

Coexistencia de carcinoma broncogénico y tuberculosis pulmonar activa

E. Martínez Moragón, J. Aparicio Urtasun*, P. Cordero Rodríguez, J. Sanchís Aldás, M. León Fábregas y M. Perpiñá Tordera

Servicios de Neumología y *Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Presentamos 9 pacientes con diagnóstico sincrónico de tuberculosis pulmonar activa y carcinoma broncogénico en un período de 5 años. Todos eran varones, de edad media 55 ± 10 años. El síntoma predominante fue un síndrome tóxico de 1-3 meses de evolución y el patrón radiológico más común, la consolidación alveolar. La estirpe histológica correspondió a carcinoma escamoso (4 casos), adenocarcinoma (4 casos, con uno bronquioloalveolar) y carcinoma de células grandes (uno). Con frecuencia el estadio tumoral era avanzado: IV (44%) y III (33%). El bacilo tuberculoso se aisló en el esputo (100%) y en el aspirado bronquial (50%); no aparecieron resistencias in vitro. Tres pacientes fueron tratados con cirugía radical y tres con radioterapia. La mediana de supervivencia de la serie se alcanzó a los 3 meses.

Palabras clave: *Tuberculosis pulmonar. Carcinoma broncogénico.*

Arch Bronconeumol 1995; 31: 32-34

Introducción

Es bien conocida la mayor susceptibilidad a la tuberculosis que presentan los individuos con cáncer, especialmente con enfermedad de Hodgkin, leucemia linfática crónica y neoplasias de las vías aéreas y del tracto digestivo superior^{1,2}. Tanto la tuberculosis como el carcinoma broncogénico constituyen problemas vigentes de salud pública en nuestro medio^{3,4}. Su presentación simultánea es poco frecuente en la clínica (1-3% de los pacientes con cáncer de pulmón)^{5,6}, siendo más común en los estudios necrópsicos⁷. Dada su semejanza clínica y radiológica existen dificultades en el diagnóstico diferencial⁸ que conllevan implicaciones terapéuticas y pronósticas.

Correspondencia: Dr. J. Aparicio Urtasun.
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario La Fe.
Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia.

Recibido: 18-2-94; aceptado para su publicación: 19-4-94.

Coincident bronchogenic carcinoma and active tuberculosis of the lung

We describe 9 patients with coincident active tuberculosis of the lung and bronchogenic carcinoma who were all diagnosed within a 5-year period. All were men, with a mean age of 55 ± 10 years. The principal symptom was toxic syndrome lasting 1-3 months and the most common X-ray sign was alveolar consolidation. Analysis of tissue samples revealed squamous carcinoma (4 cases), adenocarcinoma (4 cases, one of which was bronchioloalveolar) and non-small cell carcinoma (1 case). Tumoral stage was often advanced: IV (44%) and III (33%). The tuberculosis bacillus was isolated in sputum (100%) and in bronchial aspirate (50%); no in vitro resistance was observed. Three patients were treated with radical surgery and three with radiotherapy. Average survival was 3 months in this series.

Key words: *Tuberculosis of the lung. Bronchogenic carcinoma.*

El presente trabajo aporta nuestra casuística de 9 pacientes diagnosticados sincrónicamente de ambas enfermedades durante los últimos 5 años (1988-1992). Revisamos los factores predisponentes, la presentación y la forma de diagnóstico, así como la evolución y respuesta al tratamiento.

Observaciones clínicas

En un período de 5 años se han diagnosticado en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario La Fe 584 carcinomas de pulmón: en nueve de ellos (1,5%) se aisló *Mycobacterium tuberculosis* en los 2 meses previos o posteriores al diagnóstico de la neoplasia. Las características generales de los pacientes se muestran en la tabla I. Ninguno de ellos refería antecedentes previos de tuberculosis, si bien en dos se observaron lesiones residuales específicas. Tampoco presentaban factores de riesgo conocidos para la infección por el VIH, ni otras enfermedades inmunosupresoras.

La manifestación clínica predominante fue un síndrome tóxico de 1-3 meses de evolución (67%), seguido de dolor torácico (44%) y esputos hemoptoicos (33%); todos los pa-

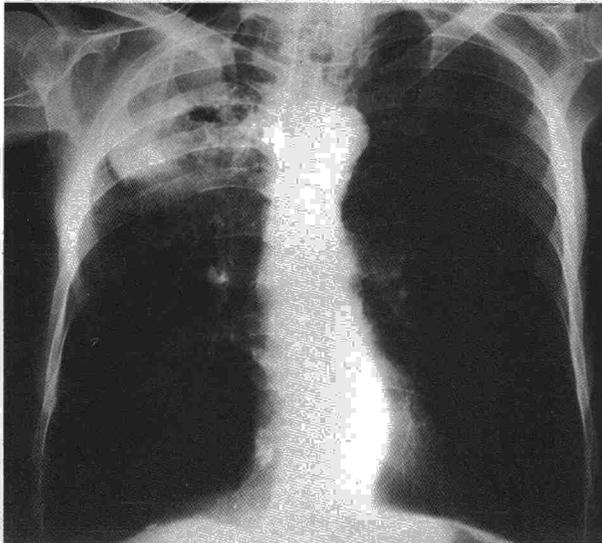


Fig. 1. Radiografía de tórax de un paciente con coexistencia de carcinoma escamoso y tuberculosis. Se aprecia una condensación y cavitación en el lóbulo superior derecho (caso 1).



Fig. 2. TAC torácica: se observa un patrón intersticio-alveolar bilateral, junto a una masa hilar izquierda y atelectasia del lóbulo superior izquierdo (caso 8).

cientes presentaban síntomas en el momento del diagnóstico. La mediana del índice de Karnofsky fue del 70% (límites, 30-90). Se efectuó la intradermorreacción tuberculínica (2 U PPD-RT 23) en 7 enfermos; fue negativa en uno y, en el resto, la induración media a las 48-72 horas fue de 12 ± 3 mm.

La radiografía de tórax mostró un patrón de consolidación alveolar en 7 pacientes, cavitado en tres de ellos (fig. 1). Había derrame pleural en un paciente y engrosamiento pleural en tres. En ninguno se apreciaron adenopatías hiliares, mediastínicas o patrón miliar. La localización más frecuente fue en los lóbulos superiores, principalmente del lado izquierdo (66,6%); en 3 pacientes las lesiones eran bilaterales (fig. 2). Los tipos histológicos más comunes fueron el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma. Frecuentemente se ha diagnosticado el tumor en un estadio avanzado: IV (44,4%) y III (33,3%) (tabla II).

El diagnóstico de la tuberculosis se obtuvo a partir de muestras de esputo, que han presentado positividad para el examen bajo tinción Ziehl-Neelsen en 6 casos y para el cultivo en medio de Löwenstein en los 9 pacientes del estudio. Además, se remitieron muestras del aspirado bronquial en 6 casos, de los cuales el examen Ziehl-Neelsen resultó positivo en el 33% y el cultivo Löwenstein en el 50%. No se registraron resistencias in vitro. Se realizó una fibrobroncoscopia a todos los pacientes, siendo el hallazgo más frecuente infiltración neoplásica (44,4%), seguido por distorsión y alteraciones inespecíficas (22,2%) y tumor endobronquial (11,1%); no se encontraron anomalías en 2 casos. El diagnóstico de la neoplasia se obtuvo por procedimientos endoscópicos en 7 individuos (biopsia bronquial en 6 y transbronquial en uno); en los dos restantes se practicó una toracotomía y una punción aspirativa transtorácica, respectivamente.

Se emplearon asociaciones de fármacos antituberculosos (con 3 fármacos en 5 casos y con cuatro en el resto), excepto en un paciente que falleció a los 40 días de su ingreso sin haberse producido la confirmación microbiológica. No aparecieron reacciones adversas a la medicación y se constató negativización del esputo en 5 pacientes a los 50-60 días de

tratamiento. Con respecto al tratamiento de la neoplasia, solamente fueron susceptibles de tratamiento quirúrgico 3 pacientes (2 lobectomías de lóbulo superior izquierdo y una neumonectomía izquierda). En el resto se administró radioterapia paliativa (35-45 Gy, 3 pacientes) y/o medidas de soporte (tabla II). Se alcanzó la mediana de supervivencia a los 3 meses.

TABLA I
Características generales de los pacientes con tuberculosis y cáncer de pulmón

Edad media (límites)	55 \pm 10 años (37-69)
Sexo	9 varones
Tabaco (> 20 cigarrillos/día)	7 casos
Alcoholismo	2 casos
Enfermedades asociadas	
EPOC	4 casos
Gastrectomía por úlcus	1 caso
Diabetes	1 caso

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

TABLA II
Clasificación, tratamiento y evolución

Caso/ edad	Tumor	Estadio	Tratamiento	Evolución
1/66	Escamoso	IIIb	Sintomático	Muerte: 40 días
2/55	Escamoso	IV	Sintomático	Muerte: 60 días
3/64	Adenocarcinoma	IV	RT paliativa	Muerte: 90 días
4/37	Escamoso	I	Lobectomía	PS: 180 días
5/52	Adenocarcinoma*	IV	Sintomático	Muerte: 60 días
6/47	Escamoso	IIIb	RT paliativa	PS: 60 días
7/56	Células grandes	I	Lobectomía + RT	Muerte: 270 días
8/47	Adenocarcinoma	IIIa	Neumonectomía	Muerte: 35 días
9/69	Adenocarcinoma	IV	RT paliativa	PS: 90 días

*Bronquioloalveolar. RT: radioterapia. PS: pérdida de seguimiento.



Discusión

La incidencia de cáncer de pulmón parece ser superior en los pacientes con tuberculosis pulmonar que en la población general. Su presentación sincrónica conlleva a menudo un retraso significativo en el diagnóstico de la neoplasia y, por tanto, un peor pronóstico⁹. Aunque algunos autores han sugerido una asociación casual, existen evidencias de que la inmunosupresión asociada al cáncer favorece el desarrollo de la enfermedad tuberculosa; del mismo modo, se ha descrito la aparición de neoplasias sobre cicatrices antiguas (*scar-cancer*)¹⁰.

Las principales series de la literatura^{11,12} muestran que no existen diferencias entre las alteraciones radiográficas de los pacientes con tuberculosis pulmonar aislada y con cáncer de pulmón asociado. Además, existe similitud en las manifestaciones clínicas, por lo que se dificulta aún más el diagnóstico. Es preciso un elevado índice de sospecha, que permita dirigir los procedimientos de toma de muestras para su estudio microbiológico e histopatológico.

Dada la alta rentabilidad en la detección de la tuberculosis con muestras de fácil obtención, como el esputo, parece recomendable su búsqueda en los pacientes con cáncer de pulmón, al menos en los casos con una evolución anormalmente desfavorable⁵. Del mismo modo, en los pacientes con tuberculosis pulmonar en los que se obtenga una respuesta inadecuada al tratamiento, debería descartarse la existencia de una neoplasia pulmonar sobreañadida¹¹. Destacamos en nuestra serie el frecuente diagnóstico de la neopla-

sia en situación avanzada y la corta supervivencia obtenida, inferior a la comunicada por otros autores¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan MH, Armostron D, Rosen P. Tuberculosis complicating neoplastic disease. A review of 201 cases. *Cancer* 1974; 33: 850-858.
2. Clifton EE, Irani BBA. Pulmonary tuberculosis and cancer. *NY State J Med* 1970; 70: 274-278.
3. Izarzugara I. El cáncer de pulmón en España. Revisión epidemiológica. *Arch Bronconeumol* 1992; 28: 311-319.
4. Grupo de Trabajo Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Epidemiología de la tuberculosis en España. Resultados de las encuestas realizadas por el grupo TIR en 1988. *Arch Bronconeumol* 1991; 27: 202-209.
5. Tomás S, Pons A, Planas J, Gallén M, Malats N, Pedro-Botet J. Diagnóstico sincrónico de cáncer de pulmón y tuberculosis pulmonar activa. *Neoplasia* 1990; 7: 210-212.
6. Marín Trigo JM, Candel Calderón M, Sebastián Ariño A, Pierna Saura A, Marco Larraga R. Cáncer de pulmón (1). Epidemiología. Clínica. Radiología. *Rev Clin Esp* 1985; 176: 237-242.
7. Mallofré C, Bombi JA, Palacín A, Cardesa A. Tuberculosis en España. Estudio necrópsico. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 735-738.
8. Pitlik SD, Fainstein V, Bodey GP. Tuberculosis mimicking cancer; a reminder. *Am J Med* 1984; 76: 822-825.
9. Ming Ting Y, Church WR, Ravikrishnan KP. Lung carcinoma superimposed on pulmonary tuberculosis. *Radiology* 1976; 119: 307-312.
10. Mok CK, Nandi P, Ong GB. Coexistent bronchogenic carcinoma and active pulmonary tuberculosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 76: 469-472.
11. Tunell WP, Koh YC, Adkins PC. The dilemma of coincident active pulmonary tuberculosis and carcinoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 62: 563-567.
12. Hill CH. Thoracic tuberculosis, mycobacteriosis, MERosis, and BCGosis in a cancer treatment center. *Radiology* 1984; 153: 311-316.