

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO Y BRONCOGRAFICO DEL ADENOMA BRONQUIAL

Dr. Manuel Prats Mata

Siendo la localización más frecuente del adenoma bronquial en la tráquea y grandes bronquios, la broncoscopia es un medio de diagnóstico imprescindible.

No obstante, hay que señalar la existencia de una mínima proporción de adenomas bronquiales periféricos que no son asequibles a la visión endoscópica.

Siguiendo a LEMOINE, desde el punto de vista broncoscópico, clasificamos a los adenomas en los apartados siguientes:

- 1.—Imagen de vegetación lisa redondeada.
- 2.—Imagen de vegetación polilobulada, formada por la yuxtaposición de dos o tres abultamientos redondeados que constituyen el polo superior de la tumoración.
- 3.—Imagen de vegetación irregular formada por la suma de elementos anfractuosos más o menos redondos, pero de pequeñas dimensiones que le dan un aspecto muriforme.

Además de estos tres aspectos vegetantes que señala LEMOINE nosotros añadimos un

- 4.—Imagen infiltrante que suele corresponder al cilindroma.

Bajo estos cuatro aspectos, los adenomas se localizan, como ya hemos dicho, en tráquea y bronquios de grueso calibre: bronquios principales, lobares y segmentarios en orden de preferencia.

Sin embargo, el cilindroma ofrece una localización preferente: asienta en la tráquea, en su tercio inferior y orificios de los bronquios principales, siendo más frecuente en el sexo femenino y un tumor benigno de la segunda a la quinta década de la vida.

Por sus características de implantación distinguimos:

- a) *Formas sesiles*.—De amplia base de implantación sin infiltración a su alrededor y con movilidad conservada de la pared bronquial.
- b) *Formas pediculares o polipoides*.—Son las más frecuentes, alcanzando un porcentaje del 60 a 70 por 100. Su base de implantación es pequeña. Puede adoptar formas esféricas, oblongas, de contornos limpios, superficies lisas, mamelonadas, polilobuladas y muriformes.

En estas dos formas la mucosa que reviste la tumoración se presenta siempre lisa y bien conservada, con una coloración que varía del rojo pálido al rojo intenso, detalle que depende del grado de vascularización del tumor. Casi nunca ulcerado, a pesar de que se han descrito algunos casos de imágenes con necrosis purulentas.

Son intensamente hemorrágicas, por cuya razón es preciso adoptar las máximas precauciones en este sentido al practicar la biopsia.

En las formas polipoideas, según la longitud del pedículo, pueden darse formas tumorales vasculantes que son las que motivan las imágenes de enfisema valvular o hiperclaridades radiológicas.

La consistencia, si no dura, puede considerarse resistente a la presión.

Su volumen es variable, si bien no considerable, en la mayoría de los casos. Es, con su evolución, que el adenoma va creciendo en forma expansiva intrabronquial y sin alterar la mucosa que lo rodea. Dilata el bronquio, llegando a obstruirle totalmente.

La endoscopia revela únicamente el polo proximal de la tumoración, no pudiéndose prever el crecimiento axial del adenoma. Existen otras formas de crecimiento tumoral intramural en las que el broncólogo puede formarse una idea exacta de su extensión, para lo cual hay que recurrir necesariamente a la planigrafía.

En las formas obstructivas consecutivas a tumores de gran tamaño puede presentarse el signo de la rigidez (acartonamiento bronquial), sin que ello constituya un signo de malignidad.

Formas infiltrativas granulares.—Además de las dos formas citadas, que son en mucho las más frecuentes, existe la que estudiamos en este párrafo, que corresponde al adenoma tipo cilindroma, de amplia base de implantación y de la que se han descritos formas que llegan a abarcar hasta seis o más anillos traqueales.

En general, estas formas llegan a la oclusión bronquial por estenosis progresiva, a diferencia de las anteriores, que lo hacen por obstrucción.

El cilindroma puede ofrecer también formas lobuladas o polipoideas.

Exploración broncográfica.—El broncograma nos puede suministrar datos de suma importancia para la indicación de la conducta terapéutica a seguir en cada caso concreto. En efecto, el broncograma puede señalarnos la extensión intrabronquial del tumor y la existencia de bronquiectasias retrotumorales.

Cuando se trata de un adenoma que ocluye parcialmente la luz bronquial, único caso en que puede ofrecernos los datos antes señalados, la broncografía revela el tumor mediante la formación de una imagen lacunar, de superficie regular, de contornos bien delimitados, sesil o pediculado.

Cuando la oclusión es completa, el «stop» del contraste es total, de contornos lisos y regulares. Cuando la sustancia, opaca en algunos casos, logra rebasar el obstáculo, cosa que ocurre en aquellos casos en los que la tumoración ocluye parcialmente el bronquio, se observará una imagen en desfiladero, siempre excéntrica, de contornos netos y regulares. En los bronquios distales aparecen bronquiectasias.

Por los caracteres broncográficos es imposible hacer el diagnóstico diferencial entre un adenoma y un carcinoma, a pesar de los detalles de regularidad, lisura de bordes, etc., ya que puede haber casos de carcinoma, sobre todo en su primera fase, que presenten también estas características. Por otra parte, ya hemos indicado que pueden darse algunos casos de adenoma, en los que la ulceración de su superficie nos dé imágenes irregulares en el broncograma.

Las características broncográficas del examen broncográfico corriente no nos permite diferenciar un adenoma bronquial de un carcinoma de tipo polipoide.

Para que sea posible tal diferenciación hay que recurrir al examen radiológico dinámico. En efecto, mientras los procesos malignos infiltran las paredes del bronquio, haciéndolas rígidas y suprimiendo su dinamismo fisiológico, el adenoma bronquial, proceso por lo general no infiltrado, no afecta la función del bronquio, conservándose las variaciones de calibre bronquial a la inspiración (dilatación), y a la expiración (disminución), y a la tos.