

Hospital de la Cruz Roja. Barcelona

EL CARCINOSARCOMA DE PULMON PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

F. Rodríguez Méndez, X. Baró y J. Reventós*

Introducción

En la expresión de Jenkins¹, el carcinosarcoma es una neoplasia maligna rara, compuesta de parénquima «carcinomatoso» y estroma «sarcomatoso». Este tumor ha sido descrito en la hipofaringe, el esófago, el útero, la mama, el riñón y el pulmón. Parece ser que el primer caso referido de carcinosarcoma de pulmón fue el publicado por Kika² en 1908, del cual sin embargo existen pocos datos. En 1951, Bergman y cols.³, presentan dos casos propios, revisando la literatura, encontrando un total de 7 casos. En 1969, Stackhouse y cols.⁴ de la Clínica Mayo, encontrando 15 casos, a los que añaden 9 provenientes del material de la Clínica. Sin embargo, estos autores diferencian el carcinosarcoma de otro tipo de tumor que ellos denominan «blastoma de pulmón», en los que la neoplasia está constituida por tejido carcinomatoso y sarcomatoso pero de características inmaduras. No todos los autores aceptan esta diferenciación. Del tipo de blastoma de pulmón, Stackhouse y cols.⁴ refieren 9 casos en la literatura, añadiendo 4 más de la Clínica Mayo. Nosotros

presentamos un caso personal, añadiendo dos casos más en la literatura^{4,5}, no referidos en el trabajo de Stackhouse y cols. Así pues, uniendo los casos de carcinosarcoma, blastoma de pulmón y añadiendo estos tres nuevos casos a la revisión de los autores de la Clínica Mayo de 1969, el total de casos conocidos de carcinosarcoma y blastoma de pulmón se elevaría a 40.

Observación clínica

A.M. Varón de 71 años, agricultor. Sin antecedentes importantes. Fumador de 20 cigarrillos diarios. Desde febrero 1974 presenta un hipo muy molesto y persistente. En dos ocasiones sufrió una vómita. Debido a estas molestias visita a un facultativo que le descubre una imagen redondeada en el pulmón izquierdo (fig. 1), motivo por el que ingresa en el centro.

Al ingresar en nuestro Hospital, en abril 1974, el enfermo se hallaba en un estado general precario. Tenía tos, expectoración y febrícula. Existían roncus y sibilantes en ambos pulmones, con una disminución de murmullo vesicular, junto con estertotes en los 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo. La VSG era de 130 en la 1.^a hora. El recuento de hemáties 3.700.000 con una Hgb en g de 10,5. 12.700 leucocitos, con un 4 % de eosinófilos. Proteínas totales 60 g, Albúmina 31; alfa 1, 3; alfa 2, 9; beta, 7; gamma, 10 mg %.

En la imagen radiológica de ingreso existe una infiltración importante por debajo de la imagen redondeada primitiva (figs. 2 y 3). En los cortes tomográficos parece poder adivinarse una imagen de peri-neumoquiste. También en la imagen radiológica parece indicar

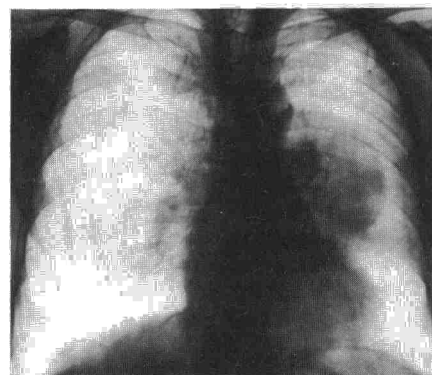


Fig. 1. Imagen radiológica del paciente A.N. en marzo 1974.

Fig. 2. Radiografía posteroanterior de tórax del mismo paciente en Abril 1974. Obsérvese la infiltración basal del pulmón izquierdo.



* Trabajo realizado con ayuda de la Fundación PICASSO-REVENTOS de Barcelona.

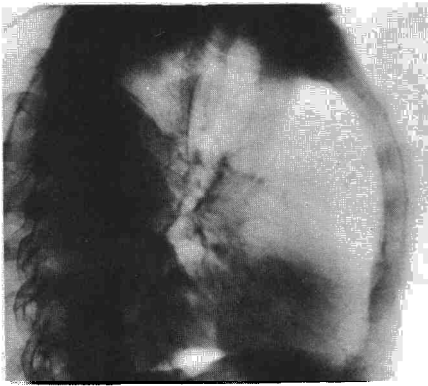


Fig. 3. Imagen radiológica de perfil correspondiente a la radiografía de la fig. 2. La tumoración ocupa el segmento de Fowler y la infiltración interesa la pirámide basal.

la conservación de las vías bronquiales, lo que en principio iría en contra de un carcinoma bronquial.

Se efectúan tres exámenes citológicos de esputos, que dan esputos de aspecto inflamatorio.

Todo ello nos hace suponer la presencia de un quiste hidatídico de pulmón reventado y con este diagnóstico de presunción procedemos a la toracotomía el 29 de abril 1974.

Intervención

Toracotomía izquierda por el lecho de la 5.^a costilla. El lóbulo inferior está firmemente adherido a la pared sobre todo en su parte posterior. El segmento de Fowler aparece

Fig. 4. Pieza operatoria. En primer término: lóbulo inferior. Detrás del mismo, lóbulo superior. En el segmento de Fowler: el gran tumor. Hacia la derecha de la tumoración se halla el bronquio abierto con la excrescencia intraluminal del carcinosarcoma. En la pirámide basal se aprecia la neumonía organizada junto al bronquio abierto y dilatado.

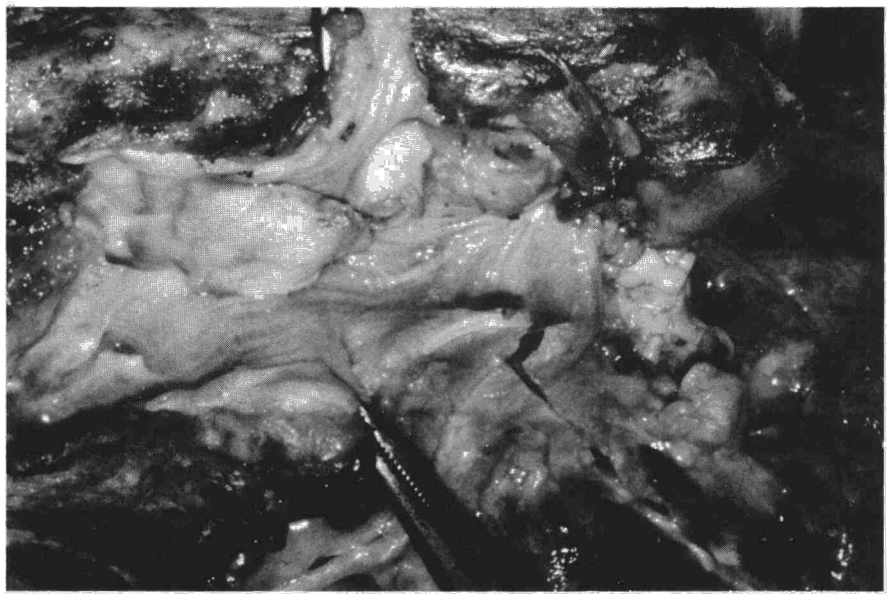
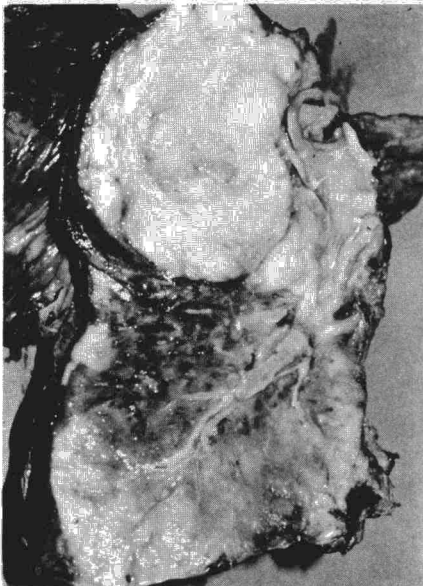
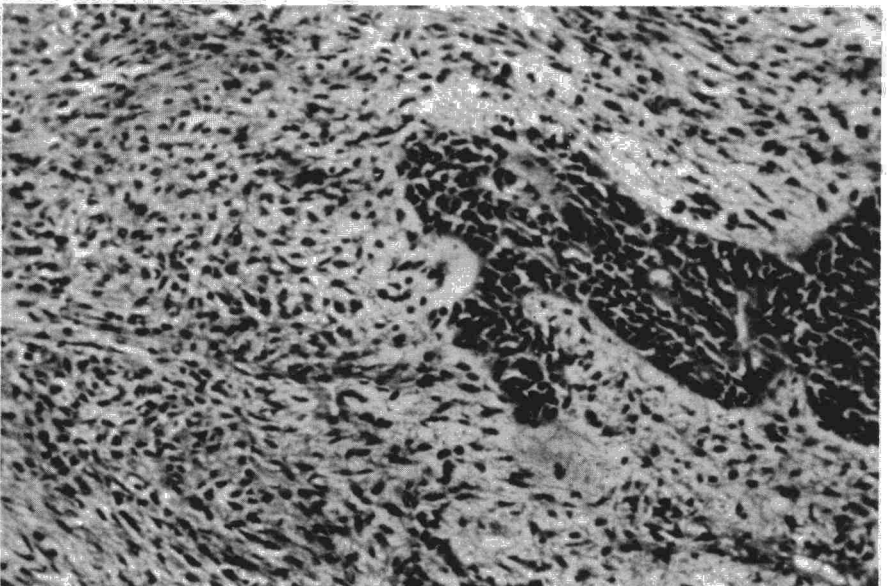


Fig. 5. Visión de la porción endobronquial del tumor.

como redondeado, duro, mientras que la pirámide basal, hepatizada, parece conservar su forma original. Tratamos abrirnos camino en la cisura, para practicar una lobectomía, lo que resulta imposible ya que la arteria se halla impactada en la masa que forma el lóbulo inferior, teniendo pues que proceder a una neumonectomía izquierda. Sutura bronquial metálica mecánica mediante el aparato soviético U.K.L. 40.

El curso postoperatorio fue simple, pudiendo ser dado de alta al paciente el 11.^o día. Fue sorprendente la recuperación del estado general tras la operación, y desaparición del hipo.

Fig. 6. Imagen histológica en la que se aprecia el componente epitelial de tipo epidermoide y el componente sarcomatoso (tinción H.E.).



El enfermo fue convocado en julio 1975, encontrándose en buenas condiciones.

Examen Anatómico-Patológico

Macroscópico: El pulmón izquierdo pesa 830 g, midiendo 26-13-8 cm. El lóbulo inferior consolidado está cubierto por adherencias fibrosas. Sus bronquios están dilatados pudiendo ser seguidos con facilidad hasta la pleura, conteniendo un material purulento amarillento (fig. 4). El bronquio de Nelson contiene una masa polipoide que ocluye su luz, extendiéndose hacia el bronquio principal. Dicha masa mide

2,1 cm en sus mayores diámetros, siendo su color amarillento rosado y su aspecto fibrilar. Se continúa en «reloj de arena», con otra masa que ocupa el segmento apical inferior del lóbulo inferior (figs. 4 y 5), la cual mide unos 8 cm de diámetro. Esta última presenta un aspecto ligeramente fascicular, con una coloración rojo amarillenta. El resto del lóbulo presenta una consolidación difusa de aspecto inflamatorio. El lóbulo superior es normal. Al disecar el hilio se localizan 8 ganglios, el mayor de los cuales tiene 2 cm de diámetro. Al corte presentan un color rosado-amarillento con extensas zonas de antracosis.

Microscópico: Tumor con un componente epitelial de tipo epidermoide y un componente mesenquimatoso maligno variado (osteosarcoma, rabdomiosarcoma y fibrosarcoma (figs. 6, 7, 8 y 9). La pirámide basal del lóbulo inferior presenta un proceso neumónico de tipo crónico con extensas áreas de organización del exudado alveolar.

Diagnóstico. Carcino-sarcoma endo-exobronquial en el segmento apical posterior del lóbulo inferior izquierdo. Neumonía organizada y bronquiectasias en la pirámide basal izquierda.

Discusión

Willes⁶ advierte que el carcinosarcoma no debe ser confundido con el «tumor de colisión», originado este último con el crecimiento accidental en vecindad de un carcinoma y un sarcoma. El examen de los tumores de colisión, en distintos cortes, demuestra que sus componentes no se hallan libremente mezclados como sucede en carcinosarcoma. Tanto Willis como Liebow⁷, sugieren que el componente sarcomatoso del carcinosarcoma, podría ser en algunos casos, nada más que un carcinoma escamoso muy pleomórfico. Prive y cols.⁸, piensan que el carcinosarcoma podría proceder de la malignización de un hamartoma. Soyza y cols.⁹, sugieren que podría tratarse de un «blastoma pulmonar bipotencial, capaz de diferenciarse el elemento maligno y de estroma».

Moore¹⁰ separa dos grupos en los carcinosarcomas: a) *Un tipo periférico*, en forma de masa sólida, que puede llegar a alcanzar un tamaño considerable, con tendencia a invadir las estructuras vecinas (pared, vasos, mediastino...). También iría asociado a la producción de metástasis distantes relativamente precoces. Su pronóstico sería muy desfavorable. b) *Un tipo central*, endobronquial, más o menos pedunculado, que también puede extenderse hacia el parénquima desde su origen en la pared del bronquio. Las metástasis suelen ser más raras. Producen fácilmente atelectasias, abscesos pulmonares o bronquiectasias. El pronóstico con la resección pulmonar suele ser mucho mejor en este tipo de pacientes. Nuestro caso parece corresponder a este último tipo.

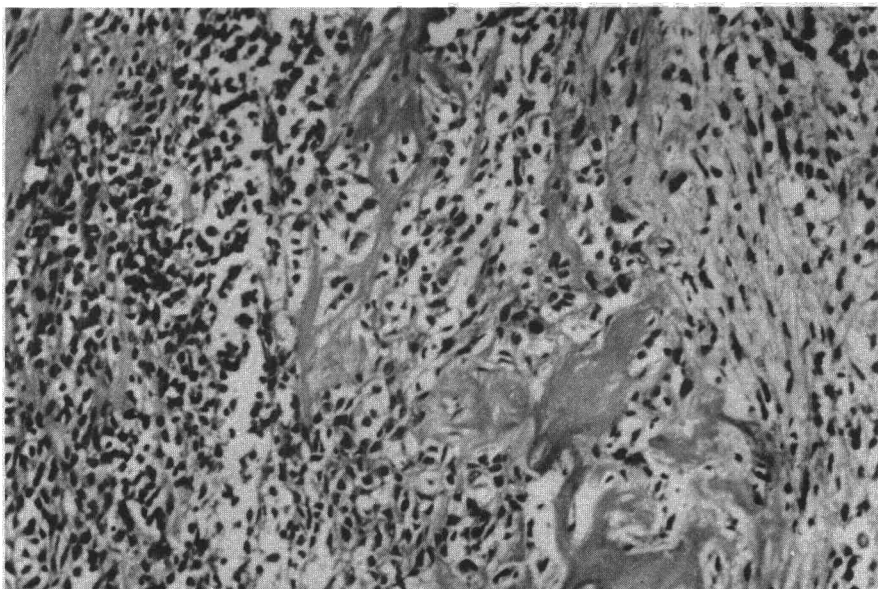


Fig. 7. Visión histológica microscópica en la que se observa el componente de tipo osteogénico. (H.E.).

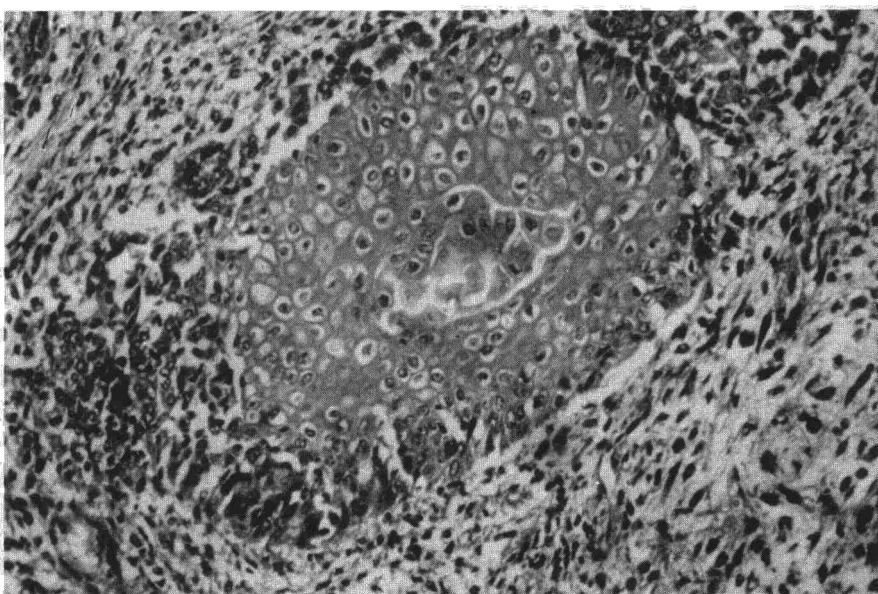
Las metástasis, tanto ganglionares como a distancia, pueden presentar un aspecto carcinomatoso, sarcomatoso o con ambos aspectos a la vez⁸. La masa principal puede estar cavitada y aislada, o ir esta acompañada de otras masas satélites.

El componente carcinomatoso es en la mayor parte de los casos epidermoide y con menor frecuencia del tipo del adenocarcinoma o indiferenciado. También pueden coexistir los dos tipos. En cuanto al componente sarco-

matoso, parece predominar el fibrosarcoma y el de células fusiformes, pero en muchos casos existen focos de osteosarcoma, condrosarcoma, etc., como sucedía en nuestro caso.

Es curioso el hecho de que 12 de los 40 enfermos reseñados (30 %) tuviesen más de 70 años. 30 enfermos eran del sexo masculino, y la edad osciló entre 35 y 81 años. á enfermos estaban absolutamente asintomáticos en el momento en que fueron observados. Casi todos los enfermos pre-

Fig. 8. Componente sarcomatoso de tipo condromatoso maligno del mismo tumor (H.E.).



sentaban tos, y algunos ronquera, hemoptisis y dolor torácico. El hipo que presentaba nuestro enfermo no ha sido referido en ningún otro caso; no obstante este sanó completamente tras la intervención. Tampoco es infrecuente la existencia de episodios de infecciones broncopulmonares.

21 enfermos de los 40, (52,5 %) fueron tratados quirúrgicamente (11 neumonectomías, 8 lobectomías, 2 resecciones segmentarias. Entre las 11 neumonectomías, 6 fallecieron antes del año, dos de ellos por causas no relacionadas con el tumor. De las 8 lobectomías fallecieron 3, de las cuales una a los 3 años y 8 meses, de causa no relacionada con el tumor. Entre las segmentectomías, uno falleció a los 3 meses. Un paciente falleció de hemorragia después de una broncoscopia con biopsia (Taylor y Rae¹¹). Los restantes enfermos intervenidos estaban vivos en el momento de la comunicación, que siempre fue superior a un año tras la operación.

Resumen

Los autores presentan un caso de carcinosarcoma de pulmón en un paciente de 71 años, que tras ser neumonectomizado, sigue bien a los 15 meses de la intervención. Se revisa la literatura sobre este tipo de tumor en el pulmón, pudiendo encontrar tan sólo 39 observaciones publicados. El presente caso era del tipo endobron-

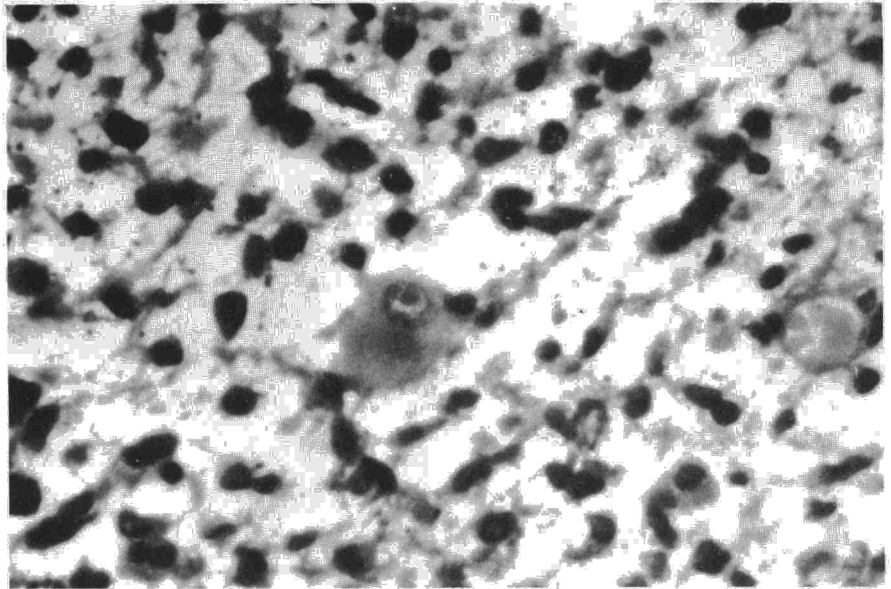


Fig. 9. Componente rhabdomyosarcoma con un rhabdomioblasto a gran aumento.

quial, presentando el aspecto de carcinoma epidermoide, con un componente sarcoma toso maligno variado (osteosarcoma, controsarcoma, rhabdomyosarcoma, fibrosarcoma...).

Summary

CARCINOSARCOMA OF THE LUNG. PRESENTATION OF A CASE AND REVIEW OF THE BIBLIOGRAPHY

The authors present a case of carcinosarcoma of the lung in a 71 year

old patient who underwent a pneumonectomy 15 months ago and continues to do well. The authors could find only 39 observations published on this type of lung tumor in the corresponding bibliography. This case was of the endobronchial type, presenting an epidermoid carcinoma aspect, with a varied malignant sarcomatous component (osteosarcoma, chondrosarcoma, rhabdomyosarcoma, fibrosarcoma...)

BIBLIOGRAFIA

- JENKINS, B.J.: Carcinosarcoma of the Lung. Report of a case and Review of the literature. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 53: 657, 1968.
- BERGMAN, M., ACKERMAN, L.V. y KEMLER, R.L.: Carcinosarcoma of the Lung. Review of the literature and report of two cases treated by pneumonectomy. *Cancer*, 4: 919, 1951.
- STACKHOUSE, E.M., HARRISSON,

- E.G. y ELLIS, R.H.: Primary Mixed Malignancies of the Lung. Carcinosarcoma and Blastoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 57: 385, 1969.
- CAVALLERO, G.: Contributo allo studio dei tumori nisti maligni del polmone di tipo bidermico (carcinosarcomi). *Pathologia (Genova)*, 48: 213, 1956.
- WILLIS, R.A.: Pathology of the Tumors p. 140. C.V.B. Mosby Co. St. Louis. 1948.
- LIEBOW, A.A.: Tumors of the Lower Respiratory Tract. Armed Forces Institute of Pathology. Fasc. 17. 1952.

- PRIVE, L., TELLEM, M., MERANZE, D.R. y CHODOFF, R.D.: Carcinosarcoma of the Lung. *Arch. of Pathology*. Chicago, 72: 351, 1961.
- SOUZA, R.C., PEASLEY, E.D. y TAKARO, T.: Pulmonary Blastomas: A Distinctive group of Carcinosarcomas of the Lung. *Ann. Thorac. Surg.*, 1: 259, 1965.
- MOORE, T.C.: Carcinosarcoma of the Lung. *Surgery*, 50: 886, 1961.
- TAYLOR, H.E. y RAE, M.V.: Endobronchial Carcinosarcoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 24: 93, 1952.