

## CARCINOSARCOMA DE PULMON

J. M. LOSCOS VALERIO \*, A. GUTIERREZ DEL OLMO \*, J. A. RAMIREZ ARMENGOL \*, E. NISA GUTIERREZ \*, B. OREJAS GONZALEZ \*\*, F. LLANES MENENDEZ \*\*\* y C. SARRIA CEPEDA \*\*.

Hospital Clínico de San Carlos.  
Universidad Complutense. Madrid

### Introducción

El carcinosarcoma de pulmón es una neoplasia excepcional que implica la coexistencia de tejido neoplásico epitelial y conectivo en el mismo tumor, debido a cambios simultáneos en ambos tejidos. El carcinosarcoma fue descrito por primera vez en 1908 por Kika <sup>1</sup>, y aunque su existencia fue muy debatida en otros tiempos, es definida actualmente como una entidad propia como lo demuestran los trabajos de Bergmann en 1951 <sup>2</sup>, Chaudhuri en 1970 <sup>3</sup>, Kakos en 1971 <sup>4</sup>, Diaconita en 1975 <sup>5</sup>, Ludwigsen en 1977 <sup>6</sup>. El carcinosarcoma ha sido descrito con frecuencia decreciente en útero, hipofaringe, esófago <sup>7</sup>, vesícula biliar <sup>8</sup> y pulmón.

### Caso clínico

P. G. G. varón de 74 años, con antecedentes de tuberculosis pulmonar hace 30 años y fumador de 30 cigarrillos diarios desde su juventud. Ingresó en el hospital, con historia, desde hace un mes de dolor opresivo en costado izquierdo, sin relación con la respiración, que duraba unas 3-4 horas y cedía con analgésicos. Fiebre de 39 a 40° C, tos con abundante expectoración blanquecina. Astenia, anorexia y pérdida de 4-5 kg. de peso en un mes. No presentaba disnea.

A la exploración destacaba matidez en tercio inferior de hemitórax izquierdo con marcada disminución a la auscultación del murmullo vesicular en dos tercios superior y abolición en la base de dicho hemitórax. Se palpa hepatomegalia a 6 cm. del reborde costal derecho y a 8 cm. de apófisis xifoides dura y dolorosa.

\* Servicio Central de Endoscopia.

\*\* Cátedra de Patología General II.

\*\*\* Cátedra de Anatomía Patológica.

Recibido el día 14 de abril de 1980.

### Analítica

Hematócrito: 44 %, leucocitos: 20.000 (47 polinucleares, 6 cayados, 39 linfocitos y 4 monocitos, 1 eosinófilo, 2 mielocitos y 1 metamielocito). Velocidad de sedimentación: 118 mm. a la 1.ª hora. G.O.T.: 21 unidades/ml. G.P.T.: 30 unidades/ml., L.D.H.: 259 mU/ml., fosfatasa alcalina: 136 mU/ml., bilirrubina total: 0,40 mg. %, calcio: 7,8 mg. %, colesterol: 104 mg. %, proteínas totales: 6 gr. %, albúmina: 1,67 gr., alfa<sub>1</sub>: 0,48 gr., alfa<sub>2</sub>: 1 gr., beta: 1,20 gr., gamma: 2,47 gr. Resto de analítica normal. Cultivo de esputos: Abundante Proteus y Pseudomonas. Ziehl: Negativo. Citología de esputos sin signos de malignidad.

Espirometría: restricción moderada; E.C.G.: normal y E.E.G.: normal.

### Radiología de tórax (figs. 1 y 2)

Radiografía A.P. de tórax con derrame pleural izquierdo. Pérdida de volumen del lóbulo superior izquierdo y efecto de masa a ese nivel. Tomografía en la que se aprecia una masa pulmonar a nivel del lóbulo superior izquierdo. Serie ósea metastásica normal.

### Hepatograma

Zona fría sugerente de lesión ocupacional a nivel del lóbulo izquierdo hepático.

### Broncofibroscopia

Se practica broncofibroscopia según técnica descrita <sup>9</sup>, visualizándose cuerdas vocales, tráquea, carina y árbol bronquial derecho normal. A continuación se penetra en el árbol bronquial izquierdo encontrando a nivel del bronquio segmentario anterior del lóbulo superior izquierdo una masa muy vegetante y móvil, rodeada de mucosa normal que obstruye la luz y que al tomarla con la pinza de biopsia se obtiene un fragmento de 5 mm por ser friable. Bronquios basales disminuidos de calibre por compresión extrínseca (fig. 3).

### Histología

Macroscópicamente pieza esferoidea, de 0,5 cm. de diámetro, de consistencia blanca y coloración blanquecina. Mi-

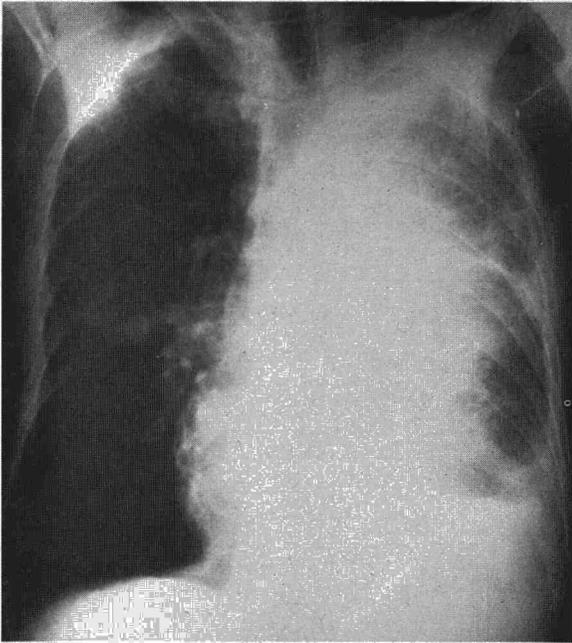


Fig. 1. Radiografía P.A. de tórax con derrame pleural izquierdo. Pérdida de volumen del lóbulo superior izquierdo y efecto masa a ese nivel.



Fig. 2. Tomografía en la que se aprecia una masa pulmonar en el lóbulo superior izquierdo acompañada de probable neumonía obstructiva.

croscópicamente secciones de neoplasia constituida por masas celulares de estirpe epitelial que presentan desmosomas, pero no actividad queratoblástica. Estas células son de contornos poligonales, su citoplasma es acidófilo y los núcleos de cromatina laxa con prominentes nucléolos. Son patentes las atipias y moderado el polimorfismo. Estas células se disponen en nidos o cordones separadas por un estroma fusocelular (fig. 4). En las células del estroma se observan núcleos dismórficos y abundantes mitosis demostrándose la producción fibrilar mediante microscopia de fluorescencia, técnica de Wilder para reticulina y tricómico de Masson (fig. 5). Infiltración inflamatoria reactiva de tipo polimorfonuclear. En superficie el tumor se necrosa produciéndose algunas microhemorragias intersticiales. El cuadro corresponde a un carcinosarcoma.

Se propone laparoscopia para confirmar el área fría hepática y obtener biopsia, pero el paciente se niega, falleciendo en su domicilio.

### Discusión

La histogénesis de esta entidad patológica es muy confusa. Autores como Drury y Stirland<sup>10</sup> piensan que las más de las veces son carcinomas con componentes epiteliales muy anaplásicos que recuerdan a tejido conectivo maligno, interpretación que no puede ser aceptada porque en muchos casos los componentes mesenquimatosos prueban su naturaleza produciendo retícula densa o cartílago, así como tampoco, se puede aceptar la teoría de Kakos<sup>4</sup>, que piensa que sería por la colisión de dos tumores primitivos.

La teoría más plausible sería la de Virchow<sup>11</sup>, que piensa que porción del estroma y epitelio del carcinosarcoma han sido estimuladas a la vez hacia la malignidad o como dice Herxheimer<sup>12</sup>, que piensa que un carcinoma epitelial establecido estimula hacia la malignidad al estroma como parece ser que se ha demostrado experimentalmente<sup>13</sup>.

Los autores más meticulosos exigen que dichos elementos malignos, epitelial y conectivo aparte de estar entremezclados pueden producir metástasis independientes (Chaudhuri), extremos que no pudimos comprobar en nuestro caso ante la negativa del paciente a someterse a una laparoscopia.

Moore<sup>14</sup> en 1961 clasifica el carcinosarcoma de pulmón desde el punto de vista topográfico en dos tipos: *invasivo*, que está situado periféricamente y formado por una masa sólida que puede invadir las costillas o mediastino, siendo el diagnóstico más difícil y de peor pronóstico. El segundo tipo o *endobronquial* crece como una masa protruyente en la luz bronquial invadiendo lentamente a los tejidos en el punto de su origen y eventualmente puede producir metástasis. Hasta hace poco se creía que el pronóstico del carcinosarcoma de pulmón era mejor que el de carcinoma epitelial y, sobre todo, la variedad endobronquial debido a su localización, ya que el paciente comenzaba pronto con síntomas de neumonía obstructiva o hemoptisis que le llevaban al médico. Sin embargo, últimamente se ha

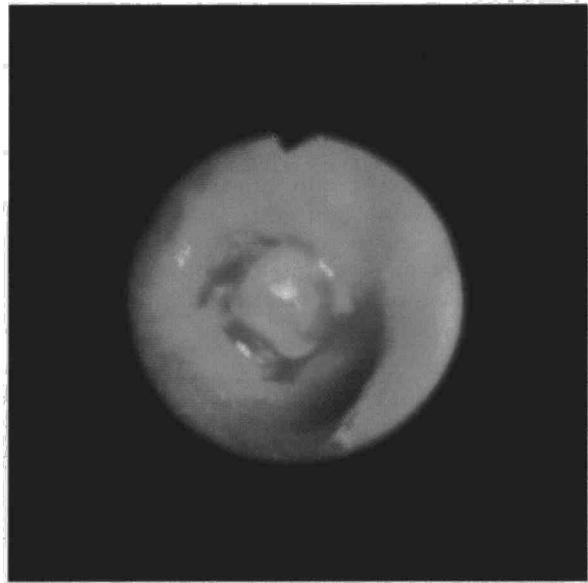
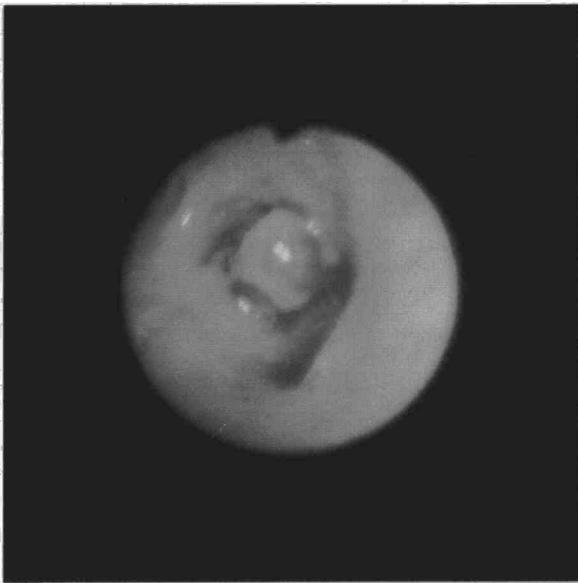


Fig. 3. Fibroendoscopia: masa vegetante que obstruye la luz en bronquio segmentario superoanterior izquierdo.

visto que la supervivencia no es mejor que la del carcinoma escamoso y que su localización no influye en el pronóstico<sup>6,15</sup>, como ocurrió en nuestro caso, que debutó con historia de neumonía un mes antes de su ingreso y falleció cinco meses después.

En la revisión realizada hemos visto, que se ha llegado al diagnóstico histológico mediante la pieza de resección quirúrgica o en la mesa de autopsia, pero nunca mediante la toma de biopsia, ya sea por punción transtorácica o mediante broncoscopia.

En la mayoría de los casos de la literatura, se había realizado broncoscopia habiéndose visualizado el tumor en algunos casos pero la biopsia mostraba solamente la histología neoplásica de una de sus estirpes. En nuestro caso vimos la

masa vegetante y móvil y pudimos tomar un buen fragmento de biopsia, demostrando la anatomía patológica que ambos componentes epitelial y conectivo eran malignos y que dichos elementos estaban entremezclados, no dejando dudas de que se trataba de un carcinosarcoma.

### Resumen

Dentro de las neoplasias de pulmón una de las menos frecuentes es el carcinosarcoma, entidad constituida por el crecimiento tumoral simultáneo del componente epitelial y del conectivo. Se presenta un caso de este tipo de tumor, diagnosticado endoscópicamente y se hace una revisión de la literatura.

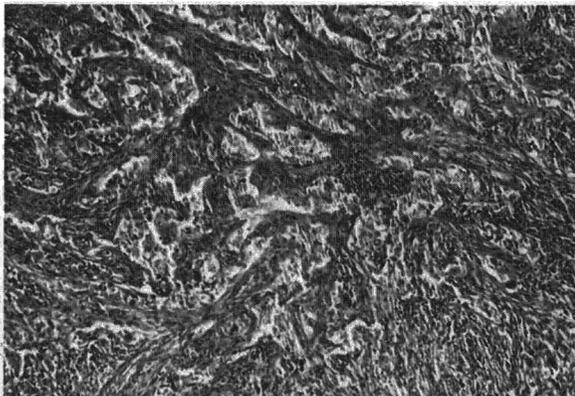


Fig. 4. Anatomía patológica. (H.E. x100): Estructura microscópica con doble componente tumoral: nidos de células epiteliales separados por células fusiformes sarcomatosas, correspondiente a un carcinosarcoma.

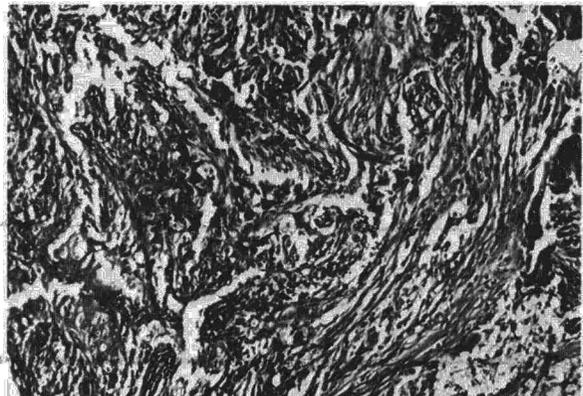


Fig. 5. Método tricrómico de Masson (Masson, 78x), que muestra un estroma sarcomatoso constituido por células de naturaleza fibroblástica.

**Summary****CARCINOSARCOMA OF THE LUNG**

One of the least frequent neoplasms of the lung is carcinosarcoma, an entity formed by simultaneous tumorous growth of the epithelial and connective components. The authors present one case of this type of tumor, diagnosed by means of endoscopy, and review the pertinent medical bibliography.

**BIBLIOGRAFIA**

1. KIKKA: Citado por Herxheimer y Reinke <sup>12</sup>.
2. BERGMANN, M., ACKERMAN, L. V. y KEMMLER, R. L.: Carcinosarcoma of the Lung. Review of the literature and report of the two cases. Treated by Pneumectomy. *Cancer*, 4: 919, 1951.
3. CHAUDHURI, M. R.: Bronchial Carcinosarcoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 61: 319, 1971.
4. KAKOS, S. G.: Pulmonary Carcinosarcoma. Etiologic, therapeutic and pronostic considerations. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 61: 777, 1971.
5. DIACONITA, G.: Bronchopulmonary carcinosarcoma. *Thorax*, 30: 682, 1975.

6. LUDWIGSEN, E.: Endobronchial Carcinosarcoma. *Virchows Archives, A.: Pathological Anatomy and Histology*, 373: 293, 1977.

7. ARMENGOL MIRO, J. R.: Carcinosarcoma del esófago. Consideraciones endoscópicas y biópsicas. XIII Congreso Español de Patología Digestiva, 1976.

8. HERRERO ZAPATERO, A., FUENTE MARTIN, E.: Carcinosarcoma de vesícula biliar: descripción de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Esp. Enferm. A. Digestiv.*, 57: 421, 1980.

9. RAMIREZ ARMENGOL, J. A., GUTIERREZ DEL OLMO, A., ARMENGOL MIRO, J., DE LOS RIOS GUTIERREZ, F.: Fibroendoscopia Bronquial: Introducción a la técnica. *Arch. Bronconeumol.*, 13: 4, 1977.

10. DRURY, R. A. B. y STIRLAND, R. M.: Carcinosarcomatus tumours of the respiratory tract. *J. Path. Bact.*, 77: 543, 1959.

11. VIRCHOW, R.: Cited by Bergmann, Ackerman, L.V. and Kemler, R.1.

12. HERXHEIMER, G. y REINKE, G.: Carcinoma Sarcomatodes (Pathologic des Krebses). *Ergebnisse der Allgemeinen Pathologic und Pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere*, 16: 280, 1912.

13. APOLANT, L., EHRLICH, E.: Cited by Maruf, A., Kazzuk, M. d., Harold C. Urschel.

14. MOORE, T. C.: Carcinosarcoma of the lung. *Surgery*, 50: 886, 1961.

15. BULL, J. C. y GRIMES, O. F.: Pulmonary carcinoma. *Chest*, 65: 9, 1974.