

Metástasis endobronquiales. Presentación de siete casos

J.M. Cantera Maortua, M.A. Torres Nieto*, M.V. Sacristán López, A. Martín Herraéz y R. Visedo Orden

Servicios de Medicina Interna y * Anatomía Patológica. Hospital General. Segovia.

Se presentan siete casos de metástasis endobronquiales de las vías aéreas principales. Los tumores primarios fueron: adenocarcinoma de intestino grueso (3 casos), adenocarcinoma gástrico (2 casos), adenocarcinoma de próstata (1 caso) y leiomioma de útero (1 caso). Las manifestaciones clínicas y radiológicas sugerían enfermedad de las vías aéreas mayores, evidenciándose lesiones endoscópicas con características de malignidad en los seis casos en que se realizó broncofibroscopia. En los siete pacientes existía una afección de los bronquios lobares o principales.

En cinco casos, el diagnóstico del tumor primitivo precedió al de la metástasis con un período comprendido entre 2 y 8 años; en un paciente ambos diagnósticos se hicieron simultáneamente y en el restante el diagnóstico de la metástasis endobronquial precedió al del tumor primitivo.

El diagnóstico de enfermedad metastásica se basó en las características histológicas de las biopsias bronquiales junto al conocimiento de la existencia de un tumor extratorácico con similitud histológica al del tumor bronquial.

Arch Bronconeumol 1992; 28:375-377

Endobronchial metastases. Report of seven cases.

We report seven cases of endobronchial metastases of the main airways. Primary tumors were: adenocarcinoma of the large intestine (3 cases), gastric adenocarcinoma (2 cases), prostatic adenocarcinoma (1 case), and leiomyoma of the uterus (1 case). Clinical and radiologic manifestations suggested disease of the main airways. Fiberoptic bronchoscopy was performed in 6 patients and in all cases we observed endoscopic lesions with characteristics of malignancy. The main lobar bronchi were affected in all 7 patients. In 5 cases the diagnosis of primitive tumor preceded that of metastases by 2 to 8 years. In one patient both diagnosis were made simultaneously, and in the remaining patient the diagnosis of endobronchial metastasis preceded that of the primitive tumor. The diagnosis of metastatic disease was based on the histologic characteristics of the bronchial biopsies and on the presence of an extrathoracic tumor with histologic similarities with the bronchial tumor.

Introducción

El pulmón es uno de los órganos donde con mayor frecuencia metastatizan los tumores extratorácicos y se han hallado metástasis pulmonares hasta en el 30 % de los pacientes fallecidos por neoplasias extratorácicas.

La incidencia de la afección metastásica endobronquial es difícil de evaluar ya que depende de los criterios que se utilicen para su definición. Si se acepta como tal la invasión del árbol traqueobronquial a partir de masas parenquimatosas o ganglios linfáticos, ésta llega a ser de un 40 %¹, pero si sólo se acepta como tal la afección metastásica primaria endobronquial, su incidencia parece muy baja, inferior al 5 %².

Presentamos siete pacientes con metástasis endobronquiales que se manifestaron clínicamente como enfermedad de las vías aéreas principales.

Casos clínicos

En las tablas I y II se resumen las características clínicas de los pacientes.

El diagnóstico del tumor primitivo precedió al de la metástasis en cinco pacientes, siendo simultáneo en otro. En el paciente restante, el diagnóstico de la metástasis precedió en un año al del tumor primitivo.

Se realizó broncofibroscopia en seis pacientes, evidenciando en todos los casos alteraciones endoscópicas sugerentes de malignidad, confirmándose mediante biopsia bronquial.

En el paciente en que no se realizó broncofibroscopia, el diagnóstico se hizo por el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica (lobectomía).

Recibido el 23-1-1992 y aceptado el 31-3-1992.



TABLE I
Resumen de casos clínicos

Caso n.º	1	2	3	4
Edad	62 años	65 años	60 años	66 años
Sexo	Mujer	Varón	Mujer	Mujer
Tumor primario	Útero	Próstata	Recto	Sigma
Intervalo tumor 1.º metástasis	8 años	2 años	8 años	5 años
Síntomas	Fiebre, tos, expectoración	Disnea, pérdida de peso	Fiebre, tos, dolor torácico	Hemoptisis
Rx tórax	Neumonía y atelectasia de LID	Atelectasia de LID. Infiltrados bilaterales	Masa cavitada en LID	Normal
Broncofibroscopia	Masa neoplásica en BID	Masas neoplásicas en BSD	No hecha	Masa neoplásica en BSI
Tipo histológico	Leiomiomasarcoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
Tratamiento	Lobectomía	Fosfato de estramustina	Lobectomía	Resección atípica y resección con láser
Evolución	Metástasis contralateral a los 2 años	Normalización radiológica. Vivo a los 4 años	Pérdida evolución	Viva a los 2 años

LID: lóbulo inferior derecho; BID: bronquio inferior derecho; BSD: bronquio superior derecho; BI: bronquio intermediario; BSI: bronquio superior izquierdo

TABLE II
Resumen de casos clínicos

Caso n.º	5	6	7
Edad	65	56	80
Sexo	Varón	Varón	Mujer
Tumor primario	Sigma	Estómago	Estómago
Intervalo tumor 1.º metástasis	2 años	Diagnóstico de metástasis precedió en 1 año al del primario	Diagnóstico simultáneo
Síntomas	Fiebre, tos, escalofríos	Tos y expectoración	Tos y expectoración
Rx tórax	Neumonía y atelectasia de LM	Neumonía y atelectasia de LID	Atelectasia de LSI
Broncofibroscopia	Masas neoplásicas con necrosis en BLM y BID	Infiltrado neoplásico de BI y BID	Infiltrado neoplásico en BSI
Tipo histológico	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
Tratamiento	5-fluoracilo y ácido folínico	Cisplatino y VP-16	Ninguno
Evolución	No respuesta	Remisión radiológica y endoscópica. Recidiva local al año	

LM: lóbulo medio; LID: lóbulo inferior derecho; LSI: lóbulo superior izquierdo; BLM: bronquio del lóbulo medio; BID: bronquio inferior derecho; BI: bronquio intermediario; BSI: bronquio superior izquierdo

En los tres pacientes con tumores primarios de intestino grueso, en el de próstata y en el leiomiomasarcoma de útero, el aspecto histológico de las biopsias bronquiales sugería el lugar de origen del primario. En los dos casos de adenocarcinoma gástrico, las características histológicas de las biopsias bronquiales sugerían un origen metastásico, pero sin poder especificar el lugar del primario.

Discusión

La afección endobronquial de las metástasis pulmonares parece frecuente cuando se considera como tal la extensión endobronquial a partir de masas parenquimatosas. Así, Mohsenifar et al¹, en un estudio de pacientes con tumores primarios extrapulmonares y con nódulos pulmonares metastásicos, únicos o múltiples, hallan una afección endobronquial en el 38 % de

los casos. Chuang et al³ en un estudio de metástasis pulmonares incluyendo infiltrados intersticiales y nódulos registran una afección endobronquial en el 18 %.

Sin embargo, cuando sólo se considera la afección metastásica endobronquial primaria y que se manifiesta clínicamente como afección de las vías aéreas mayores, la incidencia parece menor. En un estudio necrópsico, Braman y Whitcomb² observan una afectación metastásica de las vías aéreas mayores en sólo el 2 % de los pacientes fallecidos por tumores extratorácicos.

Los tumores que con mayor frecuencia producen este tipo de metástasis endobronquiales son los de intestino grueso, riñón y mama^{2,4,5}, mientras que la afección secundaria a leiomiomasarcoma de útero y a

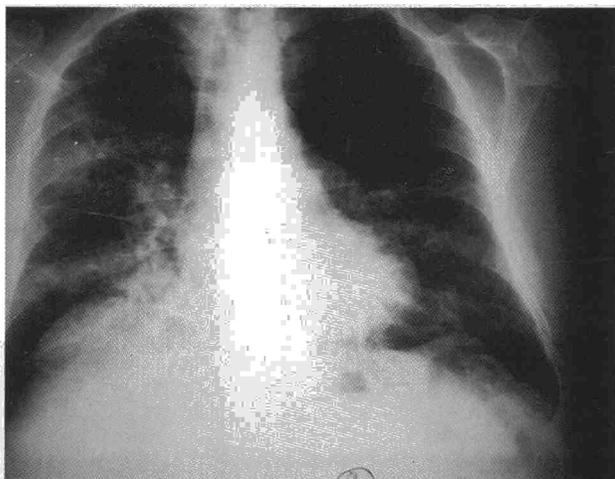


Fig. 1. Infiltrados alveolares bilaterales (caso 2).

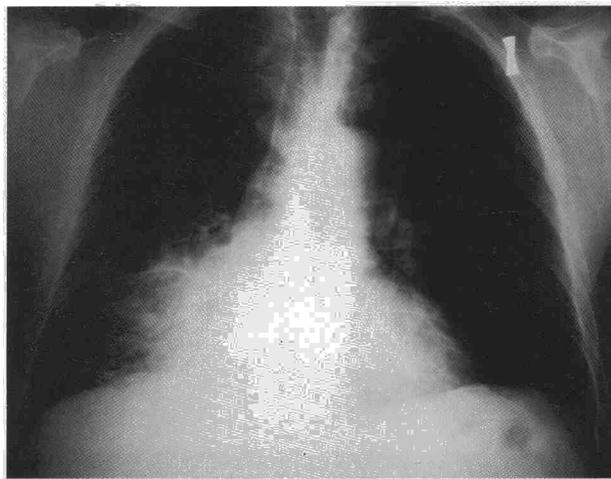


Fig. 3. Neumonía obstructiva en lóbulo medio (caso 5).

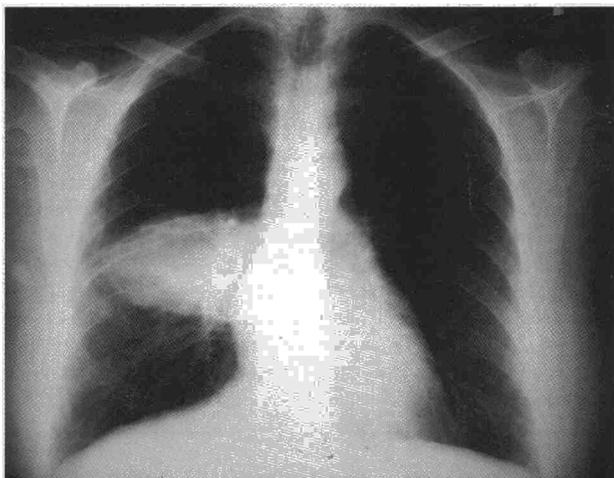


Fig. 2. Absceso pulmonar en segmento apical del lóbulo inferior derecho secundario a obstrucción bronquial metastásica (caso 3).

adenocarcinoma gástrico parecen poco frecuentes; de hecho, en la literatura revisada sólo se han encontrado descritos dos casos de leiomioma uterino⁴ y uno de adenocarcinoma gástrico⁶.

En la mayoría de los casos, como en cinco de nuestros pacientes, el diagnóstico del tumor primitivo precede al de la metástasis con un tiempo variable que puede llegar a ser hasta de 17 años^{4,5,7}. Con menor frecuencia, el diagnóstico de la metástasis precede al del tumor primario⁴ o ambos diagnósticos se realizan simultáneamente⁶, como sucedió en dos de nuestros pacientes.

La presentación clínica y radiológica de seis de los pacientes sugería enfermedad de las vías aéreas mayores (figs. 1, 2 y 3); el paciente restante se presentó con hemoptisis y radiografía de tórax normal, presentación no infrecuente en los tumores broncogénicos^{8,9}.

La broncofibroscopia y biopsia bronquial fueron diagnósticas en los seis casos en que se realizó. En algunas ocasiones el aspecto histológico sugiere el lugar de origen del tumor primario^{2,6}, como ocurrió en cinco de nuestros pacientes: los tres con adenocarcinoma de intestino grueso, el de próstata y el leiomioma de útero. En otras ocasiones, las características histológicas sugieren el origen metastásico, pero sin poder especificar el origen del primario^{2,6,10}, como ocurrió en los dos pacientes con metástasis de adenocarcinoma gástrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mohsenifar Z, Chopra SK, Simmons DH. Diagnostic value of fiberoptic bronchoscopy in metastatic pulmonary tumors. *Chest* 1978; 74:369-371.
2. Braman SS, Whitcomb ME. Endobronchial metastasis. *Arch Intern Med* 1975; 135:543-547.
3. Chuang MT, Padilla ML, Teirstein AS. Flexible fiberoptic bronchoscopy in metastatic cancer to the lungs. *Cancer* 1983; 52:1949-1951.
4. Shepherd MP. Endobronchial metastatic disease. *Thorax* 1982; 37:362-365.
5. Baumgartner WA, Mark JD. Metastatic malignancies from distant sites to the tracheobronchial tree. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 79:499-503.
6. De la Calle del Moral F, Ladaría Ferrer A, López-Bermejo Muñoz E, Úll Laita M, Moggi-Zafferani V, Ballesteros Fernandez JA. Metástasis endobronquiales. A propósito de seis observaciones. *Arch Bronconeumol* 1979; 15:184-186.
7. Carlin BW, Harrell JH, Olson LK, Moser KM. Endobronchial metastases due to colorectal carcinoma. *Chest* 1989; 96:1110-1114.
8. Poe RH, Israel RH, Marin MG et al. Utility of fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and a nonlocalizing chest roentgenogram. *Chest* 1988; 93:70-75.
9. Lederle FA, Nichol KL, Parenti CM. Bronchoscopy to evaluate hemoptysis in older men with nonsuspicious chest roentgenograms. *Chest* 1989; 95:1043-1047.
10. De Beer RA, Garcia RL, Alexander SC. Endobronchial metastases from cancer of the breast. *Chest* 1978; 73:94-96.