



CARCINOIDE DE PULMÓN: NEOPLASIA POCO FRECUENTE / LUNG CARCINOID TUMOR: A RARE NEOPLASM.

J. Uliana¹, H. Leal², G. Prat³, A. Vidal⁴, D. Santin⁴, P. Paglialonga¹.

SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA. HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS Y CRÓNICOS "SAN JUAN DE DIOS" – LA PLATA.

1. Médico Residente.
2. Jefe de Servicio.
3. Jefe de Servicio de Docencia e Investigación.
4. Médico de planta.
5. Jefe de Servicio de Cirugía General. MAAC.

RESUMEN

Los tumores carcinoides de pulmón son neoplasias muy poco frecuentes con comportamiento diferente a otros tipos de cancer pulmonar.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo con una revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados a nuestro servicio con el diagnóstico de neoplasia pulmonar en los últimos 3 años con el objetivo de aportar una visión actualizada sobre una patología infrecuente como el tumor carcinoides de pulmón, mediante una revisión de la bibliografía y la exposición de tres casos de aparición reciente en nuestro servicio.

Se estudiaron 510 casos de neoplasias de pulmón en el curso de 3 años.

Podemos afirmar que se trata de un cáncer muy poco frecuente que afecta a ambos sexos indistintamente sin una clara asociación al hábito de fumar. Aunque se presenta clínicamente de un modo similar al resto de los procesos neoplásicos que afectan al pulmón, se caracteriza por presentar diseminación ganglionar con baja frecuencia. La cirugía es el tratamiento de elección.

Palabras Clave: Tumor carcinoides, Cáncer de pulmón, Neoplasias de pulmón.

ABSTRACT

Lung carcinoid tumors are rare neoplasms.

A retrospective study was performed revising the medical records of the patients who were hospitalized in our service as they were diagnosed with lung neoplasm in the last three years (April, 2013 to March, 2016).

510 patients suffering from lung neoplasm were studied for over 3 years.

We can state that lung carcinoid is a very uncommon type of cancer which affects both men and women indistinctly without being associated to smoking habits. Although it is clinically presented in a similar way as the rest of neoplasm processes which affect the lung, it is characterized by low-frequency gland dissemination. Therefore, surgery is the selected treatment.

Keywords: Carcinoid tumor, Lung cancer, Lung neoplasms.

Recibido: 21/05/2015

Aceptado: 25/07/2016

Los autores no declaran conflicto de interés.

Contacto: ulianajulio@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los carcinoides son tumores neuroendócrinos de bajo grado de malignidad que provienen de las células de Kulchitsky de la mucosa bronquial representando aproximadamente el 2% de todos los tumores broncopulmonares¹. La Organización Mundial de la Salud en 1999 basándose en las características histológicas propuso la clasificación de los tumores carcinoides del pulmón en dos grupos: típicos y atípicos². En términos histológicos cuenta con

un valor pronóstico, ya que los carcinoides típicos no muestran ninguna evidencia de necrosis y menos de 2 mitosis por 10 campos de alta potencia (HPF), mientras que los carcinoides atípicos tienen áreas de necrosis o 2-10 mitosis por 10 HPF¹⁻³.

Los carcinoides típicos representan aproximadamente el 90% del total, siendo más frecuentes en pacientes más jóvenes respecto al resto de los tumores pulmonares de mayor frecuencia de aparición.

Comparados con otras neoplasias malignas de pulmón al ser de menor agresividad son generalmente resecables con mejor pronóstico, siendo poco frecuente las metástasis al momento del diagnóstico⁴.

En el presente trabajo analizaremos nues-



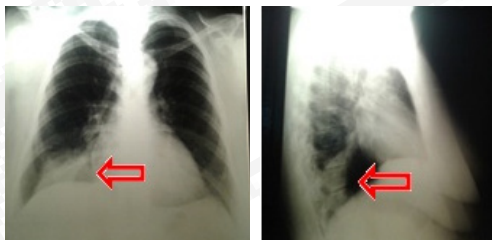
tra experiencia de 3 casos clínicos en los últimos 3 años de tumores carcinoides de pulmón realizando una comparación bibliográfica tanto de los factores clínicos, diagnósticos y terapéuticos, y presentaremos una actualización del tema.

CASO CLÍNICO N°1

Mujer de 47 años, ex tabaquista severa, presenta neumonía de resolución lenta. Laboratorio sin alteraciones, baciloscopia de esputo negativa.

Radiografía de tórax con imagen de atelectasia parcial del segmento basal posterior y anterior del lóbulo inferior derecho (Fig. N°1 y 2).

El estudio tomográfico muestra imagen nodular sólida; con calcificaciones periféricas de 1.7 cm que obstruye bronquios segmentarios posterior y lateral del lóbulo inferior derecho, con infiltrado parenquimatoso distal post obstrucción (Fig. N°3 y 4).



Figuras N° 1 y 2: Radiografías tórax frente y perfil caso 1.

El estudio broncoscópico evidencia lesión polipoide de superficie lisa e hipervascularizada que ocluye 90% de la luz del segmento posterior y lateral con abundantes secreciones distales. Lavado bronquial y biopsia se informan negativos para atipia. Decidiéndose conducta quirúrgica, se realiza toracotomía lateral oligotraumática derecha con bilobectomía media e inferior con muestreo ganglionar (Fig. N°5).

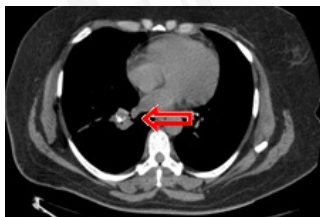


Figura N° 3: Tomografía de tórax con imagen nodular con calcificaciones.



Figura N° 4: Tomografía de tórax condensación parenquimatosa distal a obstrucción.

Alta hospitalaria al 4to día posoperatorio.

La anatomía patológica informa formación endobronquial blanquecina de 2 cm de diámetro. Estructuras ganglionares

sin infiltración neoplásica. Diagnóstico histológico: tumor carcinóide típico E1A.

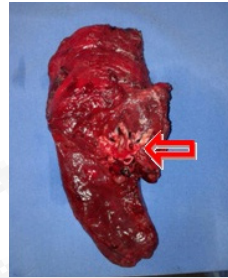


Figura N° 5: Pieza quirúrgica caso 1.

mediastinal. Sin imágenes mediastinales en rango adenomegálico.

El estudio broncoscópico evidencia a nivel de la bifurcación entre lóbulo inferior y lóbulo medio derecho lesión redondeada rojiza, irregular, pediculada, sangrante que ocluye el 90% de la luz, la cual se biopsia informando tumor neuroendócrino de bajo grado.

Se realiza toracotomía lateral oligotraumática derecha con bilobectomía media e inferior con muestreo ganglionar (Fig. N°6).

Se otorga el alta hospitalaria al 4to día postoperatorio.

La anatomía patológica informa proliferación endobronquial neoplásica de 2,5 cm de diámetro con nidos y cordones de localización subepitelial con estroma vascularizado. Muestreo ganglionar sin infiltración neoplásica. Diagnóstico histológico: tumor carcinóide típico E1A.

CASO CLÍNICO N°3

Varón de 20 años, no tabaquista, presento neumonía con derrame de lenta resolución en el lóbulo medio e inferior derecho evidenciándose en radiografía (Fig. N°7).

El estudio tomográfico muestra imagen nodular, densa que obstruye parcialmente bronquio del lóbulo medio e inferior, con áreas de condensación parenquimatosa (Fig. N°8 y 9).

En la broncoscopia a nivel del bronquio intermedio se observa formación lisa que ocluye por completo la luz invadiendo bronquio del lóbulo superior derecho. Lavado bronquial y biopsia se informan positivos para atipia.

Se realiza toracotomía lateral oligotrauma-

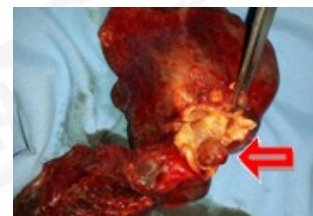


Figura N° 6: Pieza quirúrgica caso 2.

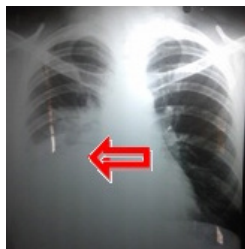


Figura N° 7: Radiografía tórax caso 3.

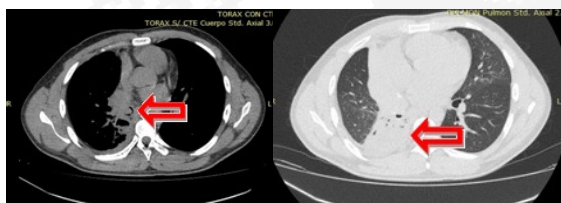
tica con neumonectomía derecha con muestreo ganglionar.

La anatomía patológica informa lesión endobronquial de 3x3x2cm pardo clara con áreas congestivas. Muestreo ganglionar con infiltración neoplásica.

Diagnóstico histológico: tumor carcinoide típico E3A.

DISCUSIÓN

La incidencia de este tipo de tumor es realmente baja (2%). Los tumores carcinoides típicos, representan el 90% de las neoplasias pulmonares



Figuras N° 8 y 9: Tomografía tórax con imagen nodular endobronquial y condensación parenquimatosa en caso 3.

carcinoides y el carcinoide atípico el 0,1% -0,2%¹⁻⁵⁻⁶.

En nuestra Unidad de Cirugía Torácica se han recogido 3 casos de tumor carcinoide típico en los últimos 3 años, lo que supondría una incidencia aproximada de 0,6%, por lo tanto es correspondiente a un porcentaje levemente inferior al descrito en la bibliografía actual.

Estos tumores aparecen en edades más tempranas (edad media de 40 a 50 años) que la mayoría de los cánceres de pulmón, sin clara asociación al consumo de tabaco o al género⁵.

Generalmente son asintomáticos o pueden presentarse con hemoptisis, disnea, tos seca o neumonías recurrentes si el tumor es de localización central, como ocurre en los casos descriptos.

El síndrome carcinoide como síntoma paraneoplásico (rubor facial, diarrea y con menor frecuencia, insuficiencia cardíaca y broncoespasmo), es característico, pero solo se manifiesta en el 1-3% de los carcinoides de origen pulmonar, siendo más frecuente en los tumores carcinoides de origen intestinal⁶. Ningún paciente lo presento en nuestra serie de casos.

Respecto a los estudios de diagnósticos, radiológicamente no hay signos específicos pero si asociados como la atelectasia. En la tomografía por emisión de positrones (PET), la mayoría de los tumores carcinoides presentan una menor captación de fluoro-2-desoxi-D-glucosa de lo esperado para los

tumores malignos⁵.

En la broncoscopia se evidencian lesiones endobronquiales que ocluyen parcial o totalmente la luz, bien vascularizadas, lo que plantea alto riesgo en la toma de biopsias¹⁻⁴.

Las características de las lesiones halladas en la broncoscopia hicieron sospechar el diagnóstico de carcinoide bronquial y esto fue confirmado por biopsia positiva solo en el caso 2.

Para la estadificación y el tratamiento se tienen en cuenta las normativas del TNM de carcinoma pulmonar de células no pequeñas (NSCLC).

Estando descriptas resecciones endoscópicas previas a la cirugía para mejorar el cuadro clínico del paciente (neumonía, la atelectasia y la hemoptisis) y posteriormente realizar la lobectomía o resecciones segmentarias "en manguito" sin resección del parénquima pulmonar en casos seleccionados⁷⁻⁸.

Según la bibliografía los tumores carcinoides típicos tienen 10% metástasis linfáticas y el 3% metástasis a distancia, en cambio los carcinoides atípicos presentan 45% y el 20% respectivamente estando indicado en estos casos el tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia torácica, aunque su eficacia no está demostrada⁶⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

En los casos 1 y 2 el estadio fue I por lo que se hizo lobectomía y controles oncológicos, mientras en el caso 3 con estadio IIIa se realizó neumonectomía y tratamiento adyuvante por enfermedad metastásica ganglionar.

La tasa de recidiva varía entre el 5 y el 30%, es mayor para los carcinoides atípicos y los que tienen afectación ganglionar mediastínica, por lo tanto el seguimiento debe ser de al menos 20 años con una tomografía anual los primeros 10 años y luego con un control cada dos años¹⁰⁻¹¹.

En conclusión, los tumores carcinoides de pulmón son neoplasias infrecuentes de bajo grado de malignidad, siendo la tomografía y la broncoscopia estudios que nos pueden aportar datos que nos hacen presumir este tipo de tumor por sus características anatómicas y clínicas, siendo dificultoso su diagnóstico histológico por biopsias broncoscópicas por tratarse de lesiones hipervascularizadas.

La resección endoscópica es beneficiosa pero como tratamiento único no es recomendable, siendo la cirugía el único tratamiento seguro que además permite una correcta estadificación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Noel-Savina and Descourt; Focus on treatment of lung carcinoide tumor. *Oncotargets and Therapy* 2013;6 1533–1537
- 2.Beasley MB, Brambilla E, Travis WD. The 2004 World-Health Organization classification of lung tumors. *Semin Roentgenol.* 2005; 40: 90-97.
- 3.Esteva H et al; tumores carcinoides broncopulmonares, *rev. Argent. Cirug.*, 2011; 100 (5-6): 109-113.



4. M. Rosenberg et al; tumores carcinoides de pulmón: diagnóstico, tratamiento y factores pronósticos, rev. Argent. Cirug., 2007; 92 (1-2): 44-54.
5. Chong et al; Neuroendocrine Tumors of the Lung: Clinical, Pathologic, and Imaging Findings. RadioGraphics January-February 2006 RG f Volume 26, Number 1.
6. J. Sánchez de Cos Escuín; Diagnóstico y tratamiento de los tumores pulmonares neuroendocrinos Arch Bronconeumol. 2014; 50(9):392-396.
7. Esteva H et al; resección endoscópica seguida de cirugía conservadora, rev. Argent. Cirug., 2008; 94 (5-6): 209- 213.
8. J. Afoke et al.; is sublobar resection equivalent to lobectomy for surgical management of peripheral carcinoid?. Interactive cardiovascular and thoracic surgery 16 (2013) 858-864.
9. W. D. Travis et al; Advances in neuroendocrine lung tumors, Annals of Oncology 2010; 21 (Supplement 7): pag 65-71.
10. Sen Wie et al; Diagnosis and Therapy of Bronchopulmonary Carcinoid Tumors, Chin J Lung Cancer, September 2011, Vol.14, No.9
11. Dan J. Natural History of Typical Pulmonary Carcinoid tumors. Chest 2015; 147, 1111-1117. Doi:10.1378/chest.14-1960.