

UN CASO DE CARCINOSARCOMA DE PULMON. REVISION DE LA LITERATURA

R. COLL, C. ALBEROLA *, J. PADILLA **, E. MAYAYO * y V. MARCO.

Servicio de Neumología. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «La Fe». Valencia.

Introducción

El carcinosarcoma es una neoplasia maligna con un componente carcinomatoso y otro sarcomatoso. La localización pulmonar es poco frecuente; en una revisión de todos los cánceres de pulmón examinados en el Instituto de la Tuberculosis de Bucarest¹ supuso el 0,27 por ciento. En la literatura anglosajona se han descrito unos 42 casos y hemos recogido cuatro más en la literatura española²⁻⁵. Aportamos un nuevo caso con la particularidad de ser mujer y tener la edad más joven de todos los publicados.

Observación clínica

Hembra de 21 años, ama de casa, embarazada en la 35 semana de la gestación, sin antecedentes patológicos de interés. Una hermana fue diagnosticada de tuberculosis pulmonar hacía 16 meses. Seis semanas antes del ingreso presentó durante dos días fiebre, dolor pleurítico izquierdo, tos irritativa y disnea. Por este motivo ingresó en otro hospital donde la radiografía de tórax (fig. 1) mostró una opacidad de todo el hemitórax izquierdo, con discreto desplazamiento contralateral del mediastino. Se le practicó una toracocentesis obteniéndose escaso líquido hemático, siendo la bacteriología del líquido negativa. Tenía un hematocrito del 29 % y una V.S.G. de 137 mm. a la primera hora. Recibió antibióticos y corticoesteroides y al no mejorar el cuadro clínico fue remitida a nuestro Servicio en junio de 1979. Al ingreso impresionaba de gravedad con intensa palidez de piel y mucosas. Desde hacía unas 24-48 horas no notaba movimientos fetales, pudiéndose constatar la muerte del feto. Estaba afebril, la frecuencia respiratoria era de 40 respiraciones por minuto y la cardíaca de 80 por minuto rítmicas. Tensión arterial

100/60 mm. Hg. No se palpaban adenopatías. La auscultación cardíaca era normal y la exploración física pulmonar mostraba una matidez a la percusión en todo el hemitórax izquierdo con abolición de función y de la transmisión de las vibraciones vocales. El hematocrito era del 28 %, los leucocitos 19.000 por mm³ con desviación izquierda y los parámetros bioquímicos rutinarios estaban dentro de límites normales. La gasometría arterial respirando aire ambiente mostró, pH 7,42, pO₂ 88 torr. y pCO₂ 20 torr. La radiología de tórax era similar a la descrita con anterioridad. Con la sospecha de derrame pleural más atelectasia se le colocó un tubo de drenaje pleural extrayéndose 1.500 ml. de líquido hemático con grumos de color blanquecino siendo la bacteriología de nuevo negativa. La fibrobroncoscopia mostró una masa blanquecina que ocluía completamente la luz del bronquio principal izquierdo (fig. 2); la histología de las biopsias obtenidas de la masa mostró únicamente tejido necrótico. Al cuarto día de su ingreso presentó una caída brusca del hematocrito que no se remontaba a pesar de las transfusiones recibidas y al no poder objetivar ningún foco hemorrágico extrapulmonar, se practicó una toracotomía exploradora siendo necesaria la resección de todo el pulmón izquierdo, hallándose un derrame pleural mínimo y que el drenaje torá-

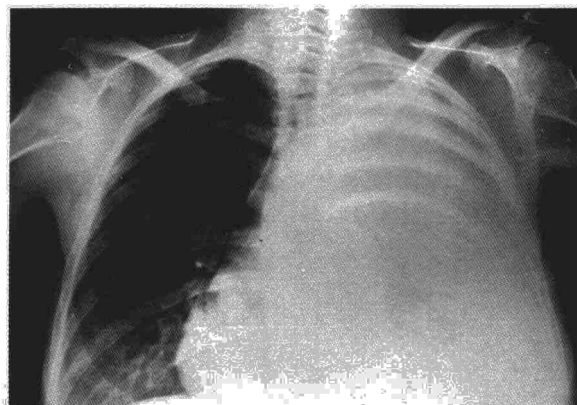


Fig. 1. Rx. de tórax mostrando opacidad del hemitórax izquierdo con discreto desplazamiento del mediastino contralateral.

* Servicio de Anatomía Patológica.

** Servicio de Cirugía Torácica.

Recibido el día 28 de agosto de 1980.

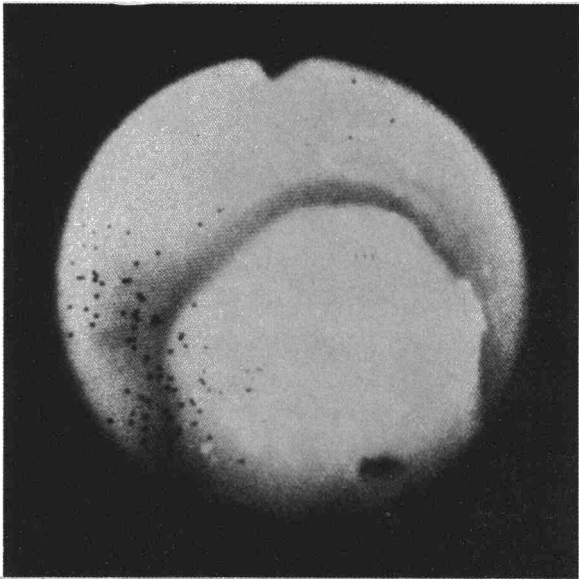


Fig. 2. Imagen endobronquial de una masa blanquecina ocluyendo el bronquio principal izquierdo.

cico estaba situado intraparenquimatosamente. Una broncoscopia con tubo rígido realizada peroperatoria, sorprendentemente no mostró patología endobronquial alguna. Al decimosegundo día de su ingreso tuvo un parto espontáneo de un feto muerto ya que dado su estado no se había considerado oportuno provocárselo con anterioridad; tras sufrir un shock hipovolémico del cual se remontó inicialmente falleció bruscamente veinticuatro horas después, a los diecinueve días de su ingreso.

Examen macroscópico

La pieza operatoria mostraba una tumoración de 8 cm. de diámetro (fig. 3) de color blanco, mal delimitada, con abundantes zonas de necrosis. En las zonas limitantes del tumor se encontró un infarto reciente de 9 cm. de extensión. Existía una total infiltración de la pleura y de la porción de pericardio adherida a la pieza, en forma de nódulos blancos de pequeño tamaño. La luz del bronquio lobar inferior presentaba infiltración tumoral pero no crecimiento endobronquial. Sin embargo, al exprimir el pulmón se desprendían a través del bronquio fragmentos de la masa tumoral lo que podría explicar el no haber visualizado en el acto quirúrgico la imagen endobronquial observada en la fibrobroncoscopia ya que la presencia de la masa endobronquial sería inconstante según se hubieran desprendido trozos de tumor o no en este momento.

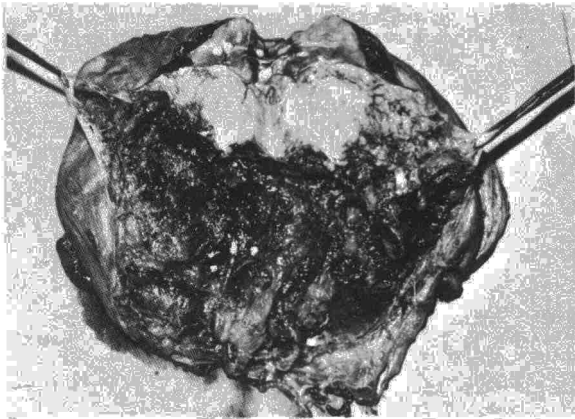


Fig. 3. Pieza de neumonectomía con tumoración en lóbulo superior y amplia zona de infarto.

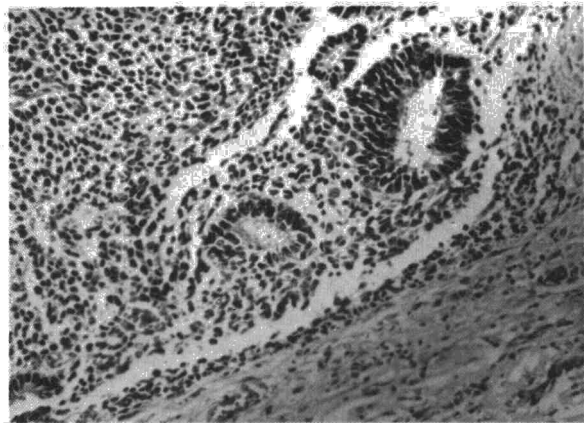


Fig. 5. Zona a mayor aumento en la cual se observa el componente epitelial y sarcomatoso. (HeO 100x).

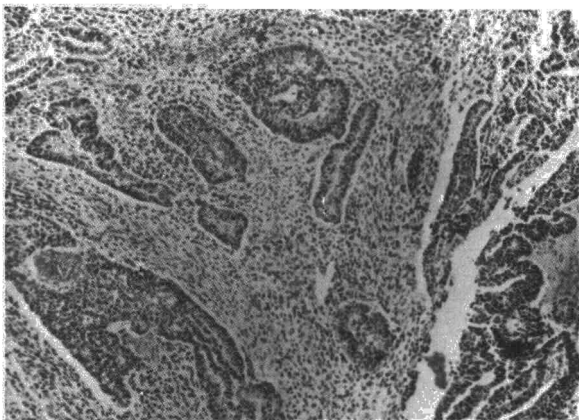


Fig. 4. Infiltración tumoral con estroma sarcomatoso y componente glandular. (HeO 40x).

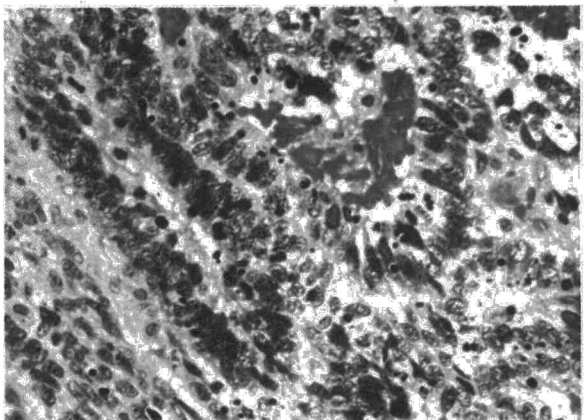


Fig. 6. Luces glandulares con abundantes atipias y mitosis (HeO 400x).

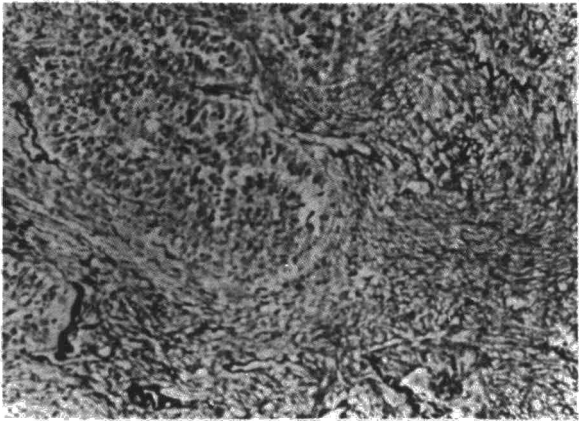


Fig. 7. Abundante reticulina en el tejido sarcomatoso dibujando el contorno glándula. (Garnoni 200x).

Examen microscópico

El estudio histológico mostraba una infiltración tumoral constituida por elementos epiteliales que se disponían en forma glandular, con células mucinógenas, PAS positivas y estroma de aspecto sarcomatoso (fig. 4). En ambos tipos celulares se observaba un acusado hiperchromatismo (fig. 5), con desproporción núcleo-citoplasma, atipias y mitosis abundantes (fig. 6). Con la técnica de Gomori las redes de reticulina eran abundantes en el seno del tejido mesenquimal fibroblástico (fig. 7), dibujando el contorno glandular. En el bronquio existía también infiltración tumoral, observándose las mismas imágenes histológicas en pleura y pericardio. El resto del pulmón mostraba un amplio infarto, encontrándose parénquima conservado a nivel del vértice pulmonar.

Comentarios

El carcinosarcoma de pulmón es una neoplasia encuadrada en el grupo de tumores mixtos y carcinosarcomas de la clasificación histológica de la O.M.S.⁶. La localización por orden de frecuencia es útero, hipofaringe, esófago y por último en el pulmón⁷⁻¹⁰. La edad media de presentación es de 57 años, existiendo un predominio de hombres sobre mujeres de 7 a 1. En estos tumores el componente carcinomatoso se asocia a un estroma sarcomatoso. La parte epitelial se puede manifestar como carcinoma epidermoide, indiferenciado o adenocarcinoma. El estroma sarcomatoso suele adoptar la forma de fibrosarcoma. Sus metástasis pueden ser sólo sarcoma, sólo carcinoma o carcinosarcoma, existiendo experimentos en animales que lo confirman¹¹. La histología^{12,13} ha sido muy controvertida básicamente en términos de si el proceso se debía a una colisión fortuita entre un carcinoma y un sarcoma o si un carcinoma podría actuar como estímulo induciendo la producción de cambios sarcomatosos en el estroma. Histológicamente deben de diferenciarse del blastoma pulmonar⁵ que se caracteriza por la existencia de un tejido mesenquimatoso indiferenciado en el seno del cual se diferencian estructuras tubulares con

epitelio de carácter fetal. Se han descrito dos tipos de presentación¹⁰: a) Tipo invasivo, en el cual el tumor se halla periféricamente adoptando la forma de una masa parenquimatososa que puede tener un considerable tamaño e incluso invadir la caja torácica, mediastino y estructuras vecinas y b) tipo endobronquial en el cual el tumor está situado centralmente y presenta crecimiento pedunculado endobronquial con limitada extensión parenquimatososa. Contrariamente al tipo invasivo la afectación linfática y las metástasis son raras. Esta forma endobronquial representa el 57 % de los casos y tiene un mejor pronóstico¹⁰.

La clínica de estos tumores es inespecífica detectándose en ocasiones al producir una obstrucción bronquial. Radiológicamente se presentan como una atelectasia obstructiva o como una masa pulmonar. La fibrobroncoscopia es de gran utilidad en las formas endobronquiales, no obstante los resultados de la biopsia en ocasiones no son específicas para tumor¹⁴, mostrando tejido necrótico¹⁶ inflamación o fibrosis inespecífica¹¹. Algunos autores la consideran peligrosa⁸ habiéndose descrito muertes súbitas por hemorragia postbiopsia^{15,17}. El tratamiento consiste en la resección del tumor siendo generalmente necesario una neumonectomía, aunque en algunas ocasiones se ha podido practicar lobectomía^{1,7}.

El pronóstico es malo. Excluyéndose los casos fallecidos durante la biopsia bronquial, la supervivencia media de los casos descritos en la literatura es de cuatro meses y medio, aunque hay un caso de supervivencia a los seis años¹¹. Las causas de muerte incluyen recidivas locales, metástasis óseas, mediastínicas, hepáticas, infarto de miocardio^{16,18}, insuficiencia respiratoria y embolismo pulmonar.

El caso descrito aporta la particularidad de presentar una neoplasia pulmonar en una mujer joven de 21 años de edad, con un tipo histológico de baja incidencia. La clínica fue inespecífica; la semiología pulmonar y las exploraciones practicadas orientó hacia un hemotórax con pérdida de volumen pulmonar. Aunque se pudo comprobar que el líquido hemático del drenaje torácico procedía del pulmón al estar situado intraparenquimatoso debido a la friabilidad de los tejidos. La imagen endobronquial vista por fibrobroncoscopia correspondía a material tumoral desprendido como pudo comprobarse al exprimir la pieza operatoria y obtenerse material por el bronquio principal.

Resumen

Los autores presentan un caso de carcinosarcoma de pulmón en mujer gestante de veintiún

años de edad, que corresponde al tipo invasivo, falleciendo a los dos meses de iniciada la sintomatología.

Summary

ONE CASE OF CARCINOSARCOMA OF THE LUNG. REVIEW OF MEDICAL BIBLIOGRAPHY.

The authors present one case of carcinosarcoma of the lung of the invasive type in a twenty-one year old pregnant woman. The patient died two months after the appearance of symptomatology.

BIBLIOGRAFIA

1. DIACONITA, G.: Bronchopulmonary carcinosarcoma. *Thorax*, 30: 682, 1975.
2. RODRIGUEZ, F., BARO, X. y REVENTOS, J.: El carcinosarcoma de pulmón. *Arch. Bronconeumol.*, 11: 151, 1975.
3. ANAYA, A., MENENDEZ, J. y FIGUERAS, D.: Carcinosarcoma de pulmón. Un tumor de características morfológicas peculiares. *Med. Clin.*, 66: 140, 1976.
4. LOPEZ BAREA, F., GARCIA, M., FUEJO, D., LOPEZ, J. y LAGO, J.: Carcinosarcoma de pulmonar: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Quir. Esp.*, 4: 137, 1977.
5. VICENTE, V. y LLOMBART, A.: Blastoma pulmo-

nar: estudio clínico-patológico de un caso y revisión de la literatura. *Patología*, 1: 219, 1977.

6. FRASER, R. G. y PARE, J. A. P.: Diagnosis of diseases of the chest, pág. 1.008. *Saunders*, 1978. Filadelfia. Londres, Toronto.
7. CHAUDHURI, M. R.: Bronchial carcinosarcoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 61: 319, 1971.
8. WEAVER, P. C., BRANFOOT, A. C. y HABGROVE, R. L.: An endobronchial carcinosarcoma treated by lobectomy. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 61: 300, 1971.
9. RAZZUK, M. A., URSCHEL, H. C., RACE, G. J., ARNDT, J. H. y PAULSON, D. L.: Carcinosarcoma of the lung. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 61: 541, 1971.
10. EDWARDS, C. W., SAUNDERS, A. M. y COLLINS, F.: Mixed malignant tumors of the lung. *Thorax*, 34: 629, 1979.
11. BERGMANN, M., ACKERMAN, L. V. y KEMLER, R. V.: Carcinosarcoma of the lung. *Cancer*, 4: 919, 1951.
12. DRURY, R. A. B. y STIRRLAND, R. M.: Carcinomatous tumours of the respiratory tract. *J. Pathol. and Bacteriol.*, 77: 543, 1959.
13. JENKINS, B.: Carcinosarcoma of the lung. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 55: 657, 1968.
14. KAKOS, G. S., WILLIAMS, T. E., ASSOR, D. y VASKO, J. S.: Pulmonary carcinosarcoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 61: 777, 1971.
15. LUDWIGSEN, E.: Endobronchial carcinosarcoma. *Virchows Arch. A. Path. Anat. and Histol.*, 373: 293, 1977.
16. BULL, J. C. y GRIMES, O. F.: Pulmonary carcinosarcoma. *Chest*, 65: 9, 1974.
17. TAYLOR, H. E. y RAE, M. V.: Endobronchial carcinosarcoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 24: 93, 1952.
18. STACKHOUSE, E. M.; HARRISON, E. G. y ELLIS, F. H.: Primary mixed malignancies of lung: carcinosarcoma and blastoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 57: 385, 1969.