

Notas clínicas

Servicio de Anatomía Patológica.
Unidad de Cirugía Torácica.
Hospital de la Santa Cruz y San
Pablo. Barcelona

CARCINOMA BRONCOGENO INCIPIENTE CON CRECIMIENTO POLIPOIDE INTRABRONQUIAL

A. Moreno, P. de las Heras, R. Bordes y J. Bonnin

Introducción

La mayor parte de los carcinomas escamosos broncogénos son detectados clínicamente en estadios avanzados, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico. La utilización del broncoscopio y el desarrollo del estudio citológico en pacientes con síntomas clínicos sugestivos de carcinoma¹ o en programas de «screening» en pacientes de alto riesgo¹⁻³ han permitido la detección de carcinomas broncogénos «in situ» o microinvasivos.

Presentamos un caso de carcinoma escamoso broncogénico, microinvasivo, con crecimiento polipoide intrabronquial, visualizado broncoscópicamente y confirmado por citología, no visible radiológicamente.

Observación clínica

Paciente varón, de 43 años, fumador de 20-30 cigarrillos al día, con antecedentes de bronquitis crónica desde hacía unos 20 años. En enero de 1977 presentó un cuadro febril con dolor en punta de costado izquierdo, tos intensa y expectoración hemática. Por radioscopia se le diagnosticó de neumonitis con resolución radiológica en un mes.

A finales de mayo de 1977 inició un cuadro de febrícula, mialgias en extremidades inferiores, astenia, pérdida de 2 kg de peso, dolor en punta de escápula izquierda y expectoración purulenta y hemática. Una semana antes de su primera visita al hospital la sintomatología desapareció sin tratamiento.

La exploración física al ingreso, así como la

analítica de rutina, eran normales, a excepción de una VSG de 55 en la primera hora. BK negativo. La radiología de tórax (fig. 1) mostró una condensación segmentaria en lóbulo superior izquierdo, homogénea, sugestiva de neumonitis obstructiva. El estudio broncoscópico permitió observar, a nivel del bronquio ápico-posterior del lóbulo superior izquierdo, una formación rosada de superficie rugosa y aspecto tumoral.

En el estudio citológico de broncoaspirado y grado bronquial se observaron numerosas células aisladas, ocasionalmente en grupos, mostrando citoplasmas queratinizados y núcleos irregulares con grumos de cromatina gruesos (fig. 2). También se encontraron numerosas células fantasma. Los hallazgos se interpretaron como carcinoma escamoso bien diferenciado. En la biopsia simultánea practicada se observaron cambios inflamatorios inespecíficos, sin evidencia de tumor.

Una semana antes de la toracotomía la imagen radiológica se había normalizado sin tratamiento (fig. 3).

El 3-8-1977 se practicó toracotomía izquierda por 4.º espacio intercostal. No se palpó tumoración en lóbulo superior, aunque existía una zona de condensación neumónica. Las biopsias peroperatorias de tres fragmentos de parénquima fueron

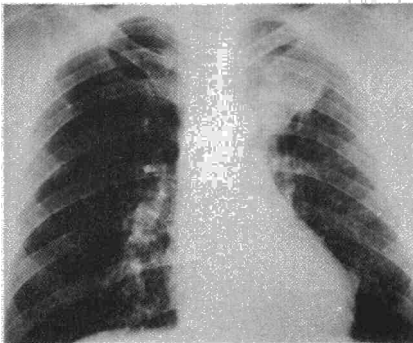
negativas para tumor; a pesar de ello, y valorando el resultado de la broncoscopia y de la citología, se realizó una lobectomía superior izquierda.

En la pieza de resección se confirmó la consolidación del segmento posterior, con cambios microscópicos compatibles con neumonía en resolución. A la apertura del árbol bronquial se localizó en el bronquio segmentario posterior una tumoración polipoide de implantación sésil (fig. 4) de 1,2 por 0,6 cm. de diámetros máximos que obstruía parcialmente la luz bronquial.

El examen microscópico reveló una proliferación papilar con ejes conectivo-vasculares, algunos desprovistos de revestimiento epitelial y otros revestidos de un epitelio escamoso, con marcado incremento del número de capas celulares, anisocariosis, abundantes mitosis y gran tendencia a la queratinización, con descamación superficial de células similares a las encontradas en el estudio citológico (fig. 5). La lesión infiltraba focalmente la submucosa bronquial sin extenderse al parénquima pulmonar. Secciones seriadas en diferentes zonas del árbol bronquial no mostraron en ningún punto metaplasia escamosa; tampoco se encontró en los márgenes del tumor, donde existía una transición brusca entre epitelio normal y neoplásico (fig. 4). No había metástasis en ganglios interbronquiales, interlobares e intersegmentarios.

El curso postoperatorio fue satisfactorio; en la actualidad no hay evidencia de enfermedad.

Fig. 1. Condensación segmentaria en lóbulo superior izquierdo.



Discusión

Los casos de carcinoma escamoso «in situ» o microinvasivos representan un pequeño porcentaje del total de carcinomas escamosos broncogénos³⁻⁵, siendo evidente su mejor pronóstico. Del mismo modo, los cánceres de crecimiento exofítico endobronquial son considerados variedades de mejor pronóstico^{6,7}.

El patrón de crecimiento del carcinoma escamoso «in situ» o microinva-

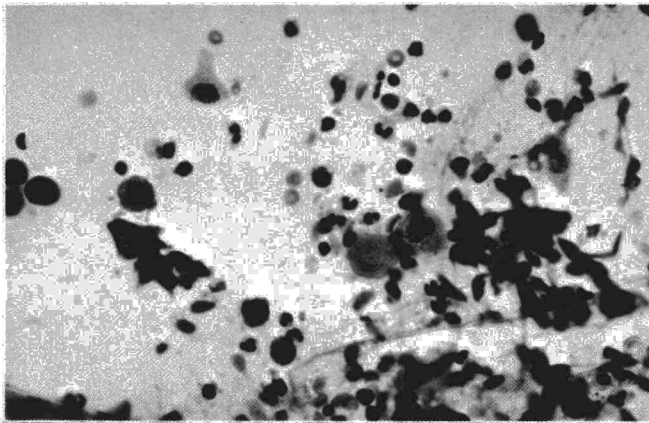


Fig. 2. Broncoaspirado. Células de citoplasma queratinizado y núcleo irregular de cromatina en grumo grueso. Células «fantasmas».

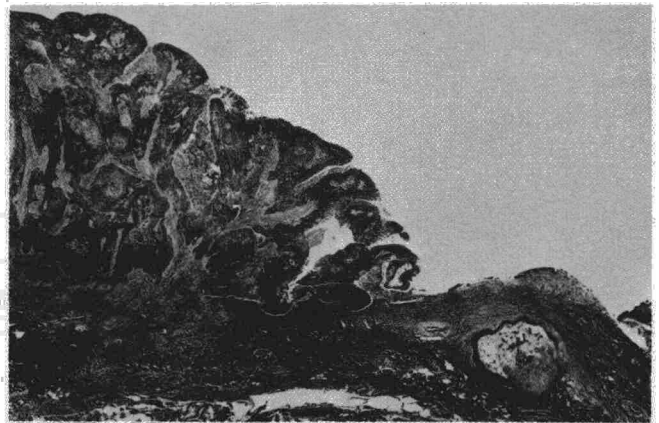


Fig. 4. Margen tumoral. Crecimiento polipoide intrabronquial. Ausencia de metaplasia escamosa en el margen.

sivo es variable, oscilando entre la ausencia de cambios detectables macroscópicamente a casos con mucosa engrosada, aterciopelada, granular o enrojecida^{3,5}. Los tumores con crecimiento polipoide se agrupan de forma separada⁷ o están incluidos en series conjuntas^{4,8}, sin que existan estudios comparativos entre ambos grupos con series amplias; los carcinomas de crecimiento polipoide condicionan además la aparición precoz de síntomas clínicos en relación a la obstrucción bronquial producida, lo que, en ausencia de programas de detección, favorece el descubrimiento precoz, al igual que en el caso que se presenta. Dentro del grupo de tumores con crecimiento exofítico cabe reseñar también la comunicación de carcinoma verrucoide similar a los descritos en mucosas oral y genital, de importancia por su crecimiento lento y pronóstico favorable⁶.

Las características del caso que se presenta y la revisión de series recién

tes de la literatura plantean consideraciones interesantes respecto, sobre todo, al punto de origen del carcinoma escamoso dentro del árbol bronquial y al valor de la metaplasia escamosa como cambio preneoplásico.

Respecto al primer punto, parece evidente que la mayor parte de los carcinomas escamosos se originan en bronquios segmentarios; el estudio de carcinomas incipientes permite reconocer el lugar de origen de los tumores. Carter y cols.⁴ presentan una serie de 10 casos, de los que sólo 2 se localizan en bronquios lobares o subsegmentarios, sin afectación de bronquios segmentarios. Martini y cols.⁹, en una serie de 26 carcinomas epidermoides radiológicamente ocultos, encuentran sólo 6 sin afectación del bronquio segmentario. Otras series⁸ sugieren también el origen en bronquio segmentario de estos tumores. Por último, estudios más generales sobre el cáncer de pulmón indican que el carcinoma esca-

moso se origina en bronquio segmentario en el 84 % de los casos¹⁰.

Referente al potencial premaligno de la metaplasia escamosa, el estudio de neoplasias incipientes pone en evidencia, al igual que en el presente caso, la frecuente ausencia de metaplasia escamosa en los márgenes del tumor. Este hecho ha sido sometido a diferentes interpretaciones: un crecimiento en forma de extensión superficial desde un foco central⁴ que impediría el reconocimiento morfológico de una lesión previa, o bien que este tipo de tumores se originan de la transformación del epitelio sin paso previo de metaplasia escamosa. A esta conclusión se ha llegado también por el estudio experimental de inducción mediante radiación de carcinoma escamoso en pulmón de ratón¹¹. Por otra parte, es conocido el hallazgo frecuente de metaplasia escamosa, tanto en el epitelio bronquial como en otras localizaciones, como respuesta a diferentes estímulos irrita-

Fig. 3. Resolución de la imagen radiológica antes del tratamiento quirúrgico.

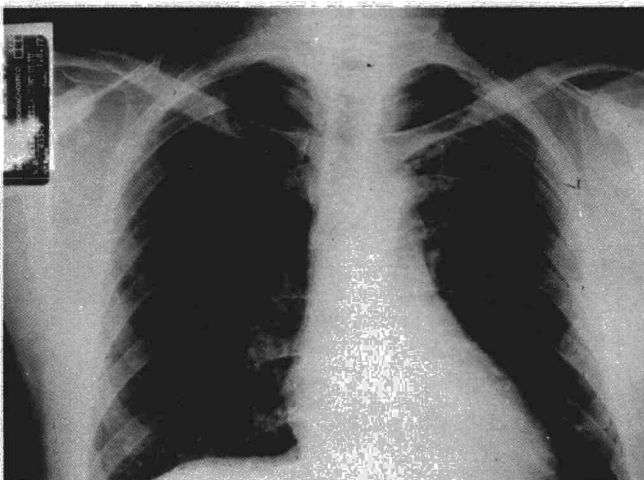
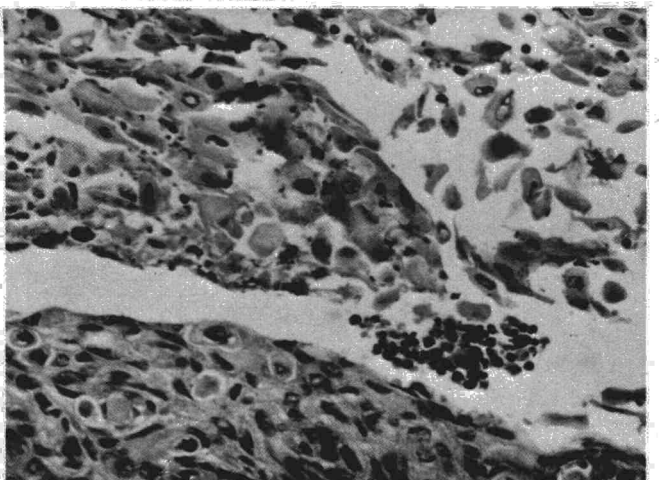
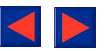


Fig. 5. Descamación en la superficie tumoral de células similares a las halladas en el estudio citológico.





tivos no neoplásicos. Nuestra propia experiencia en el estudio de casos de autopsia y en el presente caso apoyan el hecho.

Por último este tipo de tumores plantea el problema del diagnóstico precoz del cáncer de pulmón y refuerza el valor de los estudios de citología pulmonar como método diagnóstico, sobre todo en carcinomas escamosos incipientes, en los que el pequeño tamaño y la localización intrabronquial impiden la visualización radiológica y la posible ausencia de cambios macroscópicos dificulta la localización endoscópica y la biopsia dirigida, convirtiéndose el estudio citológico en el mejor método de detección, tanto en enfermos sintomáticos como en programas de detección, que deben de ser implantados con la asociación de métodos radiológicos y

examen de citología de esputo en grupos de población de alto riesgo.

Resumen

Se presenta un caso de carcinoma escamoso broncogénico, microinvasivo, detectado precozmente por broncoscopia y citología, con biopsias negativas y no visible radiológicamente. Se insiste en el origen del carcinoma escamoso a nivel de bronquio segmentario, en el hecho de la ausencia frecuente de metaplasia escamosa en los márgenes de este tipo de tumores y sus posibles interpretaciones, así como en el valor práctico de la citología bronquial como método diagnóstico. Se aboga por la puesta en marcha de programas «screening» en grupos de población de alto riesgo.

Summary

INCIPIENT BRONCHOGENIC CARCINOMA WITH INTRABRONCHIAL POLYPOID GROWTH

The authors present a case of bronchogenic squamous cell carcinoma, microinvasive, detected precociously by bronchoscopy and cytology, with negative biopsies and not visible radiologically. They insist on the origin of squamous cell carcinoma at the level of segmentary bronchus, on the frequent absence of squamous metaplasia in the margins of this type of tumors and its possible interpretations as well as the practical value of bronchial cytology as a diagnostic method. They recommend screening programs for high risk groups of population.

BIBLIOGRAFIA

1. PEARSON, F. G.; THOMPSON, D. W., y DELARUE, N. C.: Experience with the cytologic detection, localization and treatment of radiographically undemonstrable bronchial carcinoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 54, 317, 1967.
2. MELAMED, M.; FLESHINGER, B.; MILLER, D.; OSBORNE, R.; ZAMAN, M.; MCGINNIS, C., y MARTINI, N.: Preliminary report of the Lung Cancer Detection Program in New York. *Cancer*, 39, 369, 1977.
3. WOOLNER, L. B.; DAVID, E.; FONTANA, R. S.; ANDERSEN, H. A., y BERNATZ, P. E.: In situ and early invasive bronchogenic carcinoma. Report of 28 cases with postoperative survival data. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 60, 275, 1970.
4. CARTER, D.; MARSH, B. R.; BAKER, R. R.; EROZAN, Y. S., y FROST, S. K.: Relationships of morphology to clinical presentation in ten cases of early squamous cell carcinoma of the lung. *Cancer*, 37, 389, 1976.
5. WOOLNER, L. B.; FONTANA, R. S., y BERNATZ, P. E.: Early bronchogenic carcinoma. *Surg. Clin. North Am.*, 53, 761, 1973.
6. SHERWIN, R. P.; LAFORET, E. G., y STRIEDER, J. W.: Exophytic endobronchial carcinoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 43, 716, 1962.
7. SHERWIN, R. P.: The identification of lung cancer and the recognition of favorable variants. *Decennial Pathology*, pág. 515. Appleton-Century-Crofts, 1975.
8. MELAMED, M. R.; ZAMAN, M. B.; FLESHINGER, B. J., y MARTINI, N.: Radiologically occult in situ and incipient invasive epidermoid lung cancer. Detection by sputum cytology in a survey of asymptomatic cigarette smokers. *Am. J. Surg. Pathology.*, 1, 5, 1977.
9. MARTINI, N.; BEATTIE, E. J.; CLIFFTON, E. E., y MELAMED, M. R.: Radiologically occult lung cancer. Report of 26 cases. *Surg. Clin. North Am.*, 54, 811, 1974.
10. LISA, J.; TRINIDAD, S., y ROSEMBLATT, M. B.: Site of origin, histogenesis and cytostructure of bronchiogenic carcinoma. *Am. J. Clin. Path.*, 44, 375, 1965.
11. GATES, O., y WARREN, S.: Histogenesis of lung carcinoma in mice. *Arch. Path.*, 71, 693, 1961.