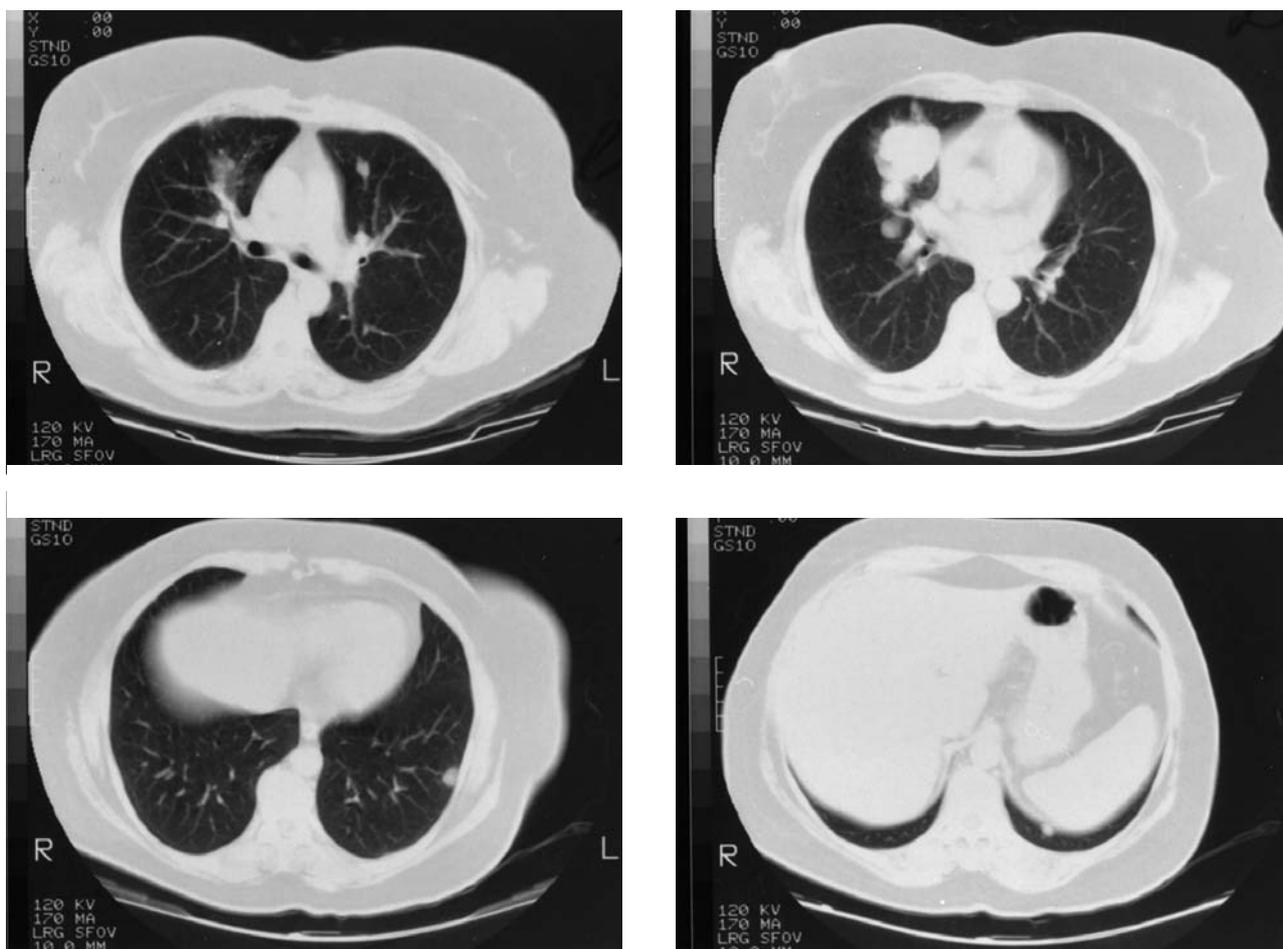


Fig. 1. Tomografía axial computerizada (TAC) torácica en la que se muestran múltiples metástasis pulmonares bilaterales de un carcinoma de glándulas sudoríparas.

Macroscópicamente, las piezas resecadas presentaban nódulos blanquecinos bien delimitados, cuyos diámetros oscilaban entre 0,9 y 4 cm, sin conexión bronquial en ningún caso. Se identificaron seis ganglios linfáticos sin aspecto neoplásico. Microscópicamente, se demostró que se trataba de metástasis de un carcinoma apocrino, con necrosis focal, invasión vascular y frecuentes mitosis, sin conexión bronquial ni metástasis ganglionares. La imagen histológica fue similar a la del tumor axilar, aunque peor diferenciado. El tumor primario axilar se encontraba en la dermis y el tejido celular subcutáneo, multinodular, de 4-7 cm de dimensiones máximas, con glándulas sudoríparas apocrinas adyacentes y sin tejido mamario ectópico. Asimismo, se aislaron 19 ganglios linfáticos, siete de ellos metastásicos (fig. 2a). Las metástasis pulmonares presentaban nidos tumorales sólidos y luces glandulares revestidas por células cúbicas con amplio citoplasma eosinófilo, con ocasionales gránulos PAS positivos intracitoplásmicos y un núcleo grande, vesiculoso, con nucleolo evidente. De forma multifocal se observaba secreción por decapitación (fig. 2b).

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta al noveno día de la intervención en buen estado clínico. Posteriormente, fue sometida a seis ciclos de quimioterapia adyuvante con cisplatino y 5-fluorouracilo. En la actualidad, tras 3 años de seguimiento, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Discusión

Las neoplasias de las glándulas sudoríparas son una rareza. Su frecuencia oscila alrededor de un 0,05% de todas las neoplasias resecadas¹. La primera descripción de una neoplasia de este tipo fue hecha en 1859 por Lotzbeck. Pero no fue hasta 1922 cuando Schiefferdecker diferenció estas neoplasias en apocrinas y ecrinas². La gran variabilidad en los hallazgos histológicos de estas neoplasias, unido a su rareza, ha contribuido a que exista cierta confusión a la hora de clasificarlas. La clasificación realizada por Lever y Schaumburg-Lever¹ incluye: tipo clásico, carcinoma mucinoso, carcinoma adenoide quístico, carcinoma ecrino, carcinoma anexal microquístico, adenocarcinoma papilar digital agresivo y carcinoma de células apocrinas.

Las glándulas apocrinas se localizan fundamentalmente en axila, pubis, prepucio, escroto, pezón y areola mamaria. En el presente caso, los hallazgos histológicos coincidieron con los de un carcinoma de células apocrinas y consistieron en células glandulares atípicas con citoplasma eosinófilo y secreción por decapitación³. Cuando un CGS se localiza en la axila, debe descartarse en primer lugar la existencia de tejido mamario ectópi-

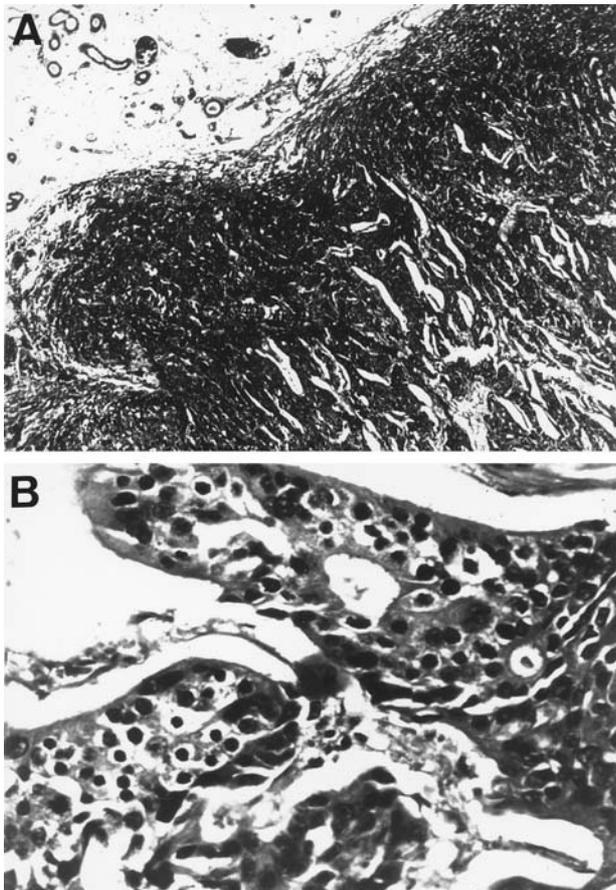


Fig. 2: a) Imagen microscópica del tumor primitivo de axila. Se observan células tumorales adyacentes a glándulas sudoríparas axilares apocrinas (tinción con hematoxilina-eosina 25). b) Imagen microscópica de una metástasis pulmonar de glándula apocrina en la que se evidencian nidos tumorales y glándulas conformadas por células grandes con citoplasma eosinófilo, oncocítico y frecuentes mitosis (tinción con HE 400).

co. Asimismo, el CGS debe diferenciarse de carcinomas metastásicos de riñón, glándulas salivares y nasofaringe³. En nuestro caso, una investigación minuciosa descartó un origen distinto al de la piel de la axila derecha.

La diferenciación histológica del carcinoma de glándulas sudoríparas en alto y bajo grado tiene su fundamento en la frecuencia de recurrencia local y de metástasis a distancia. La supervivencia a los 5 años en la variante indiferenciada de alto grado es prácticamente nula⁴. El tratamiento de elección consiste en la resección radical con márgenes de seguridad. Aún no está claro el papel de la quimioterapia y la radioterapia adyuvantes; Whittington et al⁵ comunicaron su experiencia con radioterapia en 17 pacientes con CGS, con resultados poco alentadores.

Las metástasis a distancia, como las del pulmón, pueden tener un curso asintomático y descubrirse tardíamente cuando la enfermedad se encuentra muy extendida. Para Coonley et al⁶ la quimioterapia en el CGS metastásico tiene un papel limitado, ya que sólo obtuvo cuatro respuestas parciales de 20 pacientes tratados. El

tratamiento de la enfermedad metastásica, por tanto, no está definido. No obstante, la cirugía puede ofrecer algún beneficio en casos seleccionados⁷: tumor primitivo controlado, ausencia de metástasis en otras zonas, posibilidad de extirpar la totalidad de las metástasis y existencia de una adecuada función pulmonar pre y postoperatoria. Existen algunos antecedentes en el tratamiento quirúrgico de las metástasis pulmonares del CGS. Zamboni et al⁸ publicaron un caso de CGS con enfermedad pulmonar metastásica bilateral, que requirió cirugía sobre ambos hemitórax a través de dos toracotomías consecutivas, permaneciendo libre de enfermedad durante un período de seguimiento de 2 años. Osaki et al⁹ comunicaron tres metástasis pulmonares bilaterales en una paciente con un carcinoma apocrino de glándulas sudoríparas de axila, que requirió resecciones en cuña a través de dos toracotomías consecutivas. Tres años después sufrió una recidiva unilateral, que también fue resecada. El caso que presentamos es el único que aborda el tratamiento quirúrgico de la enfermedad metastásica bilateral del CGS de forma simultánea a través de una toracotomía anterolateral bilateral transesternal (*clamshell*). Esta vía, redescubierta gracias a su utilización en el trasplante bipulmonar, ofrece una visión excelente de ambos campos pulmonares y del mediastino, y es de elección en la enfermedad metastásica bilateral, al abordar ambos hemitórax en un mismo tiempo quirúrgico¹⁰.

Aunque no existen muchos casos publicados que evalúen la eficacia del tratamiento quirúrgico de la enfermedad metastásica del CGS, nuestra experiencia sugiere que la vía de elección en la enfermedad bilateral es la toracotomía anterolateral bilateral transesternal. La metastasectomía, en casos seleccionados, consigue aumentar las tasas de supervivencia, ofreciendo una buena calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopathology of the skin. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 1990; p. 635-9.
2. JF, Conway H. An analysis of sweat gland tumours. Surg Gynecol Obstet 1965;121:343-8.
3. Paties C, Taccagni GL, Papotti M, Valente G, Zangrandi A, Aloï F. Apocrine carcinoma of the skin: a clinicopathologic immunocytochemical and ultrastructural study. Cancer 1993;71:375-81.
4. El-Domeiri AA, Brasfield RD, Huvos AG, Strong EW. Sweat gland carcinoma: a clinico-pathologic study of 83 patients. Ann Surg 1973;173:270-4.
5. Whittington R, Browning ME, Farrell GR, Miremadi A. Radiation therapy and chemotherapy in malignant sweat gland tumors. J Am Dermatol 1986;15:1093-7.
6. Coonley CJ, Schauer P, Kelsen DP, Sordillo P, Huvos AG. Chemotherapy of metastatic sweat gland carcinoma. A retrospective review. Am J Clin Oncol 1985;8:307-11.
7. Todd TR. The surgical treatment of pulmonary metastases. Chest 1997;112:287-90.
8. Zamboni AC, Zamboni WA, Ross DS. Malignant eccrine spiradenoma of the hand. J Surg Oncol 1990;43:131-3.
9. Osaki T, Kodate M, Nakanishi R, Mitsudomi T, Shirakusa T. Surgical resection for pulmonary metastases of sweat gland carcinoma. Thorax 1994;49:181-2.
10. Bains MS, Ginsberg RJ, Jones WG, McCormack PM, Rush VW, Burt ME, et al. The clamshell incision: an improved approach to bilateral pulmonary and mediastinal tumors. Ann Thorac Surg 1994;58:30-3.