



CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR ORIGINADO EN UN QUISTE BRONCOGENICO

J. FREIXINET, M.A. CALLEJAS, F. PALLISO, M. MARTI, M. MATEU,
J. RAMÍREZ, J.M. LLOVERA y J. SANCHEZ-LLORET

Servicio de Cirugía Torácica. Departamento/Subdivisión de Cirugía.
Departamento Anatomía Patológica. Hospital Clínico y Provincial.
Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Se presenta el caso de una paciente afecta de un quiste broncogénico sobreinfectado, en el que se descubrió en el examen histopatológico la presencia de un carcinoma bronquioloalveolar desarrollado en su interior.

Se discuten los detalles fundamentales del caso y se revisa la literatura médica sobre el tema. La existencia de la posibilidad de malignización de un quiste broncogénico confirma la necesidad del tratamiento quirúrgico precoz de este tipo de lesiones.

Arch Bronconeumol 1987; 23:256-258.

Bronchioloalveolar carcinoma arising
in a bronchogenic cyst

A female patient with an overinfected bronchogenic cyst in which the histological exam uncover a bronchioloalveolar carcinoma is reported.

Relevant information on that case is presented. A review of the literature is also provided. The risk that a bronchogenic cyst may become malignant supports the need for an early surgical approach to this condition.

Introducción

Las lesiones quísticas congénitas de los bronquios y los pulmones son en general poco frecuentes y participan de un origen embrionario común. Su naturaleza y localización depende del momento de la separación de la yema bronquial.

Cuando resultan de la separación precoz se localizan centralmente en el mediastino o en el hilio pulmonar (quistes de pedículo) y difieren en su estructura y evolución de los quistes broncogénicos propiamente dichos, que son de situación más periférica y casi invariablemente tienen comunicación bronquial.

Por regla general permanecen asintomáticos, siendo en gran parte de ocasiones un hallazgo casual al efectuar una exploración radiológica.

La complicación más frecuente es la infección, que suele venir condicionada por la comunicación del quiste con el árbol bronquial. En este caso se producen manifestaciones clínicas de tipo infeccioso con tos, expectoración mucopurulenta y fiebre^{1,2}.

Otras complicaciones descritas son la hemorragia¹ e hiperinsuflación del quiste³.

En un pequeño número de casos ha podido demostrarse la implantación de una neoplasia, habiéndose descrito casos de carcinoma escamoso⁴, adenocarcinoma⁴ y adenocarcinoma bronquioloalveolar⁵.

El hecho de haber diagnosticado y tratado quirúrgicamente en fecha reciente un quiste broncogénico sobreinfectado, en el que apareció en el examen anatomopatológico de la pieza operatoria un adenocarcinoma bronquioloalveolar, es el motivo de este trabajo.

Caso clínico

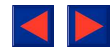
Mujer de 48 años de edad, sin hábitos tóxicos, alérgica a la penicilina, con antecedentes patológicos de apendicectomía a los 30 años. Su enfermedad actual se inició 3 días antes del ingreso y estando previamente bien, en que presentó de forma brusca escalofríos, sensación de fiebre y sudoración, acompañándose además de un dolor en punta de costado izquierdo.

A la exploración física destacaba una hipofonía con desaparición del murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax izquierdo. El estudio radiológico del tórax evidenció un nivel hidroaéreo en el interior de una cavidad de localización posterior en hemitórax izquierdo, confirmándose la imagen quística en la radiografía de tórax en decúbito lateral (fig. 1).

El hemograma presentaba 15.000 leucocitos con desviación a la izquierda de la fórmula leucocitaria.

La toracocentesis permitió obtener un exudado con 8.400 células nucleadas/mm³ (77 % polimorfonucleares, 13 % mononucleadas, 10 % mesoteliales), 600 hemáties/mm³. El cultivo de-

Recibido el 3-12-1986 y aceptado el 23-2-1987.



mostró la presencia de cocos Gram + tipo estreptococo. Todos los estudios en busca de bacilo de Koch, hidatidosis y otros test inmunológicos resultaron negativos.

Se inició tratamiento antibiótico con clindamicina. Se completó el estudio radiológico inicial con la realización de una tomografía axial computarizada torácica, que demostró la presencia de una imagen quística con paredes finas y un nivel hidroaéreo en su interior, sugestiva de quiste broncogénico. La fibrobroncoscopia fue estrictamente normal.

Ante la persistencia del cuadro séptico y la sospecha diagnóstica de quiste broncogénico sobreinfectado, se indicó la intervención quirúrgica. Se realizó una toracotomía posterolateral izquierda, hallando una formación quística intrapulmonar de localización periférica en lóbulo inferior izquierdo. Se realizó la exéresis de la misma. La pieza de resección estaba constituida por varios fragmentos laminares correspondientes a pared de un quiste de 15 cm de diámetro. Histológicamente dicha pared se hallaba compuesta por tejido fibroso revestido en su cara interna por epitelio pseudoestratificado cilado, observando en su porción externa estructuras alveolares con múltiples focos de crecimiento neoplásico de células epiteliales columnares mucinosas, dispuestas tapizando los septos alveolares, dando lugar a la imagen característica de un adenocarcinoma bronquioloalveolar (fig. 2).

El curso postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dada de alta 10 días después.

Discusión

Un quiste broncogénico es una malformación pulmonar que se considera como benigna y cuyo descubrimiento suele ser casual, como consecuencia de un examen radiológico de rutina, o ante la presencia de alguna enfermedad extratorácica. La complicación hallada con mayor frecuencia ha sido la infecciosa, derivada de la comunicación bronquial del quiste y su sobreinfección^{1,2}.

Si bien ha sido descrita anteriormente la presencia de una neoplasia originada en un quiste broncogénico, es una circunstancia poco frecuente. La primera comunicación en la literatura en la que se hace referencia a la misma, es la de Moersch y Clagett en 1947⁴. Desde entonces se han ido refiriendo nuevos casos de neoplasia desarrollada en un quiste broncogénico. Recientemente, Prichard, efectuando una revisión bibliográfica del tema, reúne un total de 12 descripciones en las que una neoplasia asentó sobre un quiste aéreo pulmonar. De ellos, en tres casos el quiste fue catalogado como broncogénico, siendo el resto de quistes definidos como inespecíficos y de origen presumiblemente congénito. En nuestro caso se trataba de un quiste broncogénico, cuya asociación a la variedad mucinosa de adenocarcinoma bronquioloalveolar no había sido descrita hasta que Prichard incluyó dos casos en la serie previamente mencionada. Su trabajo concluye que el hecho de hallar esta asociación apoya la necesidad del tratamiento quirúrgico precoz de los quistes aéreos pulmonares⁶.

La presencia de una neoplasia desarrollada en el interior de un quiste broncogénico o pulmonar congénito ha sido motivo de discusión. La opinión más generalizada es que las lesiones quísticas congénitas tienen un potencial carcinogénico y en ello podría mediar, bien la propia malformación pulmonar como un riesgo primario o bien los

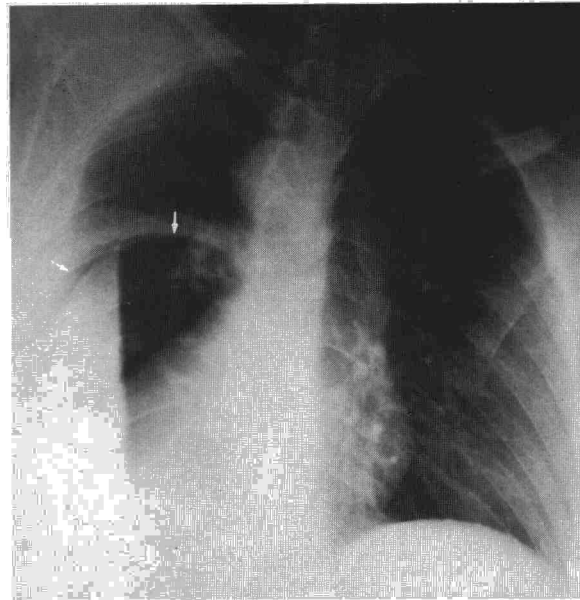


Fig. 1. Radiografía de tórax en decúbito lateral izquierdo: confirmación de la imagen quística con un nivel hidroaéreo en su interior.

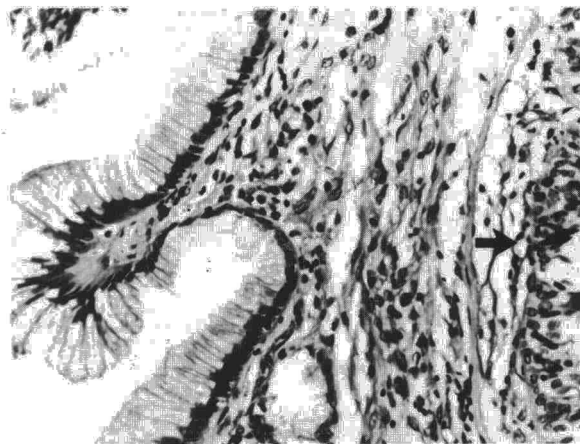
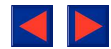


Fig. 2. Revestimiento del quiste por epitelio pseudoestratificado (flecha), bajo el cual se observa tejido conectivo y, en la porción externa, epitelio mucinoso tumoral revistiendo alveolos (HE x 200).

múltiples procesos inflamatorios de repetición que ocurren en un quiste y que inducirían un cáncer cicatricial.

Es también un hecho significativo que en la mayoría de casos, la edad de aparición de la neoplasia es claramente inferior a la que suele observarse en el cáncer broncopulmonar por término medio. También se ha destacado el que el porcentaje de mujeres (50 %), fuera sensiblemente mayor al que se observa en el cáncer de pulmón en general, así como el hecho de haberse presentado mayoritariamente en no fumadores.

En nuestra paciente también se dan estas circunstancias ya que se trataba de una mujer de 48 años de edad y no fumadora, pudiendo considerarse como de bajo riesgo para contraer un cáncer de pulmón.



Este caso, ilustra la necesidad de recomendar la intervención quirúrgica de las lesiones quísticas congénitas pulmonares no sólo cuando originan fenómenos infecciosos, compresivos o hemorragias sino también en aquellos casos que sean asintomáticos a fin de evitar su potencial malignización^{6,7}.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez-Lloret J. Quistes broncogénicos y secuestro bronco-pulmonar. En Agustí Vidal A. Neumología Clínica. Barcelona, Ed. Doyma 1982; 304-307.
2. Burford TH, Ferguson TB. Malformaciones congénitas pulmonares y enfisema. En Gibbon JH, ed. Cirugía Torácica. Barcelona, Ed. Salvat 1980; 647-687.
3. Freixinet J, Catalán M, Callejas MA et al. Quiste broncogénico a tensión simulando un neumotórax. Rev Esp Cir 1984; 2:413-416.
4. Moersch HJ. Pulmonary cysts. J Thorac Surg 1947; 16:179-194.
5. Weit JP, Van Schoenhoven PV. Carcinoma of the lung developing in a congenital cyst. Surgery 1957; 42:1071-1076.
6. Prichard MG, Brown PJE, Sterrett GF. Bronchioloalveolar carcinoma arising in longstanding lung cysts. Thorax 1984; 39:545-549.
7. Hurley P, Corbishley C, Pepper J. Bronchioloalveolar carcinoma arising in longstanding lung cysts. Thorax 1985; 40:960.