

NEUMOTORAX ESPONTANEO COMO FORMA DE PRESENTACION DEL CARCINOMA BRONCOGENICO. A PROPOSITO DE TRES OBSERVACIONES

J. TORRES LANZAS, J.J. RIVAS DE ANDRES*, J. DE MIGUEL PRIETO*
y J.D. PEDREIRA

Servicio de Cirugía Torácica y * Departamento de Medicina Interna.
C.S. Juan Canalejo. La Coruña.

Se presentan tres pacientes con un neumotórax espontáneo (NE), como una forma poco habitual de presentación del carcinoma broncogénico. Dos de los casos se caracterizaron por la dificultad a la reexpansión pulmonar tras el drenaje torácico. La presencia de bullas y la invasión pleural por el tumor fueron probablemente la causa del NE en nuestros pacientes. Se revisa la literatura sobre el tema y los diferentes mecanismos etiopatogénicos que explicarían la presencia del NE asociado al cáncer de pulmón. Se recomienda por lo tanto, el descartar, observando la evolución y realizando las exploraciones necesarias, la existencia de una neoplasia pulmonar en todo paciente mayor de 40 años con un NE, sobre todo si presenta dificultades a la reexpansión.

Arch Bronconeumol 1985; 21:245-247

Spontaneous pneumothorax as the presenting form of bronchogenic carcinoma. Three cases

Spontaneous pneumothorax is an uncommon form of presentation in bronchogenic carcinoma. In two of the cases pulmonary inflation following chest drainage was difficult. The presence of bullae and pulmonary invasion by the tumor may have been the probable cause of pneumothorax. The literature is reviewed for the entity and the different pathogenetic mechanisms responsible for pneumothorax in association with bronchogenic carcinoma. The authors recommend that in patients over 40-years-old presenting with pneumothorax, pulmonary neoplasm should be looked for, especially if reinflation following drainage is difficult.

Introducción

El neumotórax espontáneo (NE), es una forma poco habitual de presentación del carcinoma broncogénico. Con motivo de la publicación de tres nuevos casos, discutiremos los mecanismos etiopatogénicos. El tipo histológico fue en todos ellos escamo-celular.

Observaciones clínicas

Caso 1: Varón de 59 años de edad, fumador de 20 cigarrillos diarios, con antecedentes de bronconeumopatía crónica obstructiva, que ingresó por dolor torácico y disnea. En la radiografía de tórax realizada a su ingreso se objetivó un neumotórax de más del 75 % del hemitórax derecho, bullas de enfisema y una masa parahiliar. Se realizaron varios drenajes torácicos sucesivos ante la dificultad de reexpansión pulmonar, ya que la situación clínica del paciente no permitía la realización de una toracotomía. Una vez conseguida la reexpansión se instiló a través del drenaje clorhidrato de tetraciclina. Se realizaron dos

broncoscopias, aspirándose secreciones espesas poco purulentas, siendo el diagnóstico citológico negativo para células neoplásicas. Dado de alta, ingresó de nuevo cuatro meses más tarde por presentar dolor torácico y aumento de la masa que se observaba en la radiografía de tórax. Se practicó una nueva broncoscopia visualizándose una masa vegetante en el bronquio lobar superior derecho, cuya biopsia mostró un carcinoma epidermoide, el paciente en este momento presentaba un VEMS menor de 800 cc y una PCO₂ de 59 mm de Hg que contraindicaban el tratamiento quirúrgico. El enfermo se trasladó con posterioridad a su domicilio.

Caso 2: Varón de 50 años de edad, fumador de 30 cigarrillos al día, que acudió al hospital por presentar dolor en el hemitórax izquierdo sin otra sintomatología. En la radiografía de tórax se apreció un neumotórax apical izquierdo de un 20 % que se acompañaba de una masa parahiliar de aspecto neoplásico y situada en el lóbulo superior. Se colocó un drenaje endotorácico realizándose posteriormente una broncoscopia que reveló una tumoración endobronquial en la embocadura del bronquio lobar superior izquierdo, cuya biopsia y broncoaspirado fueron negativas para células neoplásicas. Se realizó toracotomía que reveló la existencia de un carcinoma epidermoide, con afectación de los ganglios linfáticos de la ventana interaortopulmonar, tras practicarse neumonectomía, el estudio de la pieza reveló invasión de la pleura visceral por el tumor, no apre-

Recibido el 26-11-1984 y aceptado el 13-4-1985.

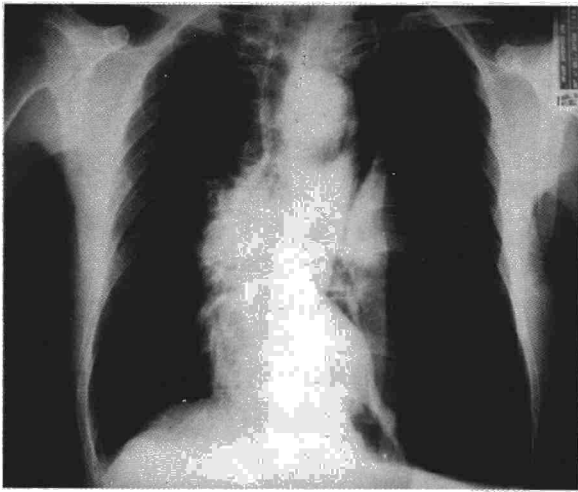
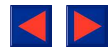


Figura 1

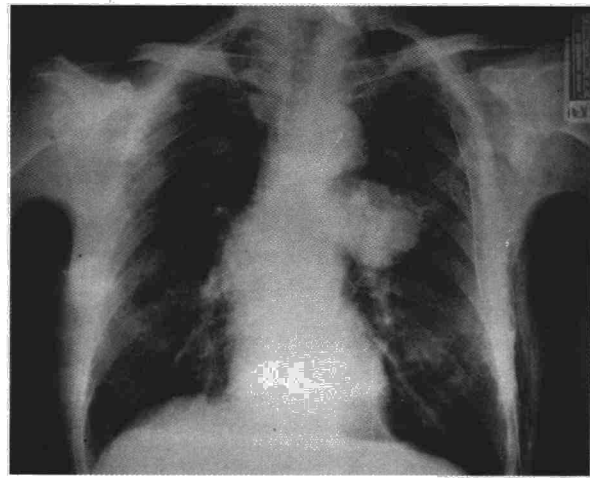


Figura 2

ciándose bullas ni otros hallazgos. Posteriormente el paciente presentó una fistula del muñón bronquial, falleciendo un año y medio más tarde de un cuadro metastásico generalizado.

Caso 3: Varón de 79 años de edad, fumador de más de 20 cigarrillos al día con antecedentes de NE contralateral 10 años antes, tratado con drenaje aspirativo, que acude al hospital por presentar dolor en hemitórax izquierdo. En la radiografía de tórax se objetivó un neumotórax del 100 % del hemitórax izquierdo (fig. 1). Tras la aplicación de drenaje aspirativo se observó una masa parahiliar en el pulmón reexpandido (fig. 2), la broncoscopia mostró una tumoración vegetante que obstruía la luz del segmento 6, siendo el estudio citológico del aspirado bronquial positivo para carcinoma epidermoide. Quince días más tarde, y ante la recidiva del NE se colocó un nuevo drenaje y una vez conseguida la reexpansión pulmonar, se instiló clorhidrato de tetraciclina. El paciente rehusó las medidas terapéuticas que se le indicaron no acudiendo a controles clínicos posteriores.

Comentario

El NE es debido habitualmente a la rotura de bullas pleurales y/o subpleurales situadas en los lóbulos superiores del pulmón. Sólo de forma ocasional se describe asociado a neoplasias pulmonares malignas, en una revisión efectuada en la Clínica Mayo sobre 1.143 NE vistos entre los años 1953 y 1973, sólo en 10 casos se asociaban a neoplasias pulmonares malignas, cuatro de ellas primitivas de pulmón¹. Mahahan en 1975 recoge 20 ca-

sos en la literatura². Laurens et al en 1982 elevan esta cifra hasta 41³. En nuestro país hemos encontrado ocho casos descritos hasta la actualidad⁴⁻⁹, cuyos datos más importantes figuran en la tabla I. El NE se ha asociado a todos los tipos histológicos de cáncer de pulmón aunque con más frecuencia al epidermoide, quizás en relación con su mayor incidencia², o como opina Wright por su mayor tendencia a cavitarse¹⁰, le sigue en frecuencia el adenocarcinoma.

Se han descrito varias teorías para explicar la etiopatogenia del NE en estos pacientes, algunos autores opinan que se trata de dos procesos independientes que ocurren de forma incidental en pacientes con alto riesgo de cáncer de pulmón y enfisema con formación de bullas^{1,2,5,8,9}, la invasión directa por el tumor de la pleura visceral^{1,5-7}, así como la necrosis y cavitación del mismo^{2-4,8,10} han sido demostrados en otras ocasiones como factores desencadenantes del NE. Otros mecanismos que han sido invocados son: formación bronquial por el tumor⁶, necrosis periféricas producidas por embolismos tumorales^{3,6}, ruptura de bullas pulmonares formadas por distensión de las paredes alveolares secundario a la obstrucción bronquial^{1,2,4,5,7,10}, Pacheco Galván et al opinan que el mecanismo obstructivo valvular actuaría sobre bullas previas⁶.

TABLA I
Carcinoma broncogénico y neumotórax espontáneo.
Casos publicados en la literatura española

Autor	Año	Número de casos	Tipo histológico
Alvarez Moro FJ et al ⁴	1979	2	Epidermoide
García de la Oliva T et al ⁵	1979	1	Epidermoide
Pacheco Galván A et al ⁶	1980	1	Anaplásico célula pequeña
García de la Oliva T ⁷	1981	1	Adenocarcinoma
Rodríguez Paniagua JM et al ⁸	1981	2	Indiferenciado
Cameselle R et al ⁹	1984	1	Epidermoide
			Epidermoide



En algunos casos el tumor podría asentar en la pared de una bulla, la radioterapia y la poli quimioterapia han sido señaladas también como causa de NE, probablemente por necrosis periféricas.

En ninguno de nuestros casos se observó cavitación de la tumoración, sin embargo, se objetivaron radiológicamente bullas en el primero, por lo que nos inclinamos a pensar que la ruptura de una de ellas por invasión directa del tumor o bien un mecanismo obstructivo valvular fueron los responsables del NE. El segundo no presentó bullas en el estudio de la pieza de neumonectomía objetivándose solamente invasión de la pleura visceral por el tumor. En el tercero por el contrario no podemos precisar el mecanismo, aunque el antecedente de NE contralateral nos induce a pensar en la presencia de bullas. Es importante destacar la evolución de los casos 1 y 3, con fugas persistentes y/o dificultades a la reexpansión pulmonar. Este tipo de evolución ha sido descrita por diferentes autores, llegándose a afirmar que ante un paciente mayor de 40 años con un NE y dificultades a la reexpansión del pulmón, obliga a sospechar una neoplasia pulmonar subyacente^{4,5,7}, debiéndose realizar broncoscopia y biopsia si se objetiva masa tumoral. Aunque el diagnóstico de sospecha se establece habitualmente ante la presencia de una masa en la radiología de tórax realizada una vez que el pulmón se ha reexpandido^{3,4,7,9}, en algunos casos sin embargo, el diagnóstico de la neoplasia pulmonar se establece semanas o incluso meses después, como aconteció en uno de nuestros pacientes.

Se trata, pues, de tres casos de carcinoma broncogénico cuyo debut clínico acontece con un NE, hecho que como hemos mencionado, se ha reportado pocas veces en la literatura.

BIBLIOGRAFIA

1. Dines DE, Cortese DA, Brennan MD, Hahn RG, Payne WS. Malignant pulmonary neoplasms predisposing to spontaneous pneumothorax. *Mayo Clin Proc* 1973; 48:541-544.
2. Mahahan V, Kunferer CF, Van Ordstrand HS. Pneumothorax. A rare manifestation of primary lung cancer. *Chest* 1975; 68:730-732.
3. Laurens RG, Pine JR, Honig EG. Spontaneous pneumothorax in primary cavitating lung carcinoma. *Radiology* 1983; 146:295-297.
4. Alvarez MF, Molino TC, Maestre JA, Astudillo PJ, Rivas GA. Neumotórax y cáncer de pulmón, una rara asociación. *Radiología* 1979; 21:273-276.
5. García de la Oliva T, Martín PA, Valencia RA, Fernández DA. Neumotórax, una rara presentación del cáncer de pulmón. *Radiología* 1979; 21:469-470.
6. Pacheco GA, Pérez RJ, De la Cruz JR, Folqué L, Sueiro A. Neumotórax espontáneo en el curso evolutivo de un carcinoma primario de pulmón. *Rev Clin Esp* 1980; 159:207-209.
7. García de la Oliva T. Neumotórax y cáncer de pulmón. *Méd Clin (Barc.)* 1981; 77:135.
8. Rodríguez P JM, García SJ, Canseco GF, Varela SG, Ortiz HC, Casillas PM. Neumotórax espontáneo, rara manifestación del carcinoma broncopulmonar. *Arch Bronconeumol* 1981; 17:244-246.
9. Cameselle R, Gil P, Martínez Vázquez C et al. Neumotórax espontáneo como primera manifestación de un carcinoma broncogénico. *Med Clin (Barc.)* 1984; 83:130-131.
10. Wright FW. Spontaneous pneumothorax and pulmonary malignant disease. A syndrome sometimes associated with cavitating tumours. *Clin Radiol* 1976; 27:211-222.