



Tumor pulmonar neuroendocrino tipo I: recidiva local con afectación mediastínica

Sr. Director: El tumor carcinoide bronquial representa el 1-2% de las neoplasias pulmonares¹. Su nomenclatura ha permanecido en constante revisión durante las últimas décadas. En 1982 la Organización Mundial de la Salud clasificó estos tumores en carcinoides típicos y atípicos. En la clasificación de Dresler et al², de 1997, se denomina carcinoma neuroendocrino tipo I al carcinoide típico de clasificaciones previas, lo que pone de manifiesto que no se trata de un proceso benigno, sino de un carcinoma de bajo grado de malignidad dentro del espectro de los tumores neuroendocrinos pulmonares. Según la serie de Pareja et al³, más de dos tercios de los carcinoides resecaados pertenecerían a este grupo.

Presentamos el caso de una mujer de 27 años, por lo demás sana, sometida a una bilobectomía inferior y media con el diagnóstico de tumor carcinoide bronquial (pT₁N₁M₀). El estudio histológico demostró un tumor formado por células de tamaño medio, poligonales, con citoplasmas levemente granulares y núcleos redondos de aspecto uniforme y escasamente hiper cromáticos. Las mitosis eran escasas. Estas células se organizaban confiriendo al tumor un patrón de crecimiento organoide (fig. 1). Con inmunohistoquímica presentaban una expresión muy fuerte de cromogranina. El borde de resección bronquial se informó como libre de neoplasia.

La paciente permaneció libre de enfermedad durante 7 años hasta que, en una radiografía de rutina, se apreció un ensanchamiento mediastínico. El estudio fue ampliado con una tomografía computarizada que demostró una adenopatía paratraqueal derecha de 2,5 cm de diámetro, ausente en los estudios previos. La tomografía por emisión de positrones

puso de manifiesto un foco hipercaptante paratraqueal derecho, coincidente con la lesión visible en la tomografía computarizada. Una fibrobroncoscopia objetivó una tumoración de 0,5 cm en el muñón bronquial. La biopsia bronquial fue informada como tumor carcinoide, mostrando positividad para cromogranina en el panel inmunohistoquímico practicado.

Con el diagnóstico de recidiva de tumor carcinoide se procedió a la reintervención completándose la neumonectomía y realizándose linfadenectomía hiliomediastínica, incluida una adenopatía paratraqueal derecha de 5 cm de diámetro. El diagnóstico anatómopatológico fue de recidiva bronquial de tumor carcinoide con metástasis en un ganglio paratraqueal. El resto de adenopatías y el borde de resección no presentaron afectación neoplásica (pT₁N₂M₀). La paciente no ha presentado sintomatología general de síndrome carcinoide en ningún momento.

La afectación ganglionar mediastínica se encuentra en el 4,15% de los carcinomas neuroendocrinos tipo I según el estudio multicéntrico español EMETNE-SEPAR⁴. En este estudio presentaron recidiva local dos pacientes de 261. Las supervivencias globales a los 5 y 10 años fueron mayores del 93%. Filosso et al⁵ encontraron diferencias significativas en el pronóstico de estos enfermos, tanto en el caso de la afectación ganglionar como de las recurrencias. Sin embargo, la correcta evaluación de la repercusión de las recurrencias y de la afectación mediastínica en el pronóstico resulta especialmente difícil en los carcinoides típicos dado el limitado número de casos.

Desde el punto de vista terapéutico, existen discrepancias en la bibliografía respecto a la conveniencia de la cirugía conservadora de parénquima. Mientras que algunos autores defienden que la supervivencia a largo plazo de las resecciones conservadoras no se modifica por la afectación nodal⁶, para otros la extensión ganglionar de la enfermedad representa una contraindicación de la broncoplastia¹.

El caso que presentamos suma dos mecanismos de agresividad poco frecuentes en el carcinoide típico: la recidiva local y la afectación mediastínica ganglionar. Por este motivo resulta difícil establecer con exactitud sus implicaciones pronósticas. Sin embargo, pone de manifiesto la importancia de practicar una

cirugía oncológicamente curativa y una linfadenectomía reglada que permita estadificar correctamente a estos enfermos.

J.E. Rivo Vázquez, E. García Fontán y M.A. Cañizares Carretero

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Xeral-Cies. Vigo. Pontevedra. España.

1. Kurul IC, Topçu S, Tastepe I, Yazici U, Altinok T, Çetin G. Surgery in bronchial carcinoids: experience with 83 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;21:883-7.
2. Dresler CM, Ritter JH, Patterson GA, Ross E, Biley MS, Wick MR. Clinical-pathologic analysis of 40 patients with large cell neuroendocrine carcinoma of the lung. *Ann Thorac Surg* 1997;63:180-5.
3. Pareja E, Arnau A, Artigues E, Peiró F, Hostalet F, Martín E, et al. Tumores carcinoides bronquiales: un estudio prospectivo. *Arch Bronconeumol* 1998;34:71-5.
4. García-Yuste M, Matilla JM, Álvarez-Gago T, Duque JL, Heras F, Cerezal LJ, et al. Prognostic factors in neuroendocrine lung tumors: a Spanish Multicenter Study. Spanish Multicenter Study of Neuroendocrine Tumors of the Lung of the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (EMETNE-SEPAR). *Ann Thorac Surg* 2000;70:258-63.
5. Filosso PL, Rena O, Donati G, Casadio C, Ruffini E, Papalia E, et al. Bronchial carcinoid tumors: surgical management and long-term outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2002;123:303-9.
6. El Jamal M, Nicholson AG, Goldstraw P. The feasibility of conservative resection for carcinoid tumors: is pneumonectomy ever necessary for uncomplicated cases? *Eur J Cardiothorac Surg* 2000;18:301-6.

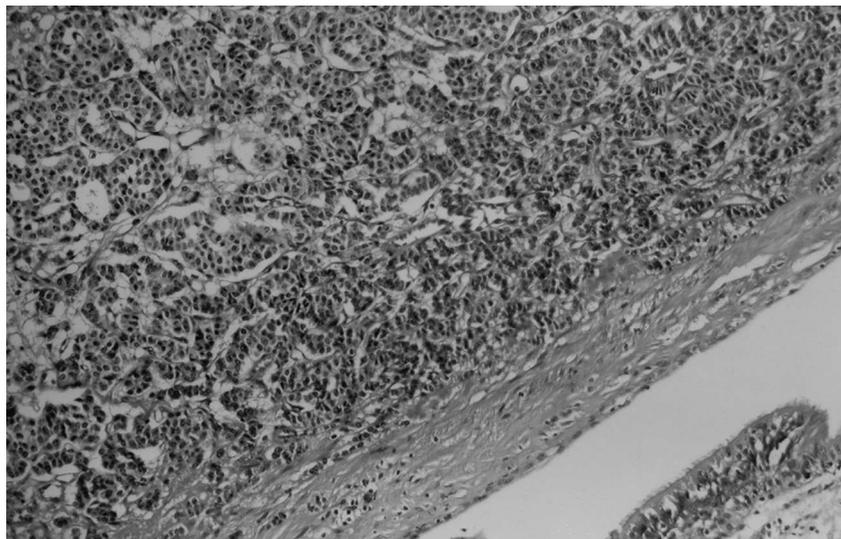


Fig. 1. Epitelio bronquial normal (esquina inferior derecha), con proliferación de tejido neoplásico en la luz del bronquio.