CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE PULMONAR. GRADO HISTOLÓGICO Y COMPORTAMIENTO

A.I. Blanco Orozco, A.Ginel Cañamaque, J.M. Sánchez Navarro, M. Torres Cansino.

Unidad Medico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Los carcinomas mucoepidermoides pulmonares, son tumores raros que se caracterizan por la coexistencia de tres tipos de células: epidermoides, mucosecretantes, y células intermedias. Presentamos tres casos intervenidos en nuestro servicio, cuyo grado histológico influyó en el pronóstico. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección y el pronóstico es bueno siempre que el tumor sea de bajo grado y no existan metástasis regionales y/o a distancia, que por lo general son raras.

Palabras clave:
-Carcinoma
-Mucoepidermoide
-Pulmonar

MUCOEPIDERMOID CARCINOMA. HISTOLOGICAL DIAGNOSIS AND BEHAVIOUR.

Pulmonary mucoepidermoid carcinoma are a rare occurrence. Their main characteristic is the coexistence of epidermoid, mucus-secreting and intermediary cells. The following is a report about three cases treated in our department, in which the histological diagnosis influenced the prognosis. The treatment chosen was surgical exeresis and the prognosis was considered to be good only if the patient had a low-grade tumour and there was no metastasis in local or other remote sites - an occurrence, which is generally rare.

Key words:
-Carcinoma
-Mucoepidermoid
-Pulmonary

INTRODUCCIÓN

El carcinoma mucoepidermoide pulmonar es un tumor relativamente raro, descrito hace 45 años por Smetana[1] y clasificado históricamente dentro de los «adenomas bronquiales» (0,5-1% de los tumores broncopulmonares)[2,3].

Actualmente, es un tumor bien definido, que se origina en las glándulas serosas del epitelio traqueobronquial y se caracteriza por la coexistencia de tres tipos de células: células epidermoides, mucosecretantes e intermedias, estableciéndose distintos grados histológicos, que pueden tener significado pronóstico[4]. La potencial malignidad de estos tumores ha sido descrita por varios autores[2,5].

En nuestro Servicio hemos intervenido, desde 1966, sólo a tres pacientes con carcinoma mucoepidermoide pulmonar. Presentamos los casos, analizando su comportamiento según el grado histológico y realizamos una revisión de la literatura.

NEUMOSUR 200; 12, 2: 131-134

Correspondencia:
Ana Isabel Blanco Orozco
C\ Evangelista 69-71, casa5, 4ºB
41010 Sevilla

CASOS CLÍNICOS

1. Hombre de 39 años de edad, con antecedentes personales de: fumador de dos paquetes/día, apendicectomía, epigastralgia, neumonía hace siete años, esputos hemoptoícos ocasionales. Desde hace tres meses presenta rinorrea, cefalea, tos con esputos hemoptoícos. Se realiza radiografía de tórax: condensación no uniforme a nivel de la língula. TAC: masa pulmonar en língula sin adenopatías. Fibrobroncoscopia: tumoración de aspecto adenomatoso en lóbulo superior izquierdo, haciendo protusión en el bronquio lobar inferior. Se toma biopsia: tumor mucoepidermoide de bajo grado. Posteriormente se somete a toracotomía, realizándose una lobectomía superior izquierda en manguito. La supervivencia, en la actualidad, es de más de diez años.

2. Mujer de 65 años de edad, con antecedentes personales de: pleuritis a los 32 años, herniorrafia inguinal, histerectomía y doble anexectomía, osteoporosis. Desde hace dos meses presenta cuadro de dolor en hemitórax derecho. En radiografía de tórax se observa elevación de hemidiafragma derecho y masa hiliar derecha. TAC: masa perihiliar derecha a nivel del bronquio intermediario, con existencia de adenopatías hiliares e imagen ocupante de espacio en hígado. Fibrobroncoscopia: signos directos de neoplasia en la salida del lobar medio. Biopsia: adenocarcinoma. En primer lugar, la enferma se somete a una biopsia hepática, diagnosticándose la lesión como angioma cavernoso. Posteriormente se realiza toracotomía, realizándose una neumectomía derecha ampliada. El diagnóstico anatomopatológico de la pieza fue: carcinoma mucoepidermoide maligno de bronquio intermediario que contacta con pleura y metastatiza en todos los ganglios enviados, tanto hiliares como mediastínicos. El tratamiento se complementó con radioterapia postoperatoria. La enferma falleció a los 14 meses de la intervención por recidiva local y en pared torácica.

3. Mujer de 51 años de edad, con antecedentes personales de: hepatitis crónica, mastopatía fibroquística, no fumadora. Desde hacía un año presentaba cuadro de tos irritativa. Se le realiza un control radiográfico en una de sus visitas médicas, observándose nódulo pulmonar solitario en lóbulo superior izquierdo. En la TAC aparece nódulo en lóbulo superior izquierdo, sin adenopatías hiliares ni mediastínicas. (Fig. 1). Fibrobroncoscopia: neoformación de aspecto mamelonado en la salida del culminar. La biopsia no fue diagnóstica. Con todos estos hallazgos, la enferma es programada para intervención-quirúrgica, y se le realiza una lobectomía superior izquierda. El análisis anatomopatológico de la pieza operatoria nos dio el diagnóstico de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, sin invasión ganglionar. La paciente permanece bien después de dos años de la intervención.

Fig 1 Tac Tórax

DISCUSIÓN

Este tipo de carcinoma, que es más frecuente en otras partes del organismo como glándulas salivares y páncreas, es raro en pulmón (0,5-1%)[3].No tiene relación con el hábito tabáquico[6], se presenta por igual en ambos sexos, y la edad más frecuente de aparición es la quinta década[6], aunque puede ocurrir en todas las edades, ya que incluso hay casos descritos en niños[7].

Clínicamente se suelen presentar con un cuadro típico de tumoración endobronquial, con síntomas similares a los del adenoma bronquial clásico. Estos síntomas suelen ser de largo tiempo de latencia y dependerán del asiento del tumor y de la propia evolución; así las lesiones más proximales en el árbol bronquial producirán tos irritativa, acompañada a veces de hemoptisis ligera, sibilancias y disnea. Cuando la obstrucción bronquial es importante aparecerán fenómenos de neumonitis recurrentes o atelectasias. Las lesiones periféricas, que son muy raras, pueden ser asintomáticas[8]. (Tabla 1).

TABLA1

DATOS CLINICOS			
	Caso1	Caso2	Caso3
-Tos	+	-	+
-Hemoptisis	+	-	-
-Dolor torácico	-	+	-
-Disnea	-	-	-
-Cefaleas	+	-	-
-Pérdida de peso	-	-	-
-Infección pulmonar recurrente	+	-	-

Para realizar el diagnóstico son útiles las radiografías de tórax que son normales en un 15% de los casos, apareciendo las lesiones según el grado evolutivo de las mismas y su localización, observándose como un nódulo/masa, o las complicaciones derivadas de la tumoración endobronquial: neumonitis postobstructiva asociada con atelectasia parcial o completa de un lóbulo o segmento pulmonar. La TAC tiene su utilidad para la localización y extensión del tumor,aunque las imágenes pueden ser muy variadas[9]. En general, no son frecuentes las adenopatías hiliares o mediastínicas, ni las metástasis a distancia. La fibrobroncoscopia es la prueba diagnóstica de más utilidad, ya que localiza la lesión y con la toma de biopsia podemos conocer la naturaleza de la misma, como ocurrió en dos de nuestros enfermos, siendo difícil establecer preoperatoriamente el grado histológico. Esta lesión presenta un aspecto polipoideo submucoso en bronquios principales lobares, y más raramente aparece como una masa infiltrativa[10].

Histológicamente este carcinoma presenta tres tipos de células: células epidermoides, células intermedias y células mucosecretantes, estableciéndose distintos grados histológicos, según el patrón celular[3]. Así tenemos el grado 1: carcinoma bien diferenciado,con predominio de células productoras de moco, y sin mitosis celulares; grado 2: las células muestran menor grado de diferenciación, aunque las mitosis son raras; y en el grado 3: existe actividad celular aumentada y mitosis, con predominio de células epidermoides. Para algunos autores[3], hay que planear una terapeútica según el grado histológico, siendo menos agresivos en cuanto a conservar el mayor volumen de parénquima pulmonar funcionante en el grado 1, y más radicales en los grados 2 y 3.

Para Yousem[4], el pronóstico puede depender del grado de invasión locoregional y a distancia. Los de alto grado de malignidad se dan en personas de mayor edad, y aunque no existen criterios clínicos o histológicos predictores de la evolución de estos tumores de alto grado, la presencia de adenopatías hiliares y mediastínicas ensombrecen el pronóstico. Otros, han observado metástasis linfáticas e incluso implantes pleurales[11], así como metástasis cerebrales[5,12,13]. En nuestro caso, la paciente de mayor edad y con adenopatías observadas por métodos de imagen preoperatoriamente (N1), presentaba un alto grado de malignidad histológica, y su evolución fue mala, falleciendo por recidiva local a los 14 meses de la intervención, a pesar del tratamiento adyuvante.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, realizando una cirugía oncológica pero tratando de ser conservadores en pacientes con reserva respiratoria muy disminuída, y en aquellos con sospecha de tumor de bajo grado de malignidad[14]. Algunos proponen radioterapia y/o quimioterapia postoperatoria si existe invasión ganglionar mediastínica o la cirugía no ha sido curativa, sobre todo en los tumores de alto grado[4]. Para otros, este tratamiento adyuvante es ineficaz[5,15].

Concluímos que nuestras observaciones concuerdan con las de la literatura, destacando que los carcinomas mucoepidermoides pulmonares tienen una entidad propia y diferenciada por la que no pueden seguir agrupados con otros tipos de tumores dentro del mal llamado grupo de «adenomas bronquiales»[16], ya que presentan una potencialidad maligna, aunque la diseminación a distancia es un hecho infrecuente[7,17,18]. En los tumores de bajo grado el pronóstico es más favorable que para los de alto grado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smetana HF, Iverson L, Swan LL. Bronchogenic carcinoma: an analysis of 100 autopsy cases. Mil Surgeon 1952; 111: 335-51.
2. Turnbull AD, Huvos AG, Goodnes JT, Foote FW. Mucoepidermoid tumors of bronquial glands. Cancer 1971; 28: 539-44.
3. Conlan AA, Payne WS, Woolner LB, Sanderson DR. Adenoid cystic carcinoma (cylindroma) and mucoepidermoid carcinoma of the bronchus. J Thorac Cardiovasc Surg 1978; 76(3): 369-77.
4. Yousem SA, Hochmolzer L. Mucoepidermoid tumors of the lung. Cancer 1987; 60: 1346-52.
5. Turnbull AD, Huvos AG, Goodner JT, beattie EJ. The malignant potential of bronchial adenoma. Ann Thorac Surg 1972; 14: 539-44.
6. Lamotte F, Meurice JC, Dore P, et al. Carcinomes bronchiques mucoépidermoides. Revue gènérale à l'occasion d'une nouvelle observation. Rev Pneumol Clin 1992; 48: 29-32.
7. Deschildre A, Sardet A, Brouard J, et al. Bronchial mucoepidermoid carcinoma: apropos of 3 cases. Arch Pediatr 1996; 3(7): 689-93.
8. Sniffen RC, Soutter L, Robbins LL. Mucoepidermoid tumors of the bronchus arising from surface epithelium. Amer J Path 1958; 34: 671-83.
9. Fisher DA, Mond DJ, Fuchs A, et al. Mucoepidermoid tumor of the lung: CT appearance. Comput Med Imaging Graph 1995; 19(4): 339-42.
10. Meffert WE, Lindskog GE. Bronchial adenoma. J Thorac Cardiovasc Surg 1970; 59: 588.
11. Ozlu C, Christopherson WN, Allen JD. Mucoepidermoid tumors of the bronchus. J Thorac Cardiovasc Surg 1961; 42: 24-31.
12. Dowling EA, Miller RE, Johnson IM, et al. Mucoepidermoid tumor of the bronchus. Surgery 1962; 52: 600-9.
13. Wolf KM, Mehta D, Claypool WD. Mucoepidermoid carcinoma of the lung with intracranial metastases. Chest 1988; 94: 435-8.
14. Bueno R, Wain JC, Wright CD, Moncure AC, Grillo MC, Mathisen DJ. Bronchoplasty in the management of low-grade airway neoplasms and bening bronchial stenoses. Ann Thorac Surg 1996; 62(3): 824-9.
15. Heitmiller F, Mathisen J. Mucoepidermoid lung tumors. Ann Thorac Surg 1989; 47: 394-9.
16. Gibbon JH, Nealon TF. Neoplasma of the lungs and trachea. Surgery of the Chest (2nd ed) edited by JH Gibbon, Dc Sabiston, Fc Spencer, Philadelphia, WB Saunders 1969; p440.
17. Payne WS, Ellis FH, Woolner LB, et al. The surgical treatment of cylindroma (adenoid cystic arcinoma) and mucoepidermoid tumors of the bronchus. J Thorac Cardiovasc Surg 1959; 38: 709-26.
18. Meckstroth CV, Davidson HB, Kress GO. Mucoepidermoid tumor of the bronchus. Dis Chest 1961; 40: 652-56.