



SITUACIONES CLÍNICAS

Disnea y tos persistente como primera manifestación de la recaída a distancia

E. Aguirre Ortega*, A. Martín Marco, J. Canal Sotelo, S. Morales Murillo y A. Llombart Cussac

Servicio de Oncología Médica, Hospital Arnau de Vilanova, Lérida, España

Recibido el 18 de noviembre de 2009; aceptado el 22 de febrero de 2010

Disponible en Internet el 23 de junio de 2010

PALABRAS CLAVE

Metástasis endobronquiales; Cancer de mama; Disnea

KEYWORDS

Endobronchial metastases; Breast cancer; Dyspnea

Resumen

La incidencia de metástasis endobronquiales secundarias a tumores sólidos es baja. Los tumores primarios que con más frecuencia producen metástasis endobronquiales son la mama, el colon y los tumores renales. Normalmente se presentan como una manifestación tardía de la enfermedad con un pronóstico malo y por su forma inespecífica de presentación precisan diagnóstico diferencial con los tumores pulmonares primarios.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Dyspnea and persistent cough as first signs of distant recurrence disease

Abstract

Endobronchial metastases secondary to extrapulmonary solid malignant tumours are rare. The most frequent primary tumours associated with endobronchial involvement are breast, colon and renal cell carcinoma. Endobronchial metastases usually appear later with a poorer prognosis and require differential diagnosis from a primary lung cancer.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Descripción del caso clínico

Paciente de 35 años sin hábitos tóxicos y con antecedentes de bronquitis asmática, diagnosticada en abril de 2007 de carcinoma ductal infiltrante (CDI) triple negativo de mama izquierda localmente avanzado.

Tras completar 6 ciclos de quimioterapia (QT) neoadyuvante (Taxol, Adriamicina y Ciclofosfamida) con respuesta completa clínica y radiológica se somete en agosto de 2007 a tumorectomía y disección axilar. El diagnóstico histológico definitivo fue de CDI de 0,5 mm sin ningún ganglio invadido de 18 aislados. Posteriormente completó tratamiento radioterápico adyuvante.

Acude a urgencias el 29 de agosto 2008 refiriendo tos persistente en relación con cuadro catarral previo y en la radiografía de tórax se objetiva pequeño derrame pleural

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenaaguirreortega@yahoo.es (E. Aguirre Ortega).

derecho y atelectasia con pérdida de volumen en LID (fig. 1). La espirometría informa de un severo patrón mixto de predominio obstructivo con prueba broncodilatadora positiva. Se realiza toracocentesis diagnóstica e inicia tratamiento broncodilatador. Veinticuatro horas después refiere aumento de disnea y tras comprobar la citología positiva para células malignas en líquido pleural se procede a realizar toracocentesis evacuadora y pleurodesis química con Doxiciclina. A las 24h de la retirada del tubo refiere nuevo cuadro de aumento de disnea y se objetiva en la radiografía hidroneumotórax por lo que se coloca nuevo tubo de drenaje torácico, con lo que mejora el cuadro.

A pesar de estas maniobras la paciente continúa disneica con tos y roncus espiratorios de predominio en campos derechos. Se descarta neumotórax (con radiografía de inspiración y expiración forzada), TEP (con TAC helicoidal que además informa de adenopatías hiliares e implantes nodulares en pleura diafragmática) y disnea de origen cardíaco (Ecocardiografía normal con FEVI 70%). La paciente en ningún momento refiere fiebre y el cultivo del líquido pleural es negativo.

Al persistir el cuadro y con la sospecha clínica de disnea por causa endobronquial se procede a solicitar broncoscopia (fig. 2) que evidencia implantes pequeños a la entrada del

bronquio lobar medio e inferior de consistencia dura cuya anatomía patológica definitiva es de metástasis de origen mamario.

Metástasis endobronquiales secundarias a cáncer de mama

La incidencia de metástasis pulmonares en los tumores sólidos se estima entre el 20–50% según las diferentes series, aunque las metástasis endobronquiales sólo representan el 2–5% de los casos^{1,2}. Los tumores primarios que con más frecuencia producen metástasis endobronquiales son la mama, el riñón y el colon³; aunque también se han descrito en tumores de esófago, linfomas, tiroides, vejiga, próstata y otros⁴⁻⁶.

Kreisman et al⁷ revisaron 660 casos de carcinoma de mama y encontraron 119 (18%) con metástasis a nivel torácico, de los cuales el 5,8% fueron endobronquiales. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma ductal infiltrante.

Típicamente suele haber un intervalo largo entre el diagnóstico del tumor primario y la aparición de las metástasis endobronquiales, con una media de 53 meses^{8,4} aunque algunos autores han descrito la presentación antes o al mismo tiempo del diagnóstico del tumor primario⁹.

La presencia de estas lesiones implica generalmente un mal pronóstico, con una supervivencia media de 1,5 años desde el diagnóstico^{10,11,8}. Este mal pronóstico suele estar asociado a la aparición de metástasis a otros niveles⁸ en más de la mitad de los casos, si bien se han descrito también de forma aislada.

La mayor parte de los casos suelen cursar de forma silente^{2,12} y si producen clínica ésta suele ser inespecífica como tos, sibilantes, disnea, hemoptisis e infecciones de repetición.

Desde el punto de vista diagnóstico estas lesiones no suelen tener una traducción radiológica. En una serie de 1.200 pacientes con cáncer de mama sometidas a fibrobroncoscopia, se encontraron 10 casos de metástasis endobronquiales, de los cuales sólo 6 presentaban alteraciones en la radiografía de tórax¹. El signo más frecuente es la atelectasia^{8,13} aunque pueden aparecer otros como nódulos pulmonares (únicos o múltiples), adenopatías hiliares, derrame pleural, etc³.

Tanto la clínica inespecífica como los hallazgos radiológicos son similares a los que puede producir un tumor primario pulmonar por lo que las metástasis endobronquiales deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial³ ya que las posibilidades terapéuticas pueden ser diferentes¹⁴. A este respecto la broncoscopia es una prueba segura y de alta especificidad¹⁵. El hallazgo broncoscópico más habitual suele ser la presencia de lesiones polipoides o nodulares que invaden la luz¹⁶ cubiertas de material necrótico aunque se han descrito casos de infiltración mucosa difusa. Histológicamente las lesiones se caracterizan por tejido epitelial en la superficie de la lesión, en algunos casos con metaplasia e infiltrados inflamatorios de predominio linfocitario, pudiendo apreciarse necrosis y hemorragia⁴.

Como opciones de tratamiento se han propuesto la cirugía, la radioterapia tanto externa como endoluminal¹⁷ y la quimioterapia¹¹, si bien en los últimos años los



Figura 1 Radiografía de tórax.

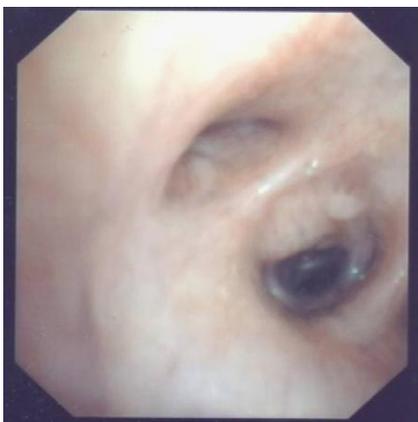


Figura 2 Broncoscopia.

procedimientos broncoscópicos intervencionistas están demostrando ser seguros y efectivos de cara a la mejora de la sintomatología^{8,18} y de la calidad de vida de los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Servicio de Oncología y Neumología del Hospital Arnau de Vilanova.

Bibliografía

1. Albertini RE, Ekberg NL. Endobronchial metastasis in breast cancer. *Thorax*. 1980;35:435–40.
2. Krutchik AN, Tashima CK, Buzdar AU, Blumenschein GR. Endobronchial metastases in breast carcinoma. *West J Med*. 1978;129:177–80.
3. Akoglu S, Ucan ES, Celik G, Sener G, Sevinc C, Killinc O, et al. Endobronchial metastases from extrathoracic malignancies. *Clin Exp Metastasis*. 2005;22:585–91.
4. Dursun AB, Demirag F, Bayiz H, Sertkaya D. Endobronchial metastases: a clinicopathological analysis. *Respirology*. 2005;10:510–4.
5. Gerogianni I, Gravas S, Papadopoulos D, Terzis A, Nakou M, Tzortzis V, et al. Endobronchial metastasis from prostate cancer. *Int Urol Nephrol*. 2008;40:961–4. [Epub 2008 Mar 27].
6. Charalabopoulos K, Dalavaga Y, Stefanou D, Charalabopoulos A, Bablekos G, Constantopoulos S. Direct endobronchial metastasis is a rare metastatic pattern in breast cancer. *Int J Clin Pract*. 2004;58:641–4.
7. Kreissman H, Wolkove N, Finkelstein HS, Cohen C, Margolese R, Frank H. Breast cancer and thoracic metastases: review of 119 patients. *Thorax*. 1983;38:175–9.
8. 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. [Epub 2008 Sep 24].
9. Martínez-Moragón E, Aparicio Urtaun J, Sanchos Aldás J, Rogado González MC, de Diego Damiá A, Perpiñá Tordera M. Endobronchial metastasis. Clinical aspects, diagnosis and course in a serie of 27 cases. *Rev Clin Esp*. 1994;194:1013–7.
10. Heitmiller RF, Marasco WJ, Hruban RH, Marsh BR. Endobronchial metastasis. *Torca Cardiovasc Surg*. 1993;106:537–42.
11. Katsimbri PP, Bamias AT, Froudarakis ME, Peponis IA, Constantinopoulos SH, Pavlidis NA. Endobronchial metastases secondary to solid tumors: report of eight cases and review of the literature. *Lung Cancer*. 2001;31:351–2.
12. Salud A, Porcel JM, Roviroso A, Bellmunt J. Endobronchial metastatic disease: Analysis of 32 cases. *Journal of Surgical Oncology*. 1996;62:249–52.
13. Eتنsohn DB, Benett JM, Hyole RW. Endobronchial metastases from carcinoma of the breast. *Med Pediatr Oncol*. 1985;13:9–13.
14. Sorensen JB. Endobronchial metastases from extrapulmonary solid tumors. *Acta Oncol*. 2004;43:73–9.
15. Pereira JR, Capersmidt R, Akikubo DT, Ikari FK, Nikaedo SM. Endobronchial metastases from primary breast cancer. *Rev Assoc Med Bras*. 1996;42:119–22.
16. Oshikawa K, Ohno S, Ishii Y, Kitamura S. Evaluation of Bronchoscopic Findings in Patients with Metastatic Pulmonary Tumor. *Internal Medicine*. 1998;37.
17. Quantrill SJ, Burt PA, Barber PV, Stout R. Treatment of endobronchial metastases with intraluminal radiotherapy. *Respir Med*. 2000;94:369–72.
18. Taber SW, Buschemeyer WC, Fingar VH, Wieman TJ. The treatment of malignant endobronchial obstruction with laser ablation. *Surgery*. 1999;126:730–3.