

Metástasis endobronquial de presentación inusual

Autores: Mirabal Yanina Giselda, Montoya Romina, Gullo Regina, Rodríguez Giménez José, Jordan Pablo, Pattin Alejandro

Complejo Médico Policial Churruca-Visca. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, 66 años de edad, no tabaquista. Consultó a principios del año 2017 por tos seca persistente de un mes de evolución, refractaria al tratamiento médico. El paciente negaba disnea.

Antecedentes

En el año 2014, fue sometido a una cirugía de Hartmann por cáncer de colon sigmoidees (adenocarcinoma, Estadio IIa). Más adelante, ese mismo año, se le diagnosticó cáncer de esófago del tercio medio (carcinoma escamoso Estadio IIIa); fue tratado con radioterapia y quimioterapia con buena respuesta. En el año 2016 se le realizó metastasectomía única por secundarismo pulmonar del adenocarcinoma colónico. El paciente continuó seguimiento clínico e imagenológico en los Servicios de Oncología y Gastroenterología.

Examen físico

Presentaba buena mecánica ventilatoria, roncus y escasas sibilancias. Saturación a aire ambiente de 96%.

Estudios por imágenes

La radiografía de tórax no impresionaba patología pleuropulmonar aguda ni de vía aérea central (**Figura 1**).

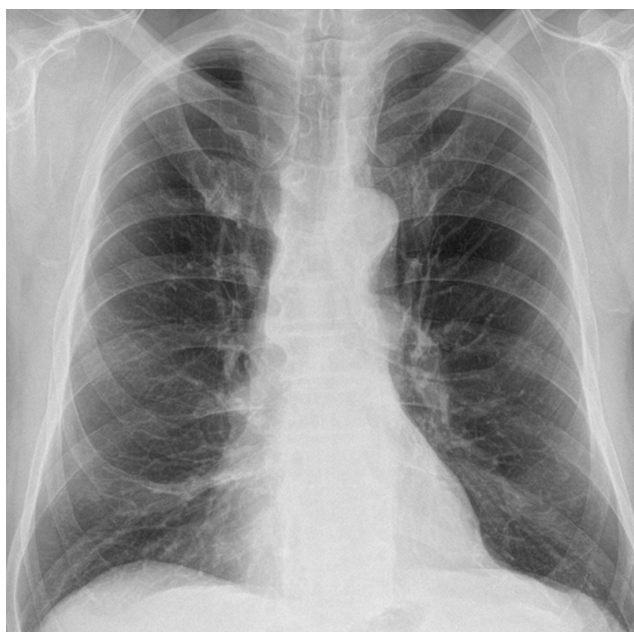


Figura 1. Radiografía de tórax previa a resección tumoral endoscópica.

La tomografía computada de tórax evidenció la presencia de una masa con densidad de partes blandas y compromiso del sector anterior de la tráquea con ocupación e infiltración de la carina, que se insinuaba hacia el bronquio fuente derecho (**Figura 2**). En la videofibrobroncoscopia se observó, en el tercio inferior de la tráquea, una lesión exofítica (**Figura 3**) con compromiso de la luz en aproximadamente un 90%. Durante el procedimiento se tomaron muestras de tejido de la lesión.

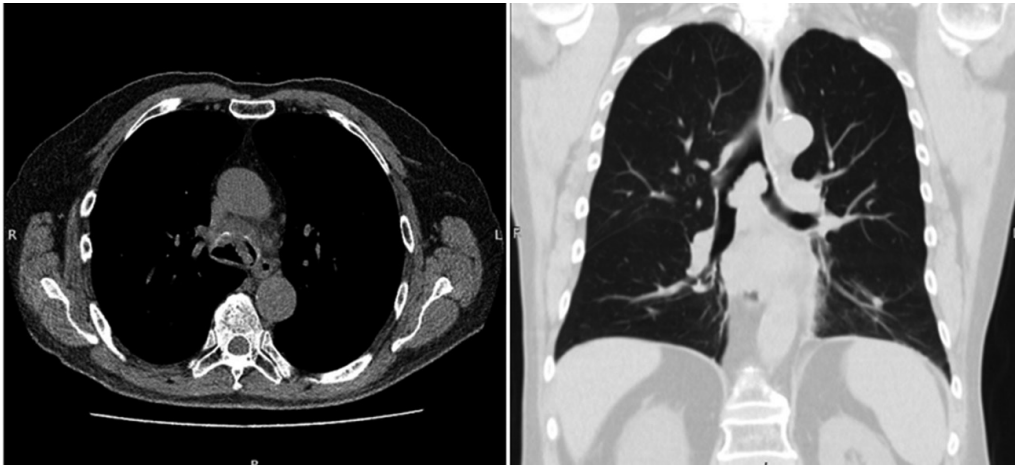


Figura 2. Tomografía computada de tórax, cortes axial y sagital en ventanas mediastínica y pulmonar. Evidencia de lesión exofítica que compromete tráquea distal.

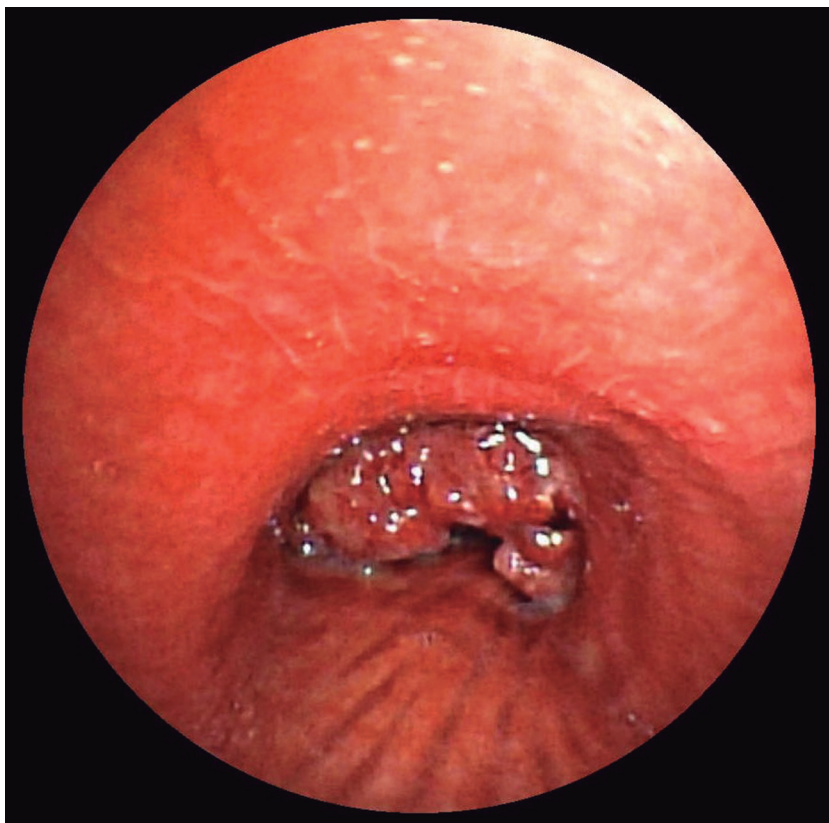


Figura 3. Imagen endoscópica de metástasis endobronquial (Adenocarcinoma de origen colónico).

Informe anatomopatológico

El examen del tejido tomado de la lesión traqueal se informó como: infiltración por adenocarcinoma moderadamente diferenciado. El análisis inmunológico apoyó el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma de origen colónico.

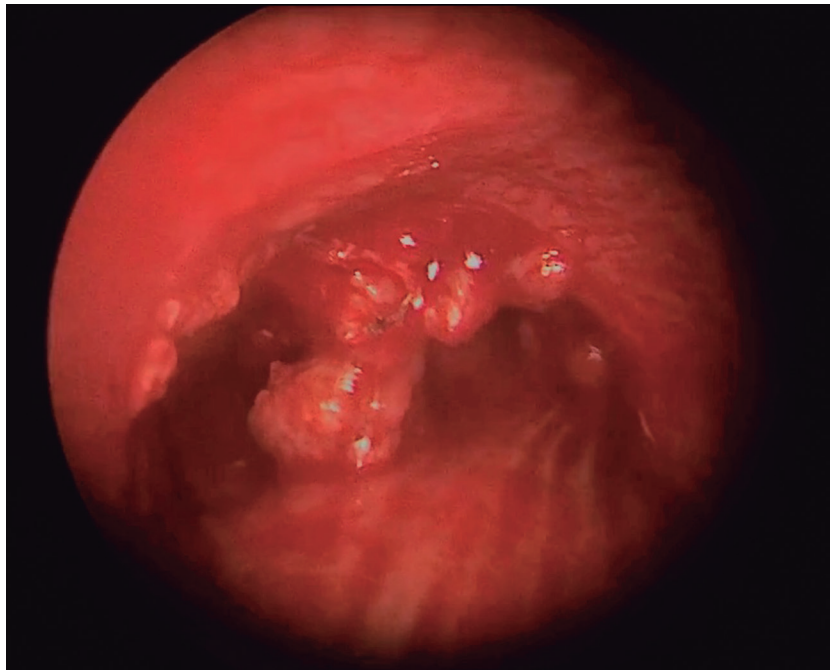


Figura 4. Imagen endoscópica posterior a la resección del tumor.

Conducta terapéutica

Se procedió a la desobstrucción de la vía aérea a través de endoscopia rígida. La masa endotraqueal se resecó y fotocoaguló con láser de Diodo (longitud de onda 820 nm) quedando liberados ambos bronquios principales (Figura 4). Posteriormente al procedimiento el paciente evolucionó asintomático y fue externado a las 24 hs para continuar tratamiento sistémico ambulatorio.

Discusión

Los tumores endobronquiales pueden obedecer a diferentes causas, siendo la más frecuente, entre los tumores malignos, la extensión directa de una neoplasia adyacente; más comúnmente carcinoma broncogénico, seguido por esófago y tiroides¹. Según Sang Hoon Lee² sólo el 1.1% de los tumores endobronquiales son metastásicos; siendo los primarios relacionados con metástasis endobronquiales de origen rectal (16.3%), colónico (11.6%), mamario (9.3%) y uterino (9.3%).

Con respecto al cáncer de colon, éste invade transmuralmente para penetrar en la pared intestinal e involucrar vasos linfáticos regionales y luego ganglios distantes. El hígado es el sitio más común de diseminación hematogena de este tipo de tumores, la cual ocurre a través del sistema venoso portal. Las metástasis pulmonares del cáncer de colon son en la mayoría de los casos precedidas por metástasis hepáticas.

Ariella Bar-Gil Shitrit³ y colaboradores publicaron una serie de ocho casos (cinco hombres) con cáncer de colon y compromiso pulmonar sin metástasis hepáticas. Siete de ellos con de colon izquierdo (dos en sigma) y uno de colon derecho. El tiempo desde la presentación colorrectal a la aparición de metástasis pulmonar fue una media de 4 años y la disnea fue el síntoma principal en todos los casos.

Los síntomas de obstrucción de la vía aérea central pueden ser desde leves, como la tos y la disnea de esfuerzo, hasta graves produciendo disnea en reposo, hemoptisis, infecciones post-obstructivas e insuficiencia respiratoria⁴. La imagen radiológica es poco sensible en comparación con la tomografía axial computada; la broncoscopia se considera necesaria para la correcta filiación y diferenciación del tumor endobronquial. Con respecto a la espirometría puede ser una herramienta útil para evaluar la limitación del flujo de aire y realizar el control posterior del tratamiento.

La broncoscopia rígida es considerada la piedra angular en la fase aguda, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento en lesiones centrales. Este procedimiento permite la resección de lesiones a través de crioterapia, electrocauterio y láser; además se puede realizar terapia fotodinámica, braquiterapia o la colocación de stent. Las terapias térmicas (en este caso láser) utilizan los efectos biológicos del calor en las células para producir la destrucción del tejido. En este paciente, este método permitió resecar la lesión y liberar la luz de ambos bronquios fuentes.

Conclusión

Creemos que el interés de este caso reside en advertir sobre la relevancia de sospechar metástasis endobronquiales en pacientes con cáncer de colon y síntomas respiratorios; aún en aquellos que no presentan metástasis hepáticas conocidas. Es así que destacamos la importancia de la evaluación endoscópica con fines diagnósticos y terapéuticos en estos pacientes.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este artículo.

Bibliografía

1. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker HD, et al. Central Airway Obstruction. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004; 169: 1278–1297.
2. Sang Hoon Lee, Ji Ye Jung, Do Hoon Kim, et al. Endobronchial Metastases from Extrathoracic Malignancy. *Yonsei Med J.* 2013; 54 (2): 403-409.
3. Bar-Gil Shitrit A, Shitrit D, Bakal I, et al. Endobronchial Metastases from Colon Cancer without Liver Metastases: Report of Eight Cases. *Dis Colon Rectum.* 2007; 50: 1087-1089.
4. Lakshmi Mudambi, Russell Miller, George A. Eapen. Malignant central airway obstruction. *J Thorac Dis.* 2017; 9 (Suppl 10): S1087-S1110.
5. Salud A, Porcel JM, Rovirosa A, Bellmunt J. Endobronchial metastatic disease: analysis of 32 cases. *J Surg Oncol* 1996; 62: 249-52.