



# Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



## ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

# Técnicas endoscópicas en carcinoma broncogénico. Cambios en las últimas décadas

R. García Luján\*, M.D. Hisado Díaz, E. Miguel Poch y J. Alfaro Abreu

Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Recibido el 13 de noviembre de 2009; aceptado el 4 de febrero de 2010

Disponible en Internet el 17 de septiembre de 2010

### PALABRAS CLAVE

Broncoscopia;  
Carcinoma  
broncogénico;  
Broncoscopia flexible;  
Biopsia  
transbronquial;  
Ultrasonografía  
endobronquial (USEB)

### KEYWORDS

Bronchoscopy;  
Bronchogenic  
carcinoma;  
Flexible  
bronchoscopy;  
Transbronchial biopsy;

### Resumen

Mujer de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento. Es fumadora habitual desde los 18 años con un consumo acumulado de 70 años/paquete. Fue estudiada en la consulta de neumología por clínica de síndrome constitucional objetivándose en la radiografía de tórax una imagen de lesión pulmonar focal en lóbulo superior derecho de más de 3 cm de localización periférica. Se realizó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax en el que se confirmó la existencia de una masa pulmonar de 3,3 cm, con adenopatías mediastínicas paratraqueales y subcarinales. Posteriormente se realizó una Tomografía por Emisión de Positrones (PET) en la que se confirmó captación patológica de la masa y de ambas localizaciones ganglionares.

¿Qué estudios adicionales le parecen más adecuados para realizar un correcto diagnóstico y estadificación ganglionar? ¿Es posible solo con la broncoscopia establecer un correcto diagnóstico y estadificación del caso?

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

### Endoscopic techniques in bronchogenic carcinoma. Changes in recent decades

### Abstract

A 57-year old woman with arterial hypertension under treatment. She has smoked since she was 18 years old with an accumulated index of 70 years/pack. She was studied in our Respiratory Department due to constitutional syndrome, the X-ray showing an image of focal pulmonary lesion in the right upper lobe of more than 3 cm of peripheral location. The computed tomography (CT) scan confirmed the existence of a 3.3 cm mass in the upper right lobe and detected paratracheal and subcarinal mediastinal abnormal lymph nodes.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rglujan@hotmail.com (R. García Luján).

Endobronchial  
ultrasonography  
(EBUS)

A subsequent Positron Emission Tomography (PET) confirmed pathological uptake of the mass and both lymph node locations.

Which additional studies do you consider to be indicated for a correct diagnosis and mediastinal staging? Do bronchoscopy techniques alone establish the final diagnosis and staging of this patient?

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

## Diagnóstico

En el caso que se plantea, en nuestro ámbito hospitalario, y para realizar el diagnóstico nos planteamos siempre en primer lugar un abordaje mediante técnicas endoscópicas (broncoscopia) reservando la punción aspiración con aguja fina (PAAF) transtorácica y las técnicas quirúrgicas para aquellos casos en los que no se obtiene diagnóstico definitivo mediante la broncoscopia.

En este caso clínico se realizó una broncoscopia con biopsia transbronquial guiada por radioscopia con diagnóstico definitivo de adenocarcinoma pulmonar, confirmándose tras estudio inmunohistoquímico que se trataba de un primario pulmonar. Posteriormente y dados los hallazgos de la TAC torácica y la PET en la que existían datos de afectación ganglionar mediastínica (N2) y siguiendo el algoritmo diagnóstico aprobado recientemente en nuestro centro ([www.mbeneumologia.org](http://www.mbeneumologia.org)), se realizó una ultrasonografía endobronquial (USEB) para acceder a esas localizaciones ganglionares. Se obtuvieron muestras de ambas regiones confirmándose que existían metástasis ganglionares de adenocarcinoma en las 2. Se estadificó el caso como un estadio clínico IIIB (T2N2M0) y la paciente fue remitida al servicio de oncología médica donde esta actualmente en tratamiento.

La relevancia de este caso clínico se encuentra en nuestra opinión en 2 aspectos. El primero de ellos en los cambios de incidencia que se están produciendo en la epidemiología del carcinoma broncogénico (CB) en los últimos años. El segundo y que más afecta a nuestra práctica habitual como broncoscopistas es el cambio que se ha producido en las 2 últimas décadas en la frecuencia de las diferentes técnicas diagnósticas de la endoscopia respiratoria y que se debe en gran parte no solo a los avances de la técnicas sino a los cambios epidemiológicos que se han producido en algunas patologías neumológicas y en especial en el CB.

## Problema clínico

El CB es el tumor más frecuente y que da lugar a la mayor mortalidad por cáncer, tanto a nivel mundial como en España<sup>1</sup>. Se puede considerar que es el tumor del siglo xx, ya que si a principios de ese siglo era una entidad extremadamente rara, en sus últimas décadas fue el tumor más frecuentemente diagnosticado, y que generaba un mayor número de fallecimientos al año a nivel mundial (alrededor de 900.000) y nacional (alrededor de 18.000 muertes anuales).

En España se disponen de datos de la mortalidad relacionada con el CB desde 1951. Desde el año 1990, las enfermedades cardiovasculares han sido superadas por el

cáncer como primera causa de muerte en España<sup>2</sup>. Este aumento se debe fundamentalmente a la generalización del consumo de tabaco, de forma que la tasa de muerte por CB ha aumentado en los últimos 30 años un 224% en varones y un 331% en mujeres. Entre los hombres, el CB es la principal causa de muerte por cáncer<sup>3</sup>, suponiendo el 23% del total de fallecimientos por neoplasia, seguido a gran distancia por el de próstata y el de colon.

Entre las mujeres españolas la mortalidad por CB pasó de 3,3 por 100.000 habitantes en 1973 a 6,4 en 1997<sup>4</sup>. Sin embargo en este subgrupo el gran incremento de mujeres fumadoras del 17% en 1978 al 27% en 1997<sup>5</sup> presagia un claro aumento de la incidencia en los próximos años.

Los registros españoles, junto con otros registros europeos, han constituido la European Network of Cancer Registries (ENCR, 'Red Europea de Registros de Cáncer') que recoge la información sobre prevalencia y mortalidad por cáncer en la Unión Europea (UE). Según las estimaciones de prevalencia en la UE, en 1990 el CB fue el tumor más frecuente en los hombres tanto en España como en el resto de países de la UE. Sin embargo, en mujeres, mientras que en la UE ocupaba el tercer lugar, en las españolas ocupaba el duodécimo<sup>6</sup>. La tasa de prevalencia de CB en España en 1990 fue de 51,7 casos/100.000 habitantes en varones frente a los 55,6 casos/100.000 habitantes en la UE, y de 3,4 casos/100.000 habitantes en mujeres frente a los 10,3 casos/100.000 de la UE.

En cuanto a la histología, en España, predominan claramente los CB de estirpe epidermoide, seguidos de los adenocarcinomas y de los tumores de células pequeñas en los varones, mientras que en las mujeres son más frecuentes los adenocarcinomas<sup>7</sup>. Esta distribución es diferente a la de otros países donde son más frecuentes los adenocarcinomas. Sin embargo, al igual que en otros lugares, es probable que con el tiempo vaya disminuyendo la frecuencia de los CB epidermoides y aumentando la de los adenocarcinomas<sup>8-10</sup>.

La tasa de mortalidad varía según los estudios, así en el registro de la UE de 1990<sup>6</sup> esa tasa era, para España, de 46,2 casos/100.000 habitantes en la población masculina y 3,5 casos/100.000 habitantes en la femenina. La tasa de mortalidad por esta neoplasia se ha incrementado en los últimos años de forma muy significativa pasando del 31,4 por 100.000 habitantes en 1973 al 58,6 en 1997.

La broncoscopia supone una técnica fundamental en el abordaje del CB y tiene un papel relevante no solo como técnica diagnóstica sino como técnica de estadificación. Esta técnica data del siglo xix ya que en 1897, Gustav Killian utilizó un esofagoscopio para la extracción de un cuerpo extraño del bronquio principal derecho, presentando posteriormente 3 casos de extracción de cuerpo extraño utilizando la denominada «broncoscopia directa» y por eso se considera a Killian el padre de la broncoscopia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827690>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827690>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)