

NEOFORMACIONES BRONQUIALES BENIGNAS

Dres F. Coll Colomé, P. Grañena Fuguet, J. Castella Riera

*(Servicio de Broncología del Hospital de Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.
Director: Dr. A. Castella Escabrós)*

Desde que en 1917 CHEVALIER JACKSON describió el primer caso de adenoma bronquial diagnosticado por broncoscopia y etiquetado de «Endotelioma», numerosos autores han descrito formas de «Epiteliomas llamados benignos», que se describían bajo diferentes nombres, pero con la característica común de su lenta evolución, a pesar de que potencialmente algunos casos demostraban cierta facilidad a la malignización.

Durante muchos años existió un cierto confusionismo en la posición nosológica del llamado «Adenoma bronquial de JACKSON», bajo cuyo nombre se incluían una serie de tumores que, presentando unos caracteres anatómicos comunes, se diferencian por sus características histopatológicas y también por su evolución clínica. Primero en el Congreso de la Asociación para el Estudio de los Bronquios de Ginebra en 1954 y, sobre todo, más tarde con los trabajos de DELARUE, se logró agrupar a todos estos tumores bajo la terminología única de *Epiteliomas de evolución lenta y con estroma modificado*.

Histológicamente se trata de tumores de tipo glandular que carecen de signos de gran malignidad, presentando un cierto parecido con los tumores mixtos de las glándulas salivares. Poseen un desarrollo lento, pero una evolución persistente. Sin presentar, habitualmente, caracteres ni manifestaciones de malignidad no pueden incluirse plenamente dentro de los tumores benignos, pues teniendo, en general, una evolución lenta de carácter benigno en un débil porcentaje de casos (10 por 100) pueden presentar una cierta malignidad que puede manifestarse por una cierta tendencia a la invasión y por la producción de metástasis tardías en diversos órganos (ganglios linfáticos, pulmón, hígado, cerebro, huesos, riñón), metástasis que reproducen las características histológicas del tumor primitivo y que se caracterizan igualmente por su lenta evolución. Puede decirse de estas neoformaciones bronquiales que son «tumores frontera», en el sentido que ocupan un lugar intermedio entre los tumores propiamente malignos y los tumores propiamente benignos.

En la inmensa mayoría de los casos tienen su origen en un bronquio principal o lobar, dando lugar a una estenosis bronquial lentamente progresiva, que en una primera fase se suele traducir por un síndrome hemoptoico banal, pero que más tarde da lugar a un síndrome de obstrucción y retención bronquial rebelde y recidivante, terminando a la larga por determinar gravísimas alteraciones parenquimatosas. Por desgracia, suele ser únicamente en estas últimas fases cuando, gracias a la broncoscopia, se llega al diagnóstico correcto.

Son mucho más raros que los tumores bronquiales malignos y, contrariamente a estos últimos, su incidencia parece no aumentar. Se presentan con una

CUADRO NUM. 1

SERVICIO DE BRONCOLOGIA.—Drt. Dr. A. Castilla Escabrós
Hospital de la Sta. Cruz y S. Pablo
REVISIÓN DE NEOFORMACIONES BENIGNAS
Dres. F. Coll Colomé, P. Grañena Fuguet, J. Castilla Riera

	Edad	Sexo	Tiempo Evoluc.	Sind. Clinic.	Sind. Radiol.	Sind. Bronc.	Método Diagn.	Método Terap.	Resultado	Dictamen Histolog.
M. P.	20 a.	fem.	3 a.	Supur.	Atelec.	sesil lisa	Biops.	Lobect.	Curación	Adenoma
F. S.	23 a.	masc.	2,5 a.	Supur.	Atelec.	sesil mama	Biops.	Lobect.	Curación	Adenoma
D. G.	27 a.	fem.	8 m.	Supur.	Atelec.	sesil lisa	Biops.	Lobect.	Curación	Adenoma
M. N.	28 a.	masc.	2	Hemopt.	Enfis.	sesil lisa	Biops.	Lobect.	Curación	Adenoma
F. L.	29 a.	fem.	2 a.	Supur.	Atelec.	sesil lisa	iops.	Médico	Exitus	Adenoma
J. C.	32 a.	masc.	11 m.	Hemopt.	Enfis.	pedic. lisa	Biops.	Broncot.	Curación	Adenoma
N. G.	32 a.	fem.	1 a.	Supur.	Atelec.	sesil lisa	BAS	Lobect.	Curación	Adenoma
S. S.	36 a.	fem.	1 a.	Supur.	Atelec.	sesil lisa	Biops.	Neumon.	Curación	Adenoma
E. T.	40 a.	fem.	6 a.	Hemopt.	Atelec.	sesil lisa	Biops.	Lobect.	Curación	Adenoma
J. G.	43 a.	fem.	2 a.	Hemopt.	Atelec.	sesil lisa	Biops.	Médico	Sobrevive a los 4 a.	Adenoma
T. F.	44 a.	masc.	2 a.	Disnei.	Normal	sesil mama	Biops.	Médico	Exitus	Cilindroma
C. V.	47 a.	masc.	2 a.	Hemopt.	Enfis.	sesil lisa	Biops.	Traque.	Curación	Cilindroma
P. M.	48 a.	masc.	3 a.	Disnei.	Normal	sesil lisa	Biops.	Traque.	Curación	Cilindroma
J. M.	50 a.	masc.	9 a.	Supur.	Atelec.	Supur.	Necro	Médico	Exitus	Adenoma
A. M.	53 a.	masc.	3,5 a.	Hemopt.	Atelec.	sesil lisa	BAS	Lobec.	Curación	Adenoma
J. F.	56 a.	masc.	8 a.	Supur.	Enfis.	sesil mama	BAS	Lobec.	Curación	Adenoma

CUADRO NUM. 2

SERVICIO DE BRONCOLOGIA.—Dr. Dr. A. Castella Escabrós
Hospital de la Sta. Cruz y S. Pablo. Barcelona

REVISION DE NEOFORMACIONES BENIGNAS. 16 casos
Dres. F. Coll Colomé, P. Grañena Fuguet, J. Castella Riera

de 468 Neofomaciones bronquiales — 16 benignas — 3,4%

Edad.—menos de 45 a. — 11

más de 45 a. — 5

Sexo.—hombres — 9

mujeres — 7

Tiempo de evolución.—superior a 1 año — 14

inferior a 1 año — 2

Método diagnóstico.—Biopsia endoscópica — 12

Broncoaspiración S. — 3

Necropsia — 1

Método terapéutico.—Bronco o traqueotomía — 3

Lobectomía — 8

Neumonectomía — 1

Médico — 4

Resultados.—Curación — 12

Aleatorio — 1

Exitus — 3

Naturaleza histológica.—“Adenoma” — 13

Cilindroma — 3

frecuencia sensiblemente igual en dos sexos y, pudiéndose presentar a cualquier edad, parecen hacerlo con una neta mayor frecuencia de los 30 a los 40 años.

Se han propuesto múltiples clasificaciones de estos *epiteliomas bronquiales de evolución lenta y estroma modificado*. Ninguna de estas clasificaciones parece ser definitiva; podríamos decir que es una clasificación que se encuentra en continua evolución y suele ser calificada de provisional por el mismo autor que la formula. Agrava y explica esta confusión el descubrimiento de nuevas formas tumorales y el hecho de que en distintas clasificaciones, reciban nombres distintos tumores idénticos. A la luz de los conocimientos actuales pueden incluirse dentro de este grupo de tumoraciones bronquiales:

1. Cilindroma.
2. Adenoma típico de JACKSON (o Adenoma bronquial puro de WESLER y RABIN).
3. Adenoma atípico, con sus dos formas:
 - carcinoide
 - en granos de avena (GALY).
4. Tumor mixto de GRAHAM y WORMACK (o formas pluritisulares).
5. Tumor de células mioepiteliales.

De todas estas formas, de mucho, la más frecuente es el adenoma típico.

Experiencia personal.

Nuestra experiencia en la patología clínica de esta clase de tumores se basa en el estudio de 468 neoformaciones bronquiales, observadas en la clínica broncológica del Servicio del Hospital de San Pablo de Barcelona, que dirige el Dr. A. Castella Escabrós, de los cuales 16 (o sea el 3,4 %) pertenecían al cuadro clínico-histológico del llamado «adenoma bronquial».

Hemos dejado fuera de esta estadística cierto número de casos en los que, por diversas circunstancias, o bien no hemos podido seguir su evolución clínica o bien carecíamos de una ratificación histológica.

En el Cuadro número 1, presentamos las características individuales de los 16 casos estudiados de neoformaciones bronquiales benignas.

En el Cuadro número 2, presentamos la frecuencia con que se nos han presentado estas tumoraciones según la edad y el sexo, el tiempo que llevaban de evolución antes de acudir el enfermo a nosotros, los métodos diagnósticos y terapéuticos que empleamos en ellos y los resultados que obtuvimos.

Cuadro clínico.—El cuadro clínico de aparición de la tumoración ha variado según tres circunstancias principales: localización de la tumoración, forma de implantación y tiempo de evolución. Así por ejemplo, en los cilindromas traqueales predominaba el síndrome disnéico; las hemoptisis de repetición eran el síntoma corriente en las localizaciones bronquiales y, debido a la tendencia bronco-obstruccionista de la tumoración, la complicación supurativa ha aparecido en todos los casos que llevaban un largo tiempo de evolución, como ocurría en la mayoría de nuestros enfermos.

La imagen radiológica siempre ha guardado relación con el grado de obstrucción bronquial. En los tres cilindromas traqueales observados, la radiología

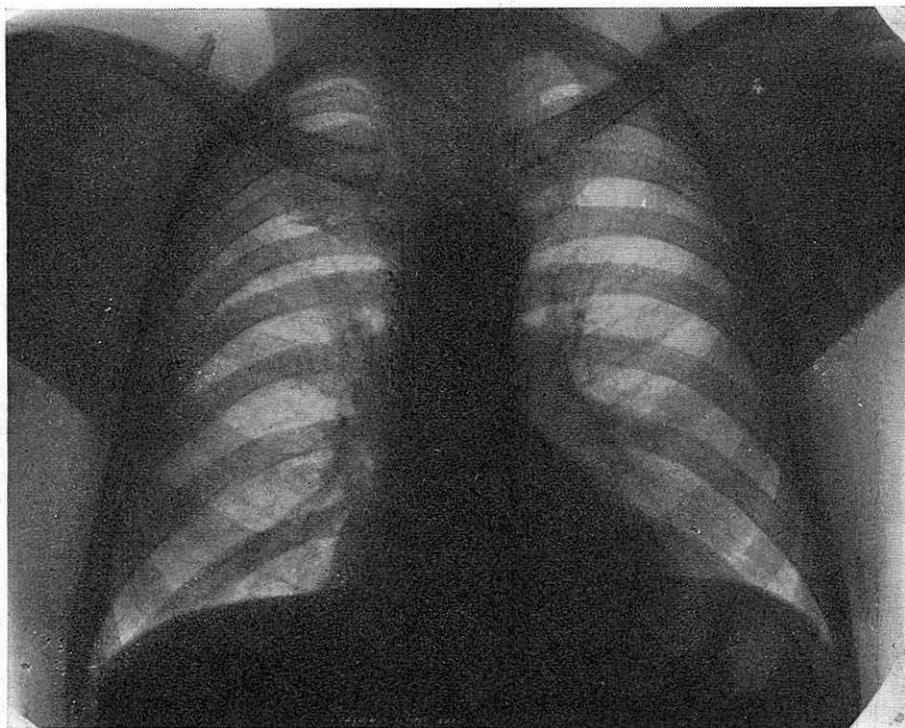
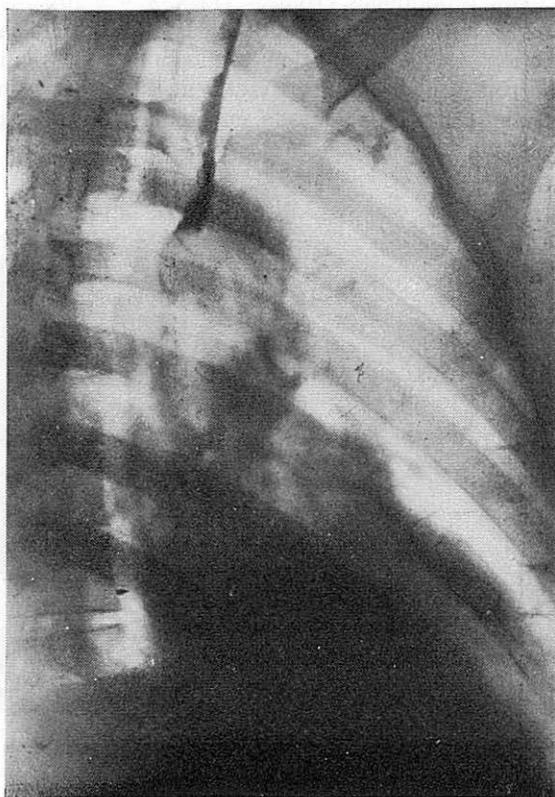


Fig. 1 - P. M. Cilindroma traqueal; radiografía simple normal.



**Fig. 2 - P. M. Cilindroma traqueal;
radiografía de perfil pone de mani-
fiesto la existencia de una tumoración.**

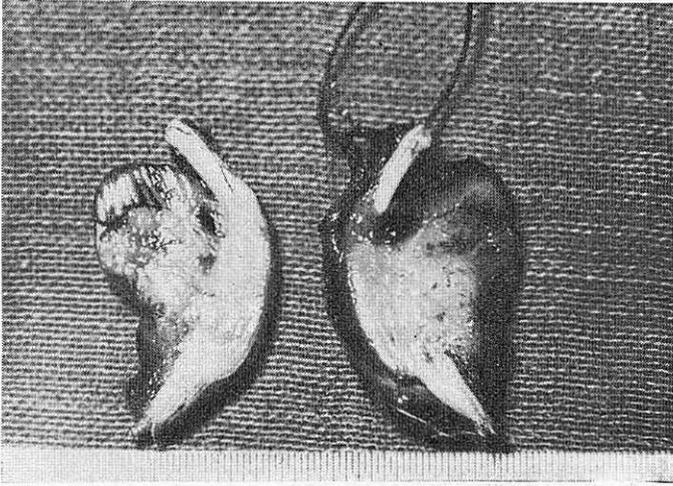


Fig. 3 - P. M. Cilindroma traqueal; en la pieza recién extirpada, el cartílago traqueal aparece bien conservado y la tumoración bien limitada.

corriente era normal y sólo gracias a la tomografía o a la traqueografía, la tumoración se ponía en evidencia (Figs. 1, 2, 3 y 4). Salvo en tres casos con efisema lobar obstructivo (dos formas sesiles y otra pediculada de bronquio principal), la atelectasia lobar y el stop broncográfico han sido las características radiológicas del resto de nuestros casos (Figs. 5, 6 y 7). En algún caso se logró la opacificación con lipiodol del territorio bronquial distal respecto la tumoración, poniéndose entonces de manifiesto la existencia de graves alteraciones bronquiales, dilataciones de aspecto irregular, propias de las supuraciones bronquiales crónicas (Figs. 8, 9 y 10). En un caso en que el enfermo rechazó la intervención quirúrgica, la atelectasia se hizo completa de todo el hemitórax, la supuración broncopulmonar siguió su evolución clásica y en la necropsia pudo evidenciarse la nula tendencia invasiva de la neoformación, que se apreciaba bien limitada, envainada por tejido pulmonar con las características de toda supuración crónica.



Fig. 4 - P. M. Cilindroma traqueal; aspecto istológico.

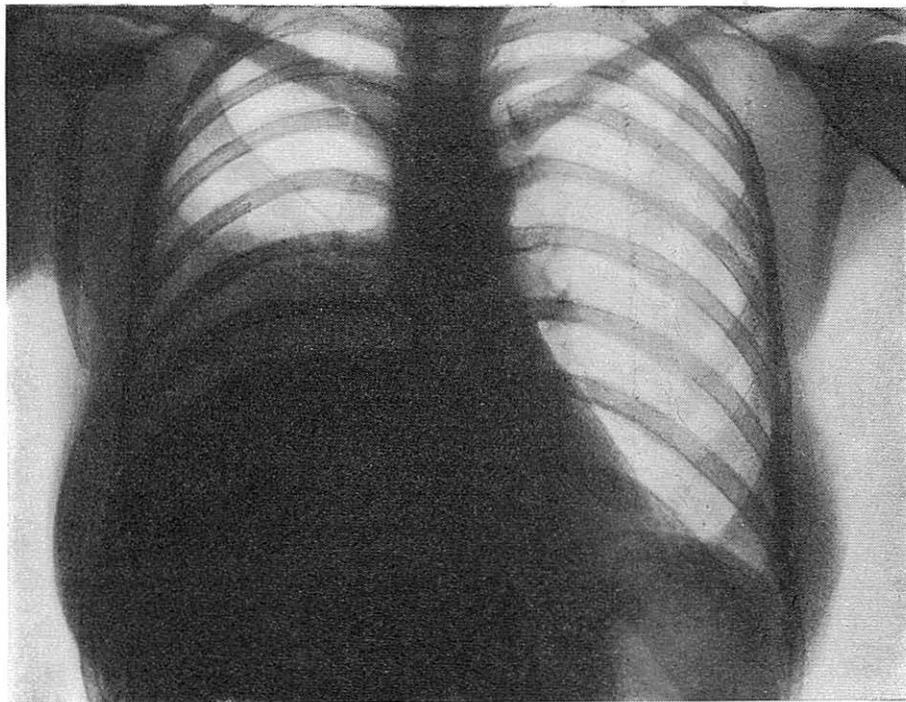


Fig. 5 - D. G. Adenoma típico del bronquio inferior derecho; atelectasia lobar inferior derecha.



Fig. 6 - D. G. Adenoma bronquial. La broncografía pone de manifiesto un claro «stop» bronquial.

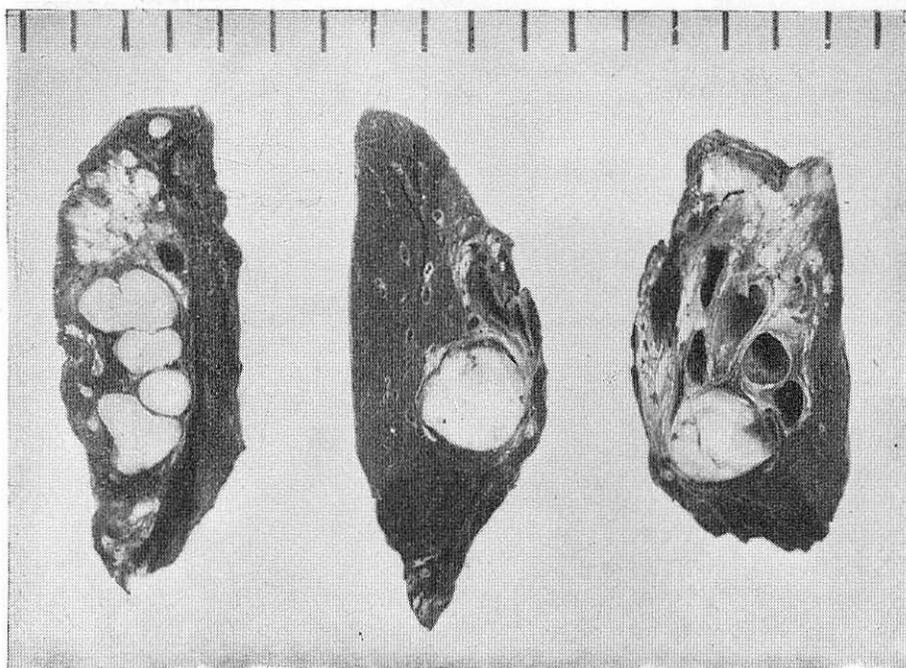


Fig. 7 - D. G. Adenoma bronquial. Cortes de la pieza de exéresis lobar; inferior derecha. Aparece la tumoración como una masa redondeada, bien encapsulada y situada en un lecho constituido por el bronquio muy dilatado; bronquiectasias subyacentes y focos de piosclerosis.

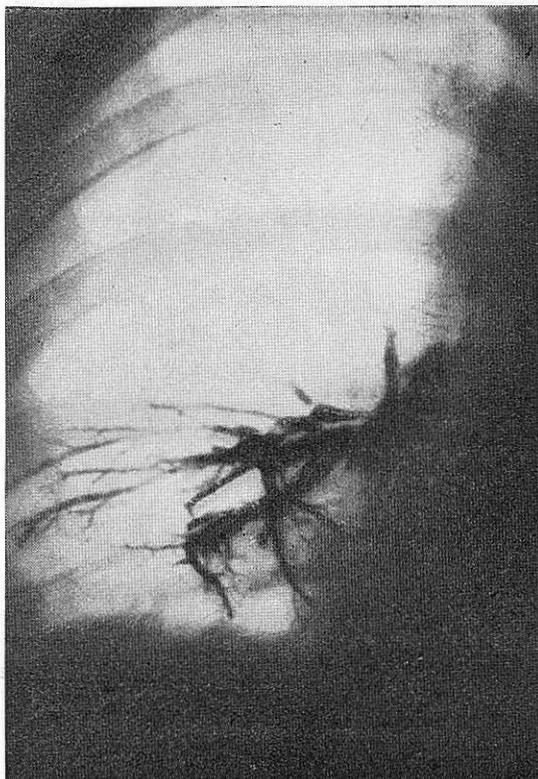


Fig. 8 - F. S. Adenoma bronquial situado inmediatamente por debajo del bronquio paracardiaco. Broncografía derecha anteroposterior; se aprecia bien la imagen de «stop».

Broncoscópicamente, hemos encontrado las formas que describimos con Prat en la ponencia de 1956 en Zaragoza, predominando la forma lobulada obstructiva. No siempre el aspecto externo de la tumoración nos ha permitido el diagnóstico de seguridad y en este sentido nos hemos fiado mucho más de la ausencia de los signos indirectos propios de las neoplasias malignas, traduciendo la escasa tendencia infiltrativa de la tumoración. En los dos enfermos con cilindroma traqueal, las maniobras biópsicas las realizamos con sumo cuidado para evitar la reacción inflamatoria post-trauma-biopsia, posible causa de síndrome de obstrucción traqueal. A pesar de la tendencia hemorrágica de estas tumoraciones, la biopsia fue posible en la gran mayoría de los casos.

Terapéutica.—Nuestra conducta terapéutica se ha orientado siempre hacia la intervención quirúrgica, ya que el tratamiento médico sólo ha servido para disminuir momentaneamente las molestias ocasionadas por el síndrome de obstrucción.

De los tres cilindromas traqueales, dos fueron intervenidos (uno por el doctor MÉTRAS y otro por el doctor LONGEFAIT) mediante resección de la pared traqueal donde estaba implantado el tumor y subsiguiente sutura término-terminal; se mantienen sin recidivas después de 2 y 6 años y su aspecto clínico, radiológico y endoscópico es completamente normal. La broncotomía sólo fue posible en un caso, que se mantiene sin recidivas después de 5 años. Sólo en un caso fue necesaria la neumonectomía; en los demás casos se practicó la lobectomía.

Los resultados de esta terapéutica quirúrgica han sido excelentes en todos los casos, independientemente de la forma histológica; en ningún caso hemos podido observar recidivas ni metástasis; los tres casos de forma carcinoide han sobrepasado los cinco años después de la intervención.

De los tres casos no intervenidos, el primero, un adenoma del lóbulo superior, murió con un cuadro de supuración broncopulmonar; el segundo, un cilindroma traqueal, fue exitus en un síndrome asfíctico; y el tercero, una enferma que rehusó la intervención quirúrgica, sobrevive desde hace 5 años en que fue diagnosticada de un adenoma en la entrada del lóbulo superior derecho.

Consideraciones finales.

1) En nuestra estadística no se aprecia la predominancia femenina de esta clase de tumores descrita por algunos autores.

2) En relación con las neoplasias malignas diagnosticadas broncoscópicamente con ratificación histológica, la proporción de estos tumores es del 3,4 %. Dada la posible evolución a la malignidad de estos «epiteliomas a evolución lenta», es posible que alguno de los casos por nosotros diagnosticados de cáncer bronquial, con antecedentes de larga duración, pertenecieran inicialmente a esta clase de tumoraciones.

3) En cuanto a la presentación clínica, el síndrome hemoptóico ha sido predominante. La abundancia de las formas supurativas observadas ha sido debida al retraso del enfermo en acudir al centro broncoscópico.

4) Broncoscópicamente, más que el aspecto externo de la tumoración, lo que nos ha inducido al diagnóstico correcto ha sido el comportamiento de la región bronquial en que se encontraba el tumor: movilidad bronquial conservada y respeto de la arquitectura parietal. Una característica principal de estas neoplasias es la facilidad con que sangran al ser biopsiadas; a pesar de ello, la biopsia directa ha sido posible en la mayoría de los casos.

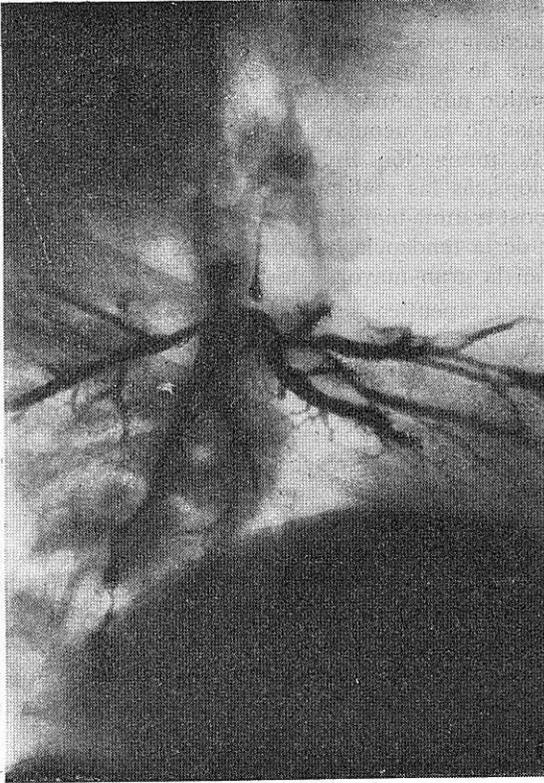


Fig. 9 - F. S. Adenoma bronquial situado por debajo del bronquio para cardiaco. En la brocografía de perfil, se puede observar como el lipiodol logra penetrar más allá de la tumoración, poniendo en evidencia la existencia de graves alteraciones bronquiales.



Fig. 10 - F. S. Adenoma bronquial. Al practicar la exéresis, la tumoración aparece redondeada, obturando casi completamente la luz bronquial, pero sin invadir sus paredes que conservan un aspecto normal

5) Por último, en cuanto a los resultados terapéuticos, éstos han sido excelentes en todos los casos intervenidos quirúrgicamente. Es de lamentar que, debido al largo tiempo de evolución de la mayoría de nuestros enfermos, las indicaciones de cirugía conservadora hayan sido tan pocas y, en la mayoría de las veces, nos hayamos visto obligados a indicar la cirugía de exéresis.

No tenemos experiencia en la resección de la tumoración por vía endoscópica, que, de todas formas, creemos raramente debe ser indicada.