

Tumor endobronquial metastásico de cáncer de colon como localización inusual. A propósito de un caso

Md. Ena Coloma Coloma¹, Dr. Fernando Cano Pazmiño², **Dra. Tannia Rivera Rivera**³, Dr. Fernando Salazar Reinoso³, Dr. Fernando Camacho Álvarez⁴

1. Médico residente Postgrado Medicina Interna. Hospital SOLCA
 2. Jefe del servicio de Neumología. Hospital SOLCA
 3. Médico Tratante especialista Neumología. Hospital SOLCA
 4. Jefe del servicio de Anatomía Patológica. Hospital SOLCA
- Guayaquil, Ecuador

AUTOR RESPONSABLE:

T. Rivera. mdtrivera@yahoo.com

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 51 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante de colon asociado a metástasis pulmonares, tratada con quimioterapia de protocolo FOLFOX-6 (oxaliplatino, folinato de calcio 5 fluoracilo y bevacizumab). Dentro de sus antecedentes respiratorios hay exposición al humo de leña, tabaquismo pasivo y la exposición a la fumigación con pesticidas. Acude a la clínica tras presentar hemoptisis de una semana de evolución. La tomografía de tórax mostró opacidad paratraqueal derecha acompañada de lesiones nodulares intraparenquimales de densidad intermedia, con contornos calcificados poco delimitados. En pruebas de laboratorio, la elevación del marcador tumoral, el antígeno carcinoembrionario, llama la atención.

Se decidió realizar un estudio de broncoscopia con fibra óptica para descartar lesiones primarias *versus* secundarias, encontrando una lesión endobronquial con apariencia de tumor vascularizado en la entrada del lóbulo superior derecho. Se realizó biopsia, cepillado y lavado broncoalveolar. Los resultados histopatológicos de la biopsia fueron consistentes con el adenocarcinoma de colon metastásico.

Abstract

The case of a 51-year-old female patient with Diagnosis of Colon Infiltrating Adenocarcinoma Associated with Pulmonary Metastases, treated with FOLFOX-6 Protocol Chemotherapy (Oxaliplatin, calcium folinate 5 Fluoracil, and Bevacizumab) is presented. Within its respiratory antecedents, there is an exposure to wood smoke, passive smoking, and exposure to pesticide spraying. Go to the clinic for presenting hemoptysis of a week evolution. Chest tomography showed right paratracheal opacity accompanied by intraparenchymal nodular lesions of intermediate density, with poorly delimited calcified contours. In laboratory tests, the tumor marker elevation, Carcinoembryonic Antigen, draws attention.

It was decided to perform a fiberoptic bronchoscopy study to rule out primary versus secondary lesions, finding an endobronchial lesion with vascularized tumor appearance at the entrance of the right upper lobe. Biopsy, brushing and bronchoalveolar lavage were taken. The histopathological results of the biopsy were consistent with metastatic colon adenocarcinoma.

Palabras claves: Tumor endobronquial; metastasis; cáncer de colon

Key Word: tumor endobronchial; metastatic; colon cancer

Caso Clínico

Se presenta caso de paciente femenina 51 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante de colon asociado a metástasis pulmonares, tratada con quimioterapia protocolo FOLFOX-6 (oxaliplatino, folinato de calcio 5 Fluoracilo, y bevacizumab). Muestra como antecedente quirúrgico laparotomía exploradora con intervención tipo Hartmann. Dentro de sus antecedentes respiratorios resalta exposición a humo de leña por 8 años durante la infancia, tabaquismo pasivo durante 15 años y exposición a fumigación por plaguicidas por cultivos de banano cercanos a su vivienda. Acude a consulta por presentar hemoptisis de una semana evolución.

Al examen físico, nada que llame la atención, razón por la que se realizan estudios de imágenes presentando en la radiografía de tórax opacidad mal definida con componente atelectásico, de localización paratraqueal derecha que de manera secundaria condiciona retracción cefálica de hilio pulmonar y hemidiafragma homolateral.

La tomografía de tórax revela disminución volumétrica de pulmón derecho asociada a atelectasia de lóbulo inferior y engrosamiento de las paredes bronquiales, presenta opacidad paratraqueal derecha acompañada de lesiones nodulares intra parenquimatosas de densidad de tejidos blandos, de contornos mal delimitados calcificados. Los estudios de función pulmonar se encontraron dentro de parámetros normales en los exámenes de laboratorio, llama la atención elevación del marcador tumoral, antígeno carcinoembrionario.

Se decide realizar estudio de fibrobroncoscopia

para descartar lesión primaria *versus* secundarismo, encontrándose lesión endobronquial de aspecto tumoral vascularizado a la entrada de lóbulo superior derecho ocluyéndolo en su totalidad. Se realizó toma de biopsias, cepillado y lavado broncoalveolar cuyos resultados identificaron grupos epiteliales atípicos parcialmente ocultos por fondo hemorrágico denso sugestivo de malignidad en el lavado bronquial, y se identificó un grupo epitelial compuesto por núcleos atípicos en fagocitosis celular en el cepillado demostrando muestra positiva para infiltración neoplásica maligna. Los resultados histopatológicos de la biopsia fueron consistentes con adenocarcinoma metastásico de colon confirmado por estudio de inmunohistoquímica.

Discusión

Los pulmones son un sitio común de enfermedad metastásica de tumores sólidos⁽¹⁾, sin embargo las metástasis endobronquiales y endotraqueales son eventos raros, correspondiendo a una incidencia entre 2-5% de las autopsias en pacientes con tumores malignos extra-pulmonares. Los orígenes más frecuentes de metástasis endobronquiales son los carcinomas de mama, colon y riñón.⁽²⁾ La particularidad de este caso radica en que las metástasis endobronquiales de la paciente se ha presentado durante la evolución de un adenocarcinoma de colon intra-tratamiento.

Distinguir las metástasis endobronquiales de un carcinoma broncogénico primario es importante en los pacientes ya que el abordaje y el tratamiento son diferentes.⁽²⁾

El intervalo entre el diagnóstico tumoral primario y la aparición de metástasis endobronquiales es bastante variable, aunque generalmente es largo, con un promedio de 50 meses.⁽³⁾

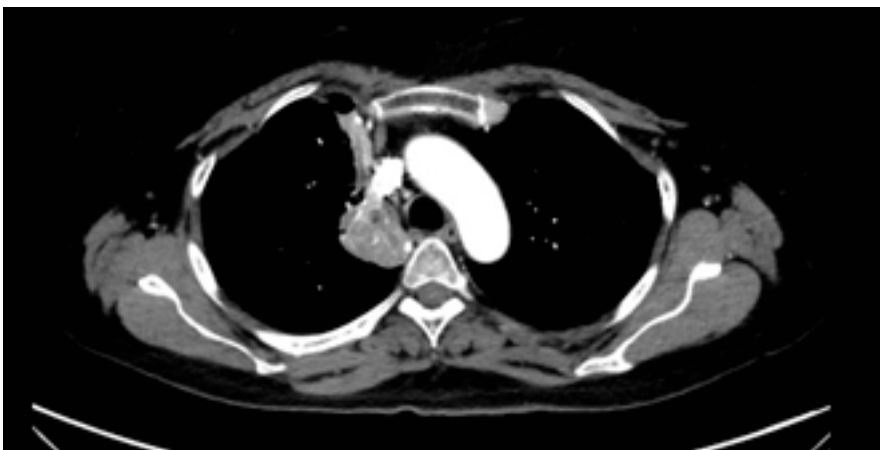


Figura 1.

Tomografía de tórax corte axial ventana mediastínica. Imagen tumoral localizada en zona parahiliar derecha acompañada de lesiones nodulares intraparenquimatosas de densidad de tejidos blandos.



Figura 2. Tumoración endobronquial vista en estudio endoscópico bronquial, con oclusión de todo el lóbulo superior bronquial derecho

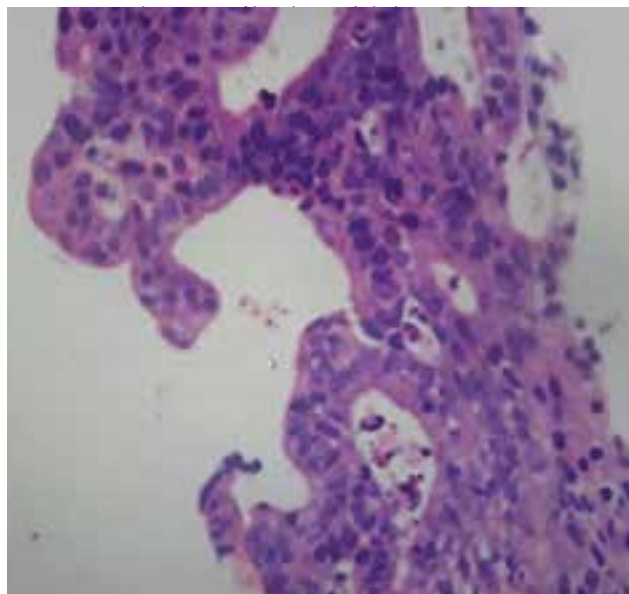


Figura 3. Formación de glándulas de diferente tamaño, Se observan células con citoplasma eosinófilo, con núcleos prominentes, compatible con adenocarcinoma

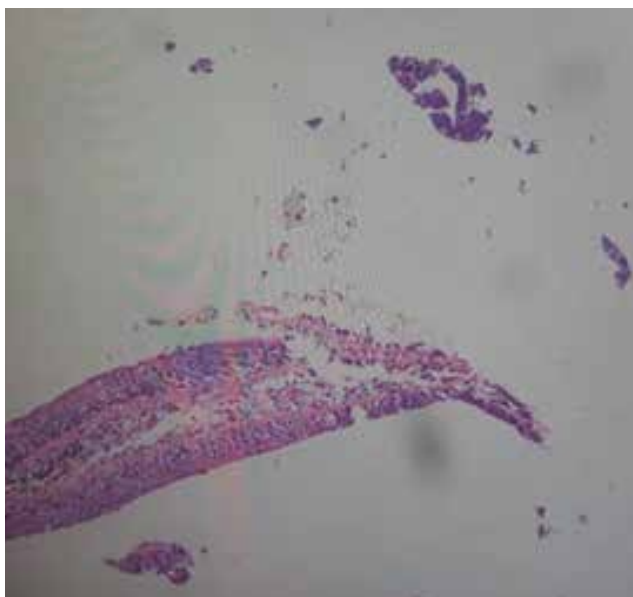


Figura 4. Mucosa bronquial con metaplasia escamosa fragmentada

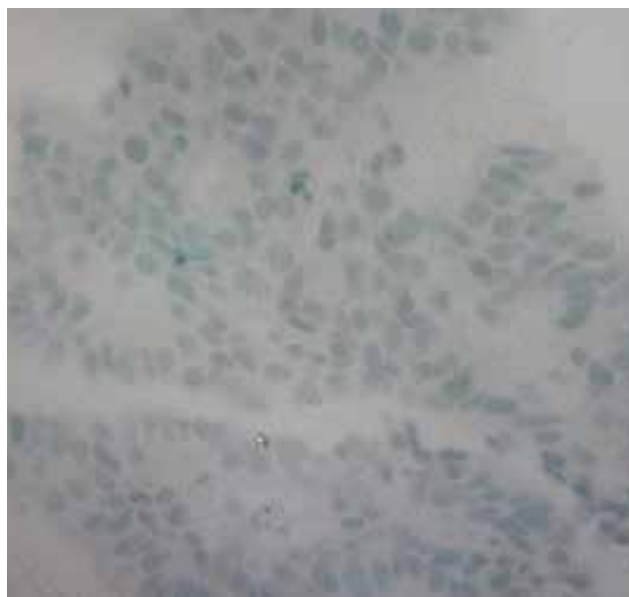


Figura 5. Inmunohistoquímica TTF-1 Negativo

El mecanismo exacto del origen de las metástasis endobronquiales no está claro, pero lo más probable es que implique la migración de células malignas a lo largo de los vasos linfáticos hacia el tejido submucoso.⁽²⁾

En cuanto a la clínica, la tos y la hemoptisis son síntomas comunes de metástasis endobronquiales; sin embargo algunos se encuentran asintomáticos. Los hallazgos radiológicos informados con mayor fre-

lizados y están determinados por la histología del tumor primario, la ubicación, los síntomas y el estado funcional de cada paciente⁽⁵⁾, siendo en la mayoría de los casos el tratamiento tipo paliativo, consistente en aliviar los síntomas que se deben a la obstrucción de las vías respiratorias superiores y así mejorar la calidad de vida, representado por cirugía, quimioterapia, radioterapia, crioterapia y braquiterapia.⁽³⁾ Los pacientes con metástasis endobronquial tienen una su-

pervivencia en general pobre, y ningún tratamiento aplicado ha demostrado algún impacto en la supervivencia.⁽⁷⁾ Según el sistema de Estadificación TNM, nuestra paciente presenta Estadio IV, ya que presenta diseminación a distancia del cáncer⁽⁸⁾ correspondiendo a una supervivencia del 7% a los 5 años.⁽⁹⁾

Se presentó a Oncología Clínica, quienes toman decisión de nuevo esquema de quimioterapia para tumor metastásico.

Conclusiones

Este caso ilustra bien las características clínicas, imagenológicas, broncoscópicas e histológicas de la traqueobroncopatía osteoplástica (TO), junto a las alteraciones funcionales (espirometría) y su curso lentamente progresivo, el cual llevará en algún momento a la aparición de síntomas respiratorios que no remiten con el tratamiento convencional, por lo que la presencia de ellos, especialmente la tos crónica, obliga a descartarla y a buscar las condiciones asociadas como lo son la silicosis, el cáncer de pulmón y el linfoma no Hodgking.

Bibliografía

1. Endobronchial metastasis from primary anorectal melanoma. Heyman BM, Chung MM, Lark AL, Shofer S. 16 de julio de 2013, *American Journal of Case Reports*, Vol. 14, págs. 253 - 257.
2. Endobronchial/Tracheal Metastasis and Sudden Death. Byard, Roger W. 4, 2014, *Journal of Forensic Sciences*, Vol. 59.
3. Can endobronchial or endotracheal metastases appear from rectal adenocarcinoma? Serbanescu G, Anghel R. s.l.: *J Med Life*, 2017, Vol. 10, págs. 66 - 69.
4. Late Endobronchial Pulmonary Metastasis in a Patient with Breast Cancer. Coşgun IG, Kaçan T, Erten G. s.l.: *Turk Thorac J*, 2018, Vol. 19, págs. 97 - 99.
5. Endobronchial metastases of colorectal cancer. Natalia-Zuberoa Rosado-Dawid, Francisco Ramón Villegas-Fernández. 4, s.l.: *Rev Esp Enferm Dig*, 2016, Vol. 108.
6. Diffuse endobronchial metastasis from sigmoid carcinoma presenting as wheezing and respiratory failure. Jantarangsi N, Chantranuwatana P, Chirakalwasan N. 5, s.l.: *Respirology Case Reports*, 2018, Vol. 6.
7. Endobronchial metastases from melanoma: a survival analysis. Vergnon, Amandine Chaussende Christophe Hermant Rachid Tazi, Mezalek Nicolas Favrolt José Hureaux Clément Fournier Christine Lorut Fabrice Paganin Minh, Triet Ngo Thomas Vandemoortele Stavros Anevlaivis Marios E. Froudarakis Jean-Michel. [ed.] Wiley Online Library. 2017, Vol. 11.
8. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer colorrectal: Estadios. *Cancer.net*. [En línea] 2018. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-colorrectal/estadios>.
9. Cruz Hernández J et al. *Oncología Clínica*. Barcelona: Elsevier, 2018.