

Presentación equívoca del carcinoma bronquioloalveolar

Sr. Director: El carcinoma bronquioloalveolar (CBA) es una neoplasia primitiva pulmonar que tiene su origen en la periferia del pulmón y que sigue un patrón de crecimiento característico a lo largo de los sacos y ductos alveolares respetando la arquitectura pulmonar. Su presentación clínica y radiológica es muy variable, pudiendo simular cualquier enfermedad crónica o aguda, lo que supone una dificultad añadida para su diagnóstico¹.

Presentamos un caso de CBA cuya primera manifestación fue un patrón radiológico micronodular sugerente de tuberculosis miliar.

Paciente de 34 años, ayudante técnico sanitario, no fumador, con un abuelo y un hermano muertos por cáncer de pulmón, que consultó por molestias torácicas, inespecíficas localizadas sobre todo en hemitórax izquierdo, de 2 meses de evolución. No refería otra sintomatología acompañante. La exploración física no reveló ningún dato de importancia. Hemograma, VSG, sedimento urinario, proteinograma, ionograma, pruebas de función hepática y renal normales. La radiografía del tórax mostraba un infiltrado nodular pequeño (menor de 3 mm) difuso. Mantoux negativo, BK en esputo reiteradamente negativo. Con la sospecha de TBC miliar se realizó fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial, con el resultado anatomopatológico de carcinoma bronquioloalveolar. Se solicitó TAC torácica (fig. 1) que fue informada como un patrón nodular de pequeño tamaño, bilateral diseminado, masa hilar izquierda y adenopatías mediastínicas. El paciente fue remitido al servicio de oncología para tratamiento y los controles radiológicos posteriores demostraron una lenta tendencia a la coalescencia de los nódulos.

El CBA sigue dos patrones radiológicos distintos: una forma localizada, como nódulo solitario, y una forma difusa que puede ser multinodular o aparentando una consolidación neumónica². La forma multinodular puede estar constituida por nódulos pequeños, medianos o grandes, cuyos márgenes son típicamente poco definidos, espiculados y con tendencia a coalescer. Debido a la distinta velocidad de crecimiento de los nódulos, éstos no son uniformes en su tamaño³. El pronóstico de esta forma difusa es nefasto.

Se supone que el origen de esta forma de presentación reside en un tumor multicéntrico que se disemina por vía aerógena o linfática, o bien representaría la manifestación de una metaplasia pulmonar difusa que originaría áreas multifocales de tumor⁴.

El diagnóstico del CBA requiere la exclusión de un adenocarcinoma primario de

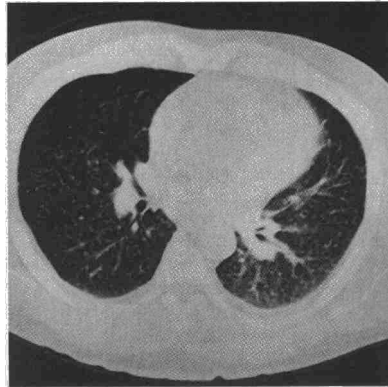


Fig. 1. TAC torácica. Patrón nodular difuso.

cualquier localización, pues las metástasis pulmonares de estos pueden presentar un patrón de crecimiento similar. Aunque característicamente se trata de un tumor periférico sin afectación bronquial, la fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial puede ser suficiente para obtener confirmación histológica, evitando la realización de la biopsia pulmonar abierta⁵.

Queremos destacar la gran variabilidad radiológica del CBA que le ha valido el apelativo de "gran imitador" y que en nuestro caso, debido al tamaño uniforme de los nódulos, nos hizo pensar inicialmente en el otro gran simulador: la TBC pulmonar, en su forma miliar.

J.A. Royo, M. Barrueco y F. Gómez

Servicio de Neumología.
Hospital Clínico. Salamanca.

1. Velilla J, López-Galindo MP, Pérez-Trullen A et al. Carcinoma bronquioloalveolar. Arch Bronconeumol 1987; 23:289-297.
2. Ludington LG, Verska JJ, Howard T et al. Bronchiolar Carcinoma (Alveolar Cell), Another Great Imitator: A Review of 41 Cases. Chest 1972; 61:622-628.
3. Marzano MJ, Deschler T, Mintzer RA. Alveolar Cell Carcinoma. Chest 1986; 86:123-128.
4. Sutton LN, Morrison JF, Rees MR. Radiographic features and prognosis in bronchioloalveolar carcinoma; a local experience. Respir Med 1989; 83:471-477.
5. Thomas J, Tullet WM, Stack BH. Bronchioloalveolar cell carcinoma: a 21 year retrospective study of cases at the Western Infirmary, Glasgow. Br J Dis Chest 1985; 79:132-140.