

CARCINOMAS ADENOIDES QUISTICOS DE LOCALIZACION TRAQUEOBRONQUIAL: PRESENTACION DE SIETE CASOS

J. Zapatero Gaviria, E. Pérez Rodríguez*, J. Lago Viguera, L. Madrigal Royo, B. Baschwitz Gómez, R. Peñalver Pascual, A. Golpe Gómez*, S. Domínguez Reboiras*, L. Fogué Calvo** y J. Candelas Barrios.

Servicio de Cirugía Torácica, * Servicio de Neumología y ** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Los carcinomas adenoides quísticos, antes denominados cilindromas, representan hoy en día un grupo bien diferenciado de tumores dentro de los carcinomas glandulares bronquiales. Se presentan 7 casos (3 en tráquea, 1 en carina principal y 3 en bronquios: 2 en bronquio principal y 1 en bronquio lóbulo inferior derecho), destacándose el valor de la fibrobroncoscopia para determinar la ubicación y naturaleza de estas lesiones. La cirugía asociada a la radioterapia representa el tratamiento de elección, siendo importante el estudio peroperatorio de los bordes de resección, con lo cual se han conseguido buenos resultados en la serie revisada.

Arch Bronconeumol 1989, 25: 220-223

Introducción

Los carcinomas adenoides quísticos, inicialmente descritos como cilindromas, han estado incluidos durante muchos años dentro del clásico grupo de los adenomas. Recientemente la OMS los incluye dentro de los carcinomas glandulares bronquiales, junto a los carcinomas mucoepidermoides, constituyendo hoy en día un grupo bien diferenciado de tumores¹.

Revisando la casuística de nuestro servicio entre 1977 y 1987, encontramos 80 casos intervenidos quirúrgicamente por patología de la vía aérea superior, y dentro de ellos existían 7 carcinomas adenoides quísticos de localización traqueobronquial, que constituyen el objetivo de este trabajo.

Recibido el 13-2-1989 y aceptado el 6-6-1989.

Cystic adenoid carcinoma of tracheobronchial localization: report of seven cases

Cystic adenoid carcinomas, previously called cilindromas, are today a well defined group among glandular bronchial carcinomas. Seven cases are reported (3 in the trachea, 1 in the main carina and 3 in bronchi: 2 in main bronchus and 1 in right lower lobe bronchus), with emphasis on the usefulness of fibrobronchoscopy to determine the localization and character of these lesions. Surgery associated to radiotherapy represents the therapy of choice. The preoperative analysis of the resection rim is important, having led to good results in the present series.

Material y métodos

La edad media fue de 44,66 años con un rango comprendido entre los 35 y los 66 años. Existían un total de 4 hombres (57,14 %) y 3 mujeres (42,85 %).

Clínicamente el síntoma más frecuente fue la tos en 4 casos (66,6 %), seguido por la disnea en 3 (50 %), hemoptisis en 2 (33,5 %), neumonía recidivante en 2 (33,3 %), dolor torácico en 2 (33,3 %), mientras estridor, fiebre o prurito se referían cada uno de ellos en un sólo caso, siendo descubierto a su vez uno de los pacientes como hallazgo radiológico al ser efectuado un reconocimiento por otra causa.

De los siete tumores, tres estaban localizados a nivel de la tráquea (2 cervical y 1 torácica), uno a nivel de carina principal, uno en bronco tronco derecho, otro en bronco tronco izquierdo y el restante a nivel del bronquio lobar inferior derecho tras el estudio radiotomográfico que le fue practicado (fig. 1).

La fibrobroncoscopia comprobó la ubicación de los tumores, practicándose biopsia bronquial con dos o más muestras en cinco casos, siendo en todos ellos positiva, mientras que uno de los casos, localizado en bronco tronco derecho, fue diagnosticado mediante una única toma de biopsia, en el cual a su vez la citología del broncoaspi-



Fig. 1. Plano tomográfico (9 cm) donde se pone de manifiesto una gran desviación de la tráquea y una obstrucción del bronquio principal derecho por una tumoración.



Fig. 2. Visión endoscópica donde se aprecia la ocupación de la luz traqueal por una tumoración.

rado era compatible con el diagnóstico, mientras (figs. 2 y 3) que en el caso situado en el bronquio lobar inferior derecho el broncoaspirado también era compatible con un carcinoma adenoide quístico.

En todos los casos se llevó a cabo un estudio de extensión tratando de averiguar la posibilidad de metástasis y otro de las condiciones de operabilidad del paciente mediante espirometría, gasometría y curvas flujo-volumen.

Resultados

Cinco casos fueron intervenidos por toracotomía pósterolateral (4 derecha y 1 izquierda) y dos por cervicotomía transversa. De los casos intervenidos por toracotomía, en uno se practicó una resección de tráquea torácica de unos 3,5 cm de longitud por un tumor situado 1 cm por encima de la carina. En otro caso se practicó una resección carinobronquial con reconstrucción y neoformación de una nueva carina con anastomosis latero-lateral de ambos bronquios principales y de éstos término-terminal a la tráquea (fig. 4, 5 y 6). A su vez hemos realizado dos resecciones de bronco tronco, una derecha y otra izquierda, seguidas de anastomosis término-terminal. En el caso restante intervenidos por vía cervical correspondían a dos carcinomas adenoide quísticos localizados en tráquea cervical reseccándose en un caso 2,5 cm y en otro 4 cm de la tráquea, seguido de anastomosis término-terminal, siempre con sutura reabsorbible.

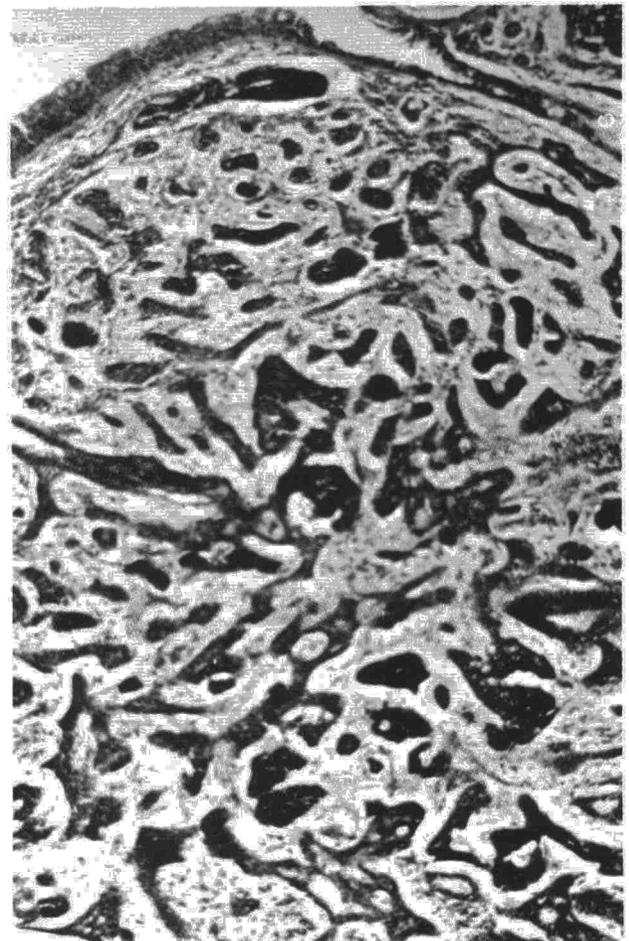


Fig. 3. Proliferación subepitelial en cordones y nidos que adopta patrón adenoide quístico (HE \times 10).

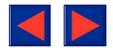


Fig. 4. Plano tomográfico (10 cm) que muestra una gran tumoración a nivel de la carina principal.

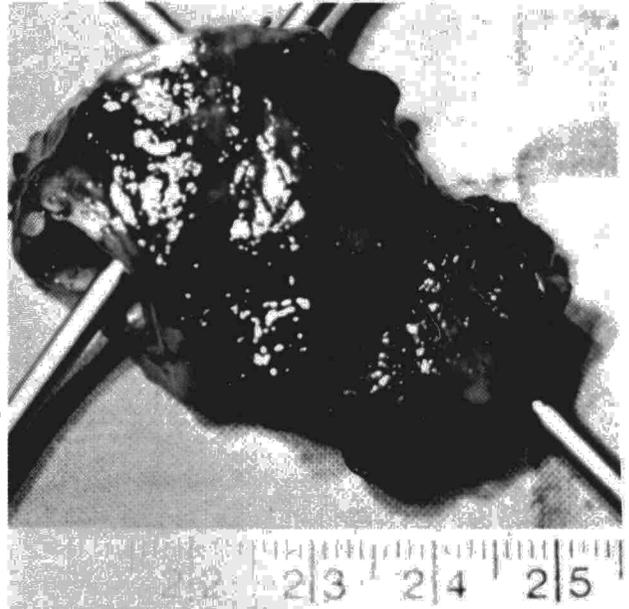


Fig. 6. Pieza de resección carinal donde apreciamos el gran tamaño de la tumoración.

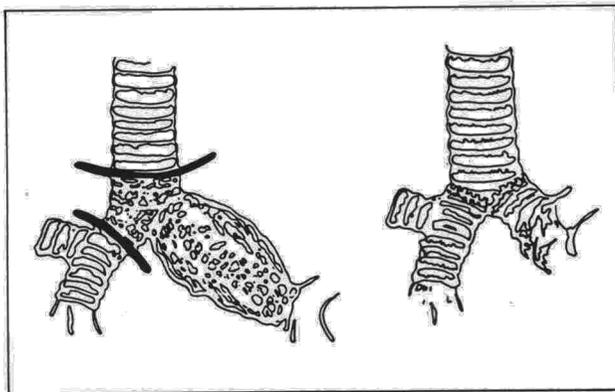


Fig. 5. Esquema de reconstrucción quirúrgica efectuada a nivel de la carina.

Los cuatro casos localizados a nivel traqueal fueron tratados con radioterapia complementaria con una dosis comprendida entre 4.500-5.500 rads, por estar el borde de resección quirúrgico afecto en uno de los casos y en los otros tres como tratamientos adyuvante.

El caso de tráquea torácica presentó a los cuatro años una metástasis en lóbulo inferior derecho, siendo tratada mediante lobectomía inferior derecha

y falleciendo a los cinco años y medio de la primera cirugía tras recidiva traqueal. De los restantes casos, dos viven a los 4 años de la cirugía, otro a los 5 años y otro a los 7 años, habiendo fallecido por metástasis cerebrales a los 5 años de la cirugía el caso en que se practicó una resección carinobronquial, mientras el paciente operado de cilindroma en bronquio principal izquierdo murió a los 3 años de la cirugía por un infarto de miocardio.

Discusión

Los carcinomas adenoides quísticos han sido bien individualizados en los últimos años, habiendo sido abandonado el término cilindroma y siendo considerados como auténticos tumores malignos. Estos tumores cuando metastatizan lo hacen frecuentemente a nivel de los ganglios linfáticos regionales, si bien, también son capaces de dar metástasis lejanas por vía hematogena en hígado, riñones, cerebro, tiroides, etc.²

El curso de estos tumores habitualmente es bastante lento, y así suele pasar bastante tiempo entre que aparece el primer síntoma y se llega al diagnóstico de carcinoma adenoide quístico. La sintomatología está derivada de la irritación traqueobronquial o de la obstrucción de la vía aérea, con afectación mayor o menor del estado general³.

En el estudio radiotomográfico traqueobronquial, podremos observar la mayor o menor ocupación endoluminal de la vía aérea, así como delimitar la extensión de la tumoración, siendo frecuente en los casos localizados en bronquio tronco o en algún bronquio lobar la existencia de neumonitis o pérdida de volumen distales⁴.



Endoscópicamente se presentan como unas tumoraciones amplias polipoideas, de base ancha y superficie necrótica, siendo importante para el cirujano determinar la ubicación exacta de la tumoración así como la extensión de la misma, con vista a planear la vía de abordaje y la técnica quirúrgica a practicar, siendo en muchas ocasiones su diagnóstico diferencial macroscópico difícil con el carcinoma broncogénico, de ahí la importancia de la práctica de la biopsia traqueal y/o bronquial⁵.

Su localización más frecuente es a nivel de la tráquea o de ambos bronquios principales, si bien pueden presentarse de muy variadas maneras, hasta en forma de nódulos múltiples⁶.

Histológicamente están formados por células pequeñas, redondeadas, bastante regulares, de coloración oscura que se agrupan de forma característica y suelen exhibir un aspecto adenoide típico, de ahí el nombre de estos tumores. De acuerdo a su conformación se dividen en: tubular, cribiforme y basaloide, siendo estos últimos de mucho peor pronóstico⁷.

El tratamiento idóneo está representado por la cirugía, debiendo tener presente siempre la frecuente infiltración submucosa de los carcinomas adenoides quísticos, de ahí que el estudio intraoperatorio de los bordes de resección resulte fundamental con vistas a obviar al máximo la aparición de recidivas ulteriores^{8,9}.

El papel de la radioterapia complementaria ha sido cuestionado en los últimos años, si bien mantiene su indicación en aquellas tumoraciones grandes, en las cuales el margen de seguridad sea escaso, o en aquellos casos que presenten un borde de resección afecto^{10,11}. En aquellos casos que no puedan ser operados o que presenten recidivas, el láser puede constituir una ayuda importante¹².

El seguimiento de estos pacientes debe de ser realizado no a 5 años, sino incluso a 10 o más años y así

hay descritas recidivas o metástasis más tardías, circunstancia ésta que siempre deberemos tener en cuenta en estos casos¹³.

BIBLIOGRAFIA

1. The World Health Organization. Histological typing of lung tumours. 2nd ed. Am J Clin Pathol 1982; 77:123-136.
2. Gaillard J. Problèmes thérapeutiques posés par les cylindromes trachéo-bronchiques. Ann Chir Thorac Cardiovasc 1979; 33:522-529.
3. Conlan AA, Payne WS, Woolner LB, Sanderson DR. Adenoid cystic carcinoma (cylindroma) and mucoepidermoid carcinoma of the bronchus. Factors affecting survival. J Thorac Cardiovas Surg 1978; 76:369-377.
4. Olmedo G, Rosenberg M, Fonseca R. Primary tumors of the trachea. Chest 1982; 81:701-706.
5. Enterline HT, Schoenberg HW. Carcinoma (cylindromatous type) of trachea and bronchi and bronchial adenoma. A comparative study. Cancer 1954; 7:663-670.
6. Gallagher CG, Stark R, Teskey J, Kryger M. Atypical manifestations of pulmonary adenoid cystic carcinoma. Br J Dis Chest 1986; 80:396-399.
7. Perzin KH, Gullane P, Clairmont AC. Adenoid cystic carcinomas arising in salivary glands. A correlation of histologic features and clinical course. Cancer 1978; 42:265-282.
8. Stalpaert G, Deneffe G, Van Maele R. Surgical treatment of adenoid cystic carcinoma of the left main bronchus and trachea by left pneumonectomy, resection of 7,5 cm of trachea, and direct reanastomosis of right lung. Thorax 1979; 34:554-556.
9. Cleveland RH, Nice CM, Ziskind J. Primary adenoid cystic carcinoma (cylindroma) of the trachea. Radiology 1977; 122:597-600.
10. Vieta JO, Maier HC. The treatment of adenoid cystic carcinoma (cylindroma) of the respiratory tract by surgery and radiation therapy. Dis Chest 1957; 31:493-511.
11. Goodner JT, Berg JW, Watson WL. The nonbenign nature of bronchial carcinoids and cylindromas. Cancer 1961; 14:539-546.
12. Huber RM, Haubinger K, Niebel J, Kohler P, Held E. Adenoid cystic carcinoma masquerading as asthma: resection by laser. Eur J Respir Dis 1986; 69:195-198.
13. Ladefoged C, Bisgaard C, Petri J. Solitary renal metastasis 23 years after extirpation of a bronchial adenoid cystic carcinoma. Scand J Thor Cardiovasc Surg 1984; 18:245-248.