



CASO CLÍNICO

Una historia fantasmagórica con resolución endoscópico-quirúrgica

Ghost story in an asthmatic patient with endoscopic-surgical resolution

Autores: Díaz-Cordovés Menéndez, A. Sánchez Baillo, R. Merino Oviedo, JI. Moreno Sánchez, F. Gómez Abad, JA. Agustín Martínez, FJ.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Toledo

Resumen:

Se describe el caso de una paciente con diagnóstico previo de asma de difícil control en tratamiento con triple terapia con múltiples visitas a Urgencias por dicho motivo. En la valoración de asma de difícil control, en TAC de tórax se identifica una lesión endobronquial, confirmándose por broncoscopia, con anatomía patológica compatible con tumor carcinoide. Se plantea tratamiento en dos tiempos, con resolución endoscópica y quirúrgica.

Palabras clave: *Asma de difícil control, tumor carcinoide, broncoscopia diagnóstico-terapéutica, lobectomía.*

Resume:

We describe the case of a patient with a previous diagnosis of difficult-to control asthma on triple therapy treatment with multiple visits to the emergency department for this reason. In the evaluation of difficult to control asthma, a chest CT scan identified an endobronchial lesion, confirmed by bronchoscopy, with pathological anatomy compatible with carcinoid tumor. Two-stage treatment was proposed, with endoscopic and surgical resolution.

Keywords: *Difficult to control asthma, carcinoid tumor, diagnostic-therapeutic bronchoscopy, lobectomy.*

Introducción:

Los tumores carcinoides son tumores neuroendocrinos malignos poco frecuentes y de lento crecimiento, que representan menos del 2% de todos los tumores pulmonares. Dado que en muchas ocasiones la sintomatología que producen es inespecífica y similar a la que presentan otras patologías, resulta imprescindible plantear esta posibilidad diagnóstica en los pacientes con asma de difícil control, especialmente en aquellos con sintomatología de larga evolución que no mejoran con terapia inhalatoria optimizada.^{1,2}

Observación clínica:

Se trata de una mujer de 38 años, exfumadora hasta 2019 con un índice paquete-año de 22, con antecedente de diagnóstico previo de probable asma. Acude por primera vez a las Urgencias hospitalarias en abril del 2022 por tos persistente de varios meses de evolución, acompañada de disnea progresiva de moderados esfuerzos. Se describe en la exploración física sibilancias. Se solicita radiografía de tórax que resulta normal y mínima elevación de reactantes de fase aguda en la analítica sanguínea. Con broncodilatadores presenta mejoría relativa de la clínica, por lo que se asume diagnóstico de agudización de probable asma bronquial.

Posteriormente valorada en la consulta de Neumología, tras varias visitas a Urgencias por mismo motivo. Se solicitan pruebas de función respiratoria, las cuales son normales con prueba broncodilatadora negativa (FEV1 2130 (84%), FVC 2870 (80%) y FEV1/FVC 74%), la

fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) resulta normal, inmunoalérgenos negativos, IgE negativo, test de broncoprovocación con metacolina negativo y analítica anodina.

Clínicamente la paciente persiste con tos principalmente en decúbito (de predominio nocturno) y disnea de mínimos esfuerzos a pesar de tratamiento con triple terapia broncodilatadora. Por dicho motivo, se realiza estudio sistemático de paciente con asma de difícil control con hallazgo en TAC de tórax de probable lesión endobronquial con ocupación parcial del bronquio del lóbulo inferior derecho. En el estudio de extensión con PET-TAC, no se localizaron lesiones hipermetabólicas sospechosas de malignidad.



Imagen 1: TC torácico con lesión endobronquial que obstruye parcialmente el bronquio del lóbulo inferior derecho.

Se realiza broncoscopia, con hallazgo de lesión redondeada, de bordes bien definidos, hipervascularizada y con base de implantación inmediatamente inferior a carina de lóbulo medio, que obstruye casi completamente la entrada a lóbulo inferior derecho. El resto de árbol bronquial es estrictamente normal.

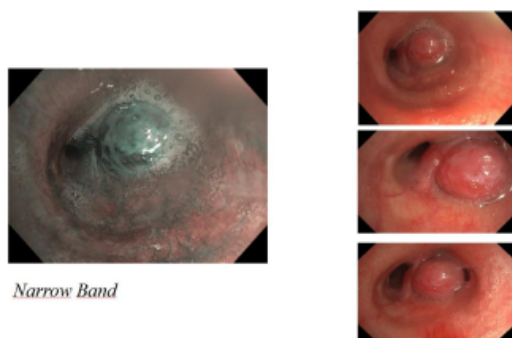


Figura 2: visualización por broncoscopia de lesión con vascularización aberrante con Narrow-Band Imaging (izquierda), redondeada y de bordes bien delimitados (imágenes de la derecha)

Ante la alta sospecha de tumor carcinoide, se decide no biopsiar la lesión por riesgo de sangrado.

Se explican resultados a la paciente y finalmente se programa resección endobronquial con broncoscopio rígido con asa de diatermia. Los resultados de la anatomía patológica confirman el diagnóstico de tumor carcinoide típico. Posterior al procedimiento, la paciente presentó una resolución completa de los síntomas respiratorios. En broncoscopia de control se evidencia la persistencia de la base de implantación de la lesión, motivo por el cual se programa lobectomía media ampliada a bronquio intermedio y plastia bronquial.

Actualmente la paciente presenta un excelente estado general, asintomática, sin recidivas en el momento actual.

Discusión:

Las neoplasias carcinoides de pulmón constituyen una entidad poco frecuente si consideramos la totalidad de tumores del tracto respiratorio, representando en torno al 1,2% del total.¹ Derivan de las células de Kulchitsky, células pluripotenciales de la cresta neural ubicadas en el epitelio bronquial y pertenecientes al sistema APUD.²

El 90% de las neoplasias carcinoides de pulmón son tumores carcinoides típicos, que afectan principalmente a personas menores de 40 años, y en los cuales el hallazgo de metástasis a los ganglios linfáticos y a ubicaciones distantes es poco frecuente de inicio, dada la lenta progresión de los mismos.³ Los carcinoides atípicos son menos comunes que los primeros pero en el momento de la presentación con frecuencia presentan metástasis a distancia o a ganglios linfáticos.⁴

La presentación más frecuente dentro del sistema bronquial suele ser el árbol bronquial derecho y los síntomas más comunes de presentación son la tos (32%), hemoptisis (26%) y neumonía (24%) como secuela de obstrucción endobronquial, aunque también se describen frecuentemente disnea y sibilancias. Los síntomas suelen

estar presentes años antes de llegar al diagnóstico acertado de este tipo de tumores, ya que se confunden con entidades con presentaciones similares, como el asma.⁵

En muchas ocasiones estos tumores se detectan incidentalmente en una radiografía de tórax, apareciendo como una masa hilar o perihilar bien definida. Una vez que se detecta una lesión sospechosa, se debe solicitar una tomografía computarizada de tórax, donde se suelen presentar como masas bien definidas esféricas u ovoides que estenosan u obstruyen las vías respiratorias. Suelen tener mayor tendencia a ser centrales que periféricas.⁶

Una vez que se ha identificado una lesión sospechosa mediante imágenes no invasivas, el diagnóstico histológico antes de la intervención quirúrgica es útil aunque no obligatorio.^{7,8}

En el examen broncoscópico, las neoplasias carcinoides suelen ser masas endobronquiales de color marrón rojizo con una superficie lisa. A menudo suelen estar muy vascularizados y, en considerables circunstancias se ha informado un sangrado importante cuando se realiza una biopsia de dicha lesión.^{9,10} Por ello, se debe tener precaución a la hora de biopsiar, considerando la resección directa completa para el análisis anatomopatológico.

Los carcinoides pulmonares intrabronquiales pequeños, de localización central y sin signos de metástasis, pueden tratarse con alternativas mínimamente invasivas como el tratamiento endobronquial (se pueden utilizar técnicas de ablación endobronquial, como láser, electrocauterio y crioterapia) o la resección quirúrgica preservadora del parénquima.

Se presenta este caso clínico para remarcar que ante clínica sospechosa de asma con mala respuesta terapéutica y pruebas de función respiratoria normales, es indispensable plantear otras alternativas diagnósticas, como lesiones endobronquiales, en nuestro caso, tumor carcinoide típico endobronquial. El tratamiento de estas lesiones se realiza mediante resección completa de la masa siendo curativa en la mayoría de los casos. El pronóstico es bueno, con altas tasas de supervivencia publicadas en series de adultos.

Bibliografía:

- Gould VE, Linnoila RI, Memoli VA, et al.. Neuroendocrine components of the bronchopulmonary tract: hyperplasias, dysplasias, and neoplasms. *Lab Invest* 1983;49:519–537.
- García-Yuste M, Matilla JM, Cueto A, et al.. Typical and atypical carcinoid tumours: analysis of the experience of the Spanish Multi-Centric Study of Neuroendocrine Tumours of the Lung. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007;31:192–197.
- Asare AT, Mensah F, Acheampong S, et al.. Effects of gamma irradiation on agromorphological characteristics of okra (*Abelmoschus esculentus* L. Moench.). *Adv Agric* 2017;2017:7.
- Gustafsson BI, Kidd M, Chan A, et al.. Bronchopulmonary neuroendocrine tumors. *Cancer* 2008;113:5–21.
- Bagheri R, Mashhadi MT, Haghi SZ, et al.. Tracheobronchopulmonary carcinoid tumors: analysis of 40

- patients. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2011;17:7–12
6. Fink G, Krelbaum T, Yellin A, et al. Pulmonary carcinoid: presentation, diagnosis, and outcome in 142 cases in Israel and review of 640 cases from the literature. *Chest*. 2001; 119: 1647–1651
7. Marty-Ane CH, Costes V, Pujol JL, et al. Carcinoid tumors of the lung: do atypical features require aggressive management? *Ann Thorac Surg*. 1995; 59: 78–83
8. Rivera MP, Detterbeck F, Mehta AC. Diagnosis of lung cancer: the guidelines. *Chest*. 2003; 123(1 suppl): 129S–136S.
9. Huang Q, Muzitansky A, Mark EJ. Pulmonary neuroendocrine carcinomas. A review of 234 cases and a statistical analysis of 50 cases treated at 1 institution using a simple clinicopathologic classification. *Arch Pathol Lab Med*. 2002;126: 545–553.
10. Bagheri R, Mashhadi MT, Haghi SZ, et al.. Tracheo-bronchopulmonary carcinoid tumors: analysis of 40 patients. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2011;17:7–12