

TRATAMIENTO DE LOS ADENOMAS BRONQUIALES, CARCINOIDE, CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO Y TUMORES MUCOEPIDERMOIDES

W. Spencer Payne, M. D.

La clasificación de los tumores malignos primarios del tracto respiratorio inferior incluye un pequeño subgrupo de neoplasias de lento crecimiento comúnmente conocido como «adenomas bronquiales». Estos constituyen aproximadamente el 10 % de todos los cánceres pulmonares. Puesto que una variedad de neoplasias histológicamente distintas con pronóstico específico diferente forman este grupo de tumores verdaderamente malignos, es deseable reemplazar el término de «adenoma bronquial» por el nombre del tipo tumoral específico.

En el período 1935 a 1957, 298 casos con un diagnóstico del así llamado «adenoma bronquial» fueron sometidos a resección quirúrgica en la Clínica Mayo (tabla I).

A) Tumor carcinoide

Aproximadamente el 90 % de estos 298 tumores (266) fueron de la variedad carcinoide y aproximadamente el 90 % de éstos se presentaron con características histológicas típicas bien diferenciadas. En el 10 % la «atipia» histológica fue aparente con variaciones en el tamaño y forma de las células, patrón fusiforme, hiperromatismo y actividad mitótica predominante con pérdida del patrón glandular. Mientras que en los carcinoides atípicos se vio un patrón de

crecimiento más agresivo con metástasis en el 66 % de los casos, los carcinoides típicos mostraron una invasión de los nódulos linfáticos en un 5,4 % de los pacientes operados. Por tanto, los tumores carcinoides ya «típicos» o «atípicos», no son tumores benignos. Los datos de seguimiento posterior confirman el pronóstico más serio asociado al carcinoide atípico, con un 30 % de pacientes fallecidos por metástasis después de un promedio de seguimiento de 27 meses. El carcinoide típico, por el contrario, disfrutó de un 94 % a los 5 años, 87 % a los 10, 76 % a los 20 y 66 % a los 25 años de seguimiento a la resección quirúrgica (tabla II).

Las características clínicas de estos pacientes fueron de algún interés. Hombres y mujeres fueron igualmente afectados. La edad de los pacientes estuvo entre los 15 y los 73 años, siendo la media de 48 años. Aproximadamente el 25 % de los pacientes fueron asintomáticos. Sólo 3 tuvieron síntomas característicos de síndrome carcinoide. El resto se presentó con síntomas característicos de obstrucción bronquial, tos, hemoptisis, neumonía de repetición y fiebre (tabla III).

El estudio radiológico fue normal en el 12 %. El resto presentó una masa central o periférica con o sin neumonitis y atelectasia.

La broncoscopia fue realizada en 140

TABLA I

Adenoma bronquial
(Clínica Mayo, 1935-1977)

Tumor carcinoide	166	89 %
Carcinoma adenoideo quístico	20	7 %
Carcinoma mucoepidermoide	12	4 %
	298	100 %

TABLA III

Tumores carcinoides resecaados
Síntomas de 202 pacientes

Asintomáticos	25 %
Síndrome carcinoide	1 %
Tos	62 %
Hemoptisis	42 %
Neumonitis	42 %

TABLA II

Tumor carcinoide
Datos de supervivencia 198 pacientes

TUMOR	NUMERO DE PACIENTES	5 AÑOS	10 AÑOS	20 AÑOS	25 AÑOS
Típico	169	94 %	87 %	76 %	66 %
Atípico	29	50 %	?	—	—

Consultant in Surgery, Mayo Clinic
Professor of Surgery, Mayo Clinic School
Rochester, Minnesota, U.S.A.



TABLA IV

Tratamiento quirúrgico de los tumores carcinoides

	1935-1957 (85 PACIENTES)	1958-1977 (181 PACIENTES)
Neumonectomía	25 %	12 %
Lobectomía	71 %	74 %
Segmentectomía	4 %	5 %
Broncoplastia	0 %	9 %

TABLA V

Complicaciones en el tratamiento quirúrgico de los tumores carcinoides (210 pacientes)

NUMERO DE OPERACIONES	TIPO	COMPLICACIONES	
		EMPIEMA	MUERTE
54	Neumonectomía	7	4
131	Lobectomía	3	1
9	Segmentectomía	0	1
16	Broncoplastia	0	0
210		10	6

Mortalidad operatoria global: 2,9 %.

pacientes, visualizándose el tumor en todos excepto en 12 pacientes y la biopsia diagnóstica fue obtenida en el 86 %.

Los tumores estaban distribuidos por todos los lóbulos con especial preponderancia en el bronquio del lóbulo inferior. Los bronquios lobares centrales fueron afectados mucho más frecuentemente que los bronquios segmentarios o la periferia del pulmón.

El tratamiento fue casi exclusivamente la resección quirúrgica. Nueve pacientes correspondientes a una época antigua fueron resecados endoscópicamente. Todos recidivaron y todos fueron subsecuentemente resecados quirúrgicamente. La incidencia de neumonectomía ha ido decreciendo a medida que hemos ido ganando en experiencia con una variedad de procederes

broncoplásticos (tabla IV). El empiema fue la principal causa de morbilidad y mortalidad; sin embargo, estuvo alrededor del 3 % (tabla V).

De especial interés fueron los 16 procederes broncoplásticos realizados por tumores carcinoides típicos. Todos estos tumores fueron visualizados preoperatoriamente por endoscopia y su localización pudo ser definida claramente en la radiografía simple o en la tomografía. El tratamiento consistió (1) en una simple traqueobroncotomía en forma de cuña elíptica (5 pacientes), (2) «bronquial sleeve resection» sin resección pulmonar (3 pacientes), (3) «bronquial sleeve resection» con resección del lóbulo superior (8 pacientes). Estas 16 intervenciones fueron realizadas con 8 variaciones en la técnica anatómica sin mortalidad menor o tardía. Todos

los pacientes vivían sin recidiva entre 6 meses y 19 años postoperatoriamente.

En conclusión, los tumores carcinoides son malignos y la histología de «atipia» es particularmente un signo grave en cuanto al pronóstico. El síndrome carcinoides es raramente visto en los tumores carcinoides reseables de pulmón. La resección quirúrgica debe ser tan conservadora como sea posible para el carcinoides típico, la extirpación endoscópica no consigue una erradicación definitiva del tumor. Los procedimientos broncoplásticos están indicados para minimizar la resección parenquimatosa, sin embargo se requiere unas resecciones más radicales cuando la supuración distal irreversible ha destruido el parenquima pulmonar. El carcinoides «atípico» es de un comportamiento tan agresivo, tan severo como el carcinoma bronquial y debe ser tratado como tal.

B) Carcinoma adenoideo quístico (cilindroma) de los bronquios

De los 12 pacientes intervenidos en la Clínica Mayo por este tumor en los últimos 50 años, 4 han fallecido y 8 están vivos, uno está sin evidencia de la enfermedad 29 años después de la resección. El tumor mucoepidermoide es clasificable en base a su diferencia histológica. Los del grado I (Broder's) son muy lentos para metastatizar y permanecen localizados durante años y responder bien a la resección quirúrgica conservadora sin recurrencia tardía. Los de grado II y III muestran una mayor tendencia a la malignización y causan la muerte por la diseminación generalizada. Como el cilindroma, el mucoepidermoide puede causar la muerte por sepsis pulmonar, independientemente de su potencial neoplásico maligno.