



Cáncer de pulmón microcítico. Otros tumores torácicos: mesotelioma, timoma y tumores germinales mediastínicos

J.L. López González^a, F. Navarro Expósito^{a,*}, C. Losada^b, C. Castillo^c y M. Álvarez-Mon Soto^a

Servicios de ^aEnfermedades del Sistema Inmune y Oncología, ^bNeumología y ^cAnatomía Patológica. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Microcítico
- Mesotelioma
- Timoma
- Germinal
- Mediastino

Keywords:

- Microcytic
- Mesothelioma
- Thymoma
- Germ cell
- Mediastinum

Resumen

Cáncer microcítico de pulmón. Se trata de un tumor característico de personas muy fumadoras, y supone el 15% del total de los cánceres de pulmón. A diferencia del cáncer no microcítico de pulmón. Su tratamiento es fundamentalmente la quimioterapia y la radioterapia concomitantes en estadio limitado, y la quimioterapia en estadios diseminados.

Mesotelioma. Neoplasia infrecuente de mal pronóstico con una supervivencia media de entre 6 y 18 meses. El carcinógeno principal implicado en su desarrollo es el asbesto. Aproximadamente el 20% de los pacientes serán candidatos a cirugía con resección macroscópica completa (R0) o parcial (R1). Para los no candidatos a cirugía la mejor opción es la quimioterapia paliativa o con intención neoadyuvante.

Timoma. Se trata de un tumor infrecuente que se origina en el timo. El tratamiento de elección es quirúrgico, con resección en bloque de la tumoración, y posteriormente radioterapia posoperatoria en casos seleccionados. Para tumores irresecables la radioterapia puede ser de utilidad en algunos casos, y en otros la quimioterapia con intención paliativa.

Tumores germinales mediastínicos. Son tumores germinales que aparecen en el mediastino sin que haya evidencia de neoplasia ovárica o testicular primaria. La estrategia terapéutica difiere enormemente en función de la histología, siendo suficiente en algunos casos solo la cirugía, mientras que en otros es imprescindible la quimioterapia.

Abstract

Microcytic lung cancer. Other thoracic tumours: mesothelioma, thymoma and mediastinal germ cell tumours

Non-microcytic lung cancer. This tumour is characteristic of heavy smokers, and makes up 15% of the total lung cancers. Unlike non-microcytic lung cancer. The treatment is essentially combination chemotherapy and radiotherapy in the limited stage, and chemotherapy in the extensive stage.

Mesothelioma. Rare neoplasia with a bad prognosis and an average survival rate of between 6 and 18 months. The main carcinogen implicated in its development is asbestos. Approximately 20% of patients will be candidates for surgery with macroscopic complete resection (R0) or partial resection (R1). For non candidates to surgery, the best option is palliative or neoadjuvant chemotherapy.

Thymoma. It is a rare tumour originating in the thymus. Surgery is the first-choice treatment, with en bloc resection of the tumour, followed by postoperative radiotherapy in selected cases. For unresectable tumours, radiation therapy can be useful in some cases, and palliative chemotherapy in others.

Mediastinal germ cell tumours. They are germ cell tumours that appear in the mediastinum without evidence of ovarian or testicular primary neoplasms. Therapeutic strategy differs greatly depending on the histology, sometimes the surgery being just enough, and others requiring chemotherapy.

*Correspondencia

Correo electrónico: fatimavarro_md@yahoo.es

Cáncer de pulmón microcítico

Concepto y clasificación

El cáncer de pulmón microcítico (CPM) es un tumor cuyo origen parece estar en células neuroendocrinas del epitelio respiratorio. Aparece habitualmente en personas muy fumadoras (el 97% de los casos). Tras la caída en el consumo de tabaco sucedida en el mundo occidental, su incidencia se ha estabilizado en los últimos años entorno al 15% del total de las neoplasias de pulmón en nuestro medio. A diferencia del cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), tiene una elevada velocidad de crecimiento y produce metástasis de forma precoz. Es por esto que en su estadificación no se suele emplear el sistema TNM (tumor, *node*, metástasis), sino que para mayor simplicidad y utilidad clínica se estadifica en enfermedad limitada o extendida, como luego veremos.

La clasificación histológica ha sufrido sucesivas revisiones por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), añadiendo en el año 2004 como una nueva variante el carcinoma neuroendocrino de célula grande. En todos los casos, las alteraciones genéticas son muy numerosas, destacando las mutaciones de p53 que ocurren entre el 75-90% de los casos, la pérdida de heterocigosidad en 9p y 10q (donde se encuentra el gen PTEN), delección de 3p y activación de la telomerasa. Sin embargo, y a diferencia del CPNM, las alteraciones en p16 o k-ras son poco frecuentes.

Manifestaciones clínicas e historia natural

Habitualmente este tumor se inicia en bronquios centrales, infiltrando la submucosa y produciendo un estrechamiento de la vía aérea. Asimismo, la diseminación ganglionar regional es muy precoz, produciendo masas mediastínicas de gran tamaño con bastante frecuencia, lo que en ocasiones condiciona un síndrome de vena cava superior por compresión de la misma. Debido a ello, los síntomas principales con los que comienza son tos, disnea y hemoptisis. La pérdida de peso y la astenia intensa son otros de los síntomas más frecuentes en la evolución de la enfermedad o incluso en el momento del diagnóstico, destacando además que aproximadamente 3 de cada 4 pacientes tienen metástasis a distancia de inicio. Los lugares a los que se disemina habitualmente son el propio pulmón, hígado, hueso, glándulas adrenales, médula ósea y sistema nervioso central.

A lo largo del proceso, o incluso en los meses previos al diagnóstico, no es rara la aparición de síndromes paraneoplásicos, de los que el de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) y el síndrome miasteniforme de Eaton-Lambert son los más habituales.

Estrategias diagnósticas y factores pronósticos

La estadificación de este tumor se suele clasificar en enfermedad limitada o extendida, siguiendo una modificación de la planteada en los años 50 por el *Veterans' Affairs Lung Study*

Group. Esta considera enfermedad limitada¹ aquella en la que el tumor solo afecta a un hemitórax y a los ganglios hiliares o mediastínicos regionales, de tal manera que se puedan abarcar en un campo de radioterapia de forma segura. En caso contrario, se considera como enfermedad extendida, incluyendo la existencia de derrame maligno pleural (fig. 1) o pericárdico, y las adenopatías supraclaviculares o hiliares contralaterales. La clasificación TNM según la 7ª edición del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) de 2010 recomienda en los pocos casos (aproximadamente un 5%) que se puedan beneficiar de resección quirúrgica (tabla 1).

Como en toda neoplasia, para llegar al diagnóstico hay dos pilares fundamentales; por un lado, las pruebas de imagen para conocer su extensión exacta y, por otro, las diversas técnicas de anatomía patológica que nos indican el tipo concreto de neoplasia. Por todo ello, es imprescindible tomar una muestra histológica o citológica y hacer un adecuado estudio de extensión por imagen. Para lo primero se necesita generalmente una broncoscopia que requiere en ocasiones de punción transbronquial. En los casos en que no se alcanza el diagnóstico con ella, puede ser precisa una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) mediante control de escáner. De forma más excepcional una mediastinoscopia para tomar muestras de adenopatías mediastínicas, o la punción de una lesión metastásica nos llevará al diagnóstico.

Por su parte, las pruebas de imagen suponen al menos la realización de una tomografía computarizada (TC) toracoabdominal, añadiendo además estudios del sistema nervioso central si hay síntomas sospechosos de su afectación. Una TC craneal puede ser útil incluso en pacientes asintomáticos con enfermedad localizada en los que se vaya a realizar tratamiento con intención radical, ya que casi un 10% de ellos presentarán afectación cerebral oculta.

En los últimos años la tomografía por emisión de positrones (PET) ha tomado valor en la planificación del tratamiento radioterápico y también en la reestadificación tras dicho tratamiento, ayudando a distinguir entre fibrosis posradioterapia y tumor viable.

Ocasionalmente este tumor se presenta como un nódulo pulmonar solitario, en el que una PAAF puede no ser sufi-

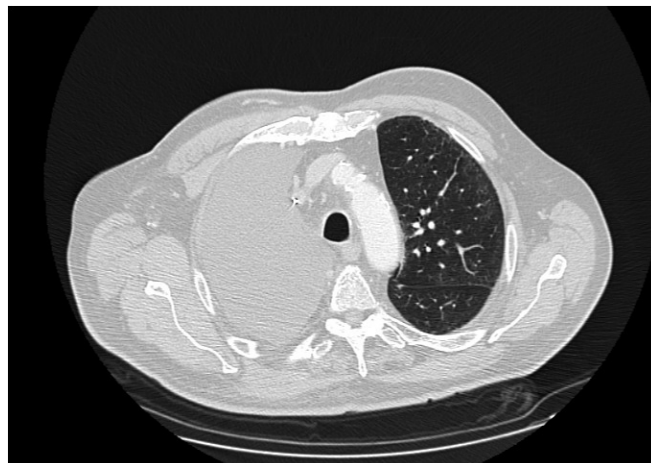


Fig. 1. Derrame pleural masivo en paciente con carcinoma microcítico de pulmón.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681470>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681470>

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