

Nota clínica

Metástasis endobronquiales de carcinoma del canal anal

Mireia Dalmases*, Carmen M. Lucena, Esteban Cano-Jiménez, Antoni Xaubet y Carles Agustí

Servicio de Neumología, Instituto del Tórax, Hospital Clínic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de julio de 2011

Aceptado el 19 de julio de 2011

On-line el 3 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Metástasis endobronquiales

Carcinoma del canal anal

Broncoscopia

Keywords:

Endobronchial metastases

Anal canal carcinoma

Bronchoscopy

RESUMEN

Las metástasis endobronquiales (MEB) de tumores primarios extratorácicos son infrecuentes. Los tumores de órganos sólidos que con más frecuencia se han asociado a MEB son el carcinoma de mama, el renal y el colorrectal.

En esta nota clínica se describe el primer caso documentado de MEB de carcinoma del canal anal, neoplasia que constituye menos del 1% del total de tumores colorrectales.

La presentación clínica de esta entidad es variable y es asintomática en más del 50% de los casos. Generalmente las MEB suelen diagnosticarse en fases avanzadas, por lo que la supervivencia es baja. Se trata pues de una manifestación clínica excepcional en que la broncoscopia tiene un importante papel tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

© 2011 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Endobronchial Metastases of Anal Canal Carcinoma

ABSTRACT

Endobronchial metastases (EBM) secondary to extrapulmonary primary tumours are rare. The most common solid malignant tumours associated with EBM are breast, renal and colorectal carcinomas.

This case report describes the first documented case of EBM from anal canal carcinoma. This neoplasm constitutes less than 1% of colorectal tumours.

The clinical presentation of this entity is variable, being asymptomatic in more than 50% of cases. Generally, EBM are diagnosed in advanced stages and the survival after the diagnosis is poor.

It is therefore an exceptional clinical manifestation in which bronchoscopy has an important role in the diagnosis and the treatment.

© 2011 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las metástasis endobronquiales (MEB) de tumores primarios extratorácicos son infrecuentes. Se estima que la incidencia de MEB en pacientes que fallecen por enfermedad metastásica es del 2%. Los tumores de órganos sólidos que con más frecuencia se han asociado a MEB son el carcinoma de mama, el renal y el colorrectal. Se describe el primer caso de MEB de un carcinoma escamoso del canal anal, variedad que representa el 1% de los tumores colorrectales.

Observación clínica

Mujer de 46 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ex fumadora con una dosis acumulada de 40 paquetes/año y ex adicta a drogas por vía parenteral. Como antecedentes patológicos estaba

afectada de una infección por VHC y VIH estadio C3 desde 1990, habiendo presentado múltiples infecciones oportunistas. En 2001 se le practicó una conización por una neoplasia cervical intraepitelial (CIN III) secundaria a infección por virus del papiloma humano (VPH) serotipos 16 y 18.

En octubre de 2008 fue diagnosticada de un carcinoma escamoso del canal anal (T4N1M0), por lo que realizó tratamiento con radioterapia y quimioterapia (cisplatino y 5-fluorouracilo). Un año después, en una tomografía computarizada (TC) de tórax se objetivaron dos nódulos infracentimétricos en los lóbulos superior e inferior derechos orientados como probables metástasis pulmonares de la neoplasia primitiva, realizándose 7 ciclos con el mismo esquema. Tres meses después de finalizar el tratamiento, en la TC de tórax se evidenció un aumento de tamaño de los nódulos pulmonares y aparición de adenopatías en región paratraqueal derecha, subcarinal e hilar derecha (fig. 1). En la fibrobroncoscopia se evidenció un ensanchamiento de la carina principal y 3 grandes lesiones polilobuladas e hipervasculares, en la carina principal y en los bronquios principales derecho e izquierdo, que

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdalmase@clinic.ub.es (M. Dalmases).

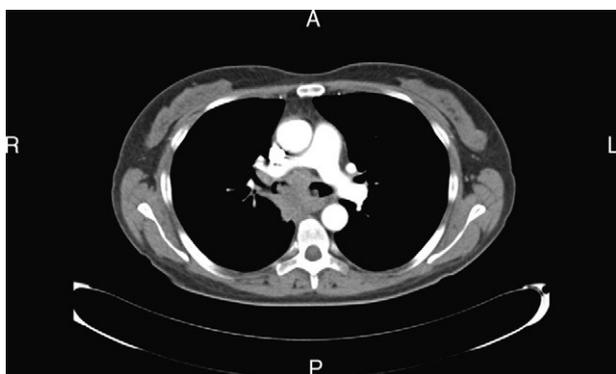


Figura 1. TC torácica: adenopatía subcarinal y ocupación de ambos bronquios principales con oclusión del bronquio del lóbulo medio y del lóbulo inferior derecho.

provocaban una obstrucción del 80% de la luz bronquial. En función de estos hallazgos se realizó una fotorresección con láser de las lesiones endobronquiales. Los resultados del estudio anatomopatológico fueron compatibles con metástasis de carcinoma escamoso de origen digestivo con áreas de necrosis.

La paciente presentó una correcta evolución clínica inicial, pero falleció 2 meses después en el contexto de una neumonía intrahospitalaria.

Discusión

El carcinoma colorrectal representa el 15% del total de neoplasias y es la segunda neoplasia más frecuente en ambos sexos. La neoplasia del canal anal constituye menos del 1% del total de los tumores colorrectales. Clásicamente se ha asociado a patología anorrectal crónica (hemorroides, fístulas) o a enfermedades de transmisión sexual, muy en particular a infecciones por el VPH serotipo 16, como sucedía en el caso descrito.

El diagnóstico de carcinoma del canal anal suele hacerse en fases avanzadas de la enfermedad. El tipo histológico más frecuente es el escamoso y provoca con frecuencia crecimiento local a estructuras vecinas con afectación linfática de ganglios mesorrectales o inguinales e incluso, en algunos casos, diseminación hematogena. A diferencia de los carcinomas de colon y de la mitad superior del recto, que metastatizan principalmente en el hígado, en los tumores del canal anal son más comunes las metástasis pulmonares. La presencia de MEB de un carcinoma del canal anal no se había descrito previamente en la literatura.

Diferentes tumores extratorácicos pueden ocasionar MEB, pero los que lo hacen con mayor frecuencia son el cáncer de mama, el hipernefroma y el cáncer colorrectal, siendo este último el responsable del 12-26% de las MEB¹.

La presentación clínica y radiológica de las MEB es indistinguible de la originada por un tumor endobronquial primario. Los síntomas más frecuentes son la tos, la disnea o la hemoptisis, pero hasta el 52-62% de los pacientes pueden estar asintomáticos en el momento del diagnóstico², como en el caso clínico presentado. Este hecho justifica el frecuente retraso en el diagnóstico, que según diferentes series oscila entre 44 y 63 meses³⁻⁶. En el caso clínico que se presenta el retraso diagnóstico fue menos evidente, probablemente debido al rápido crecimiento de las lesiones secundario al grave déficit inmunitario que presentaba la paciente.

En la radiografía de tórax pueden evidenciarse signos indirectos de afectación endobronquial, como ensanchamiento mediastínico o atelectasia. A pesar de que en nuestro caso las MEB fueron visibles en la TC de tórax, generalmente no es una exploración óptima para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad, que no supera el 55%. Se considera que la mejor exploración para el diagnóstico de las MEB



Figura 2. Lesiones polilobuladas hipervascularizadas en carina principal y bronquios principales.

es la fibrobroncoscopia⁷, que suele evidenciar lesiones polipoides hipervascularizadas, como las que se muestran en la figura 2 y que permiten obtener muestras para el diagnóstico definitivo. Ello es especialmente importante, ya que el manejo y el pronóstico de las MEB a menudo pueden ser muy diferentes de los de un carcinoma broncogénico primario⁸. Por otro lado, el tratamiento endoscópico con láser o crioterapia puede ser de gran utilidad para prevenir la obstrucción bronquial completa y mejorar la calidad de vida de estos pacientes⁵.

Las MEB se han clasificado según la forma de desarrollo en lesiones primarias (tipo I: metástasis directas al bronquio) y lesiones secundarias (tipo II: invasión bronquial desde una lesión parenquimatosa; tipo III: adenopatías hiliares y mediastínicas, o tipo IV: lesiones periféricas que se extienden a través de bronquios proximales). Las lesiones secundarias representan en algunas series hasta el 69% de los casos³. En el caso clínico presentado, la MEB sería de tipo III.

La supervivencia después del diagnóstico de MEB es en general baja, y se considera una manifestación que aparece en estadios avanzados de la enfermedad⁹. De los estudios publicados se desprende que la supervivencia de los pacientes tras el diagnóstico de MEB oscila entre 12 y 15 meses^{3,10}. Ettensohn et al.¹¹ describen supervivencias mayores en pacientes con MEB de neoplasia de mama. En el trabajo de Kiryu et al.³, en el que se valora la supervivencia según el tipo de MEB, se evidenció que esta puede oscilar entre 2 meses en el tipo III y 31 meses en el tipo II.

En el caso que se presenta, la rápida y desfavorable evolución podría justificarse por el trastorno inmunitario secundario a su enfermedad de base. Nuestro caso es la exposición de una manifestación clínica excepcional como son las MEB de un tumor del canal anal de evolución tórpida, probablemente en el contexto de comorbilidad grave.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

- Berg HK, Petrelli NJ, Herrera L, Lopez C, Mittelman A. Endobronchial metastasis from colorectal carcinoma. *Dis Col Rect.* 1984;27:745-8.
- Salud A, Porcel JM, Roviro A, Bellmunt J. Endobronchial metastatic disease: Analysis of 32 cases. *J Surg Oncol.* 1996;62:249-52.
- Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, Iwata H, Kokubo M, Shimokawa K, et al. Endotracheal/endobronchial metastases: Clinopathologic study with special reference to developmental modes. *Chest.* 2001;119:768-75.

4. Ormerod LP, Horsfield N, Alani FS. How frequently do endobronchial secondaries occur in a unselected series? *Respir Med*. 1998;62:599–600.
5. Fournel C, Bertoletti L, Nguyen B, Vergnon JM. Endobronchial metastases from colorectal cancers: Natural history and role of interventional bronchoscopy. *Respiration*. 2009;77:63–9.
6. Carlin BW, Harrell JH, Olson LK, Moser KM. Endobronchial metastasis due to colorectal carcinoma. *Chest*. 1989;96:1110–4.
7. Chuang MT, Padilla ML, Teirstein AS. Flexible fiberoptic bronchoscopy in metastatic cancer to the lungs. *Cancer*. 1983;52:1949–51.
8. Cavaliere S, Venuta F, Focoli P, Toninelli C, La Face B. Endoscopic treatment of malignant airway obstructions in 2008 patients. *Chest*. 1996;110:1536–42.
9. Lee YC, Wong CS, Jeffery GM. Endobronchial metastasis from rectal adenocarcinoma. *Respir Med*. 1997;91:245–8.
10. Heitmiller RF, Marasco WJ, Hruban RH, Marsh BR. Endobronchial metastasis. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1993;106:537–42.
11. Ettensohn DB, Bennett JM, Hyde RW. Endobronchial metastases from carcinoma of the breast. *Med Pediatr Oncol*. 1985;13:9–13.