

# CARCINOMA PULMONAR BILATERAL Y SINCRÓNICO

---

A. Castañar Jover, F. L. Márquez Pérez, P. Iñigo Naranjo, P. Cordero Montero, I. Rodríguez Blanco, P. Fuentes Otero  
Sección de Neumología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

---

La existencia de neoplasias pulmonares múltiples es un hecho infrecuente, existiendo pocas series descritas en la literatura. Los tumores pulmonares primarios múltiples pueden manifestarse de forma sincrónica (aparición simultánea), o metacrónica (diferencia de aparición superior a dos años), siendo esto último lo más común.

El pronóstico en los pacientes que presentan tumores sincrónicos parece ser más desfavorable que en los pacientes con cáncer de pulmón único.

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de tumor pulmonar primario múltiple y sincrónico, siendo las dos lesiones de igual estirpe anatómico patológica.

**Palabras clave:**

- Neoplasia primaria múltiple pulmonar.

---

## SYNCHRONOUS BILATERAL LUNG CARCINOMA.

The existence of multiple pulmonary neoplasia is unusual, and very few series have been described in literature. Multiple primary pulmonary tumors can appear in a synchronous manner (simultaneous appearance) or metachronically (varying appearance of more than two years). This latter is the most common. The prognosis of patients with synchronous tumors seems to be less favorable than that of patients with only lung cancer. We present the case of a patient diagnosed with synchronous and multiple primary pulmonary tumors. Both lesions were of the same pathological anatomy.

**Key Words:**

- Multiple primary pulmonary neoplasia

---

## INTRODUCCIÓN

La existencia de más de un tumor primario en un órgano es una consecuencia lógica de la exposición de éste a los mismos agentes carcinógenos<sup>(1)</sup>. Sin embargo, los tumores primitivos múltiples del pulmón son bastantes infrecuentes, especialmente en su forma de presentación sincrónica, existiendo pocas series publicadas en literatura<sup>(1-9)</sup>.

Exponemos aquí un caso de un doble tumor primitivo, bilateral y sincrónico.

**CASO CLÍNICO**

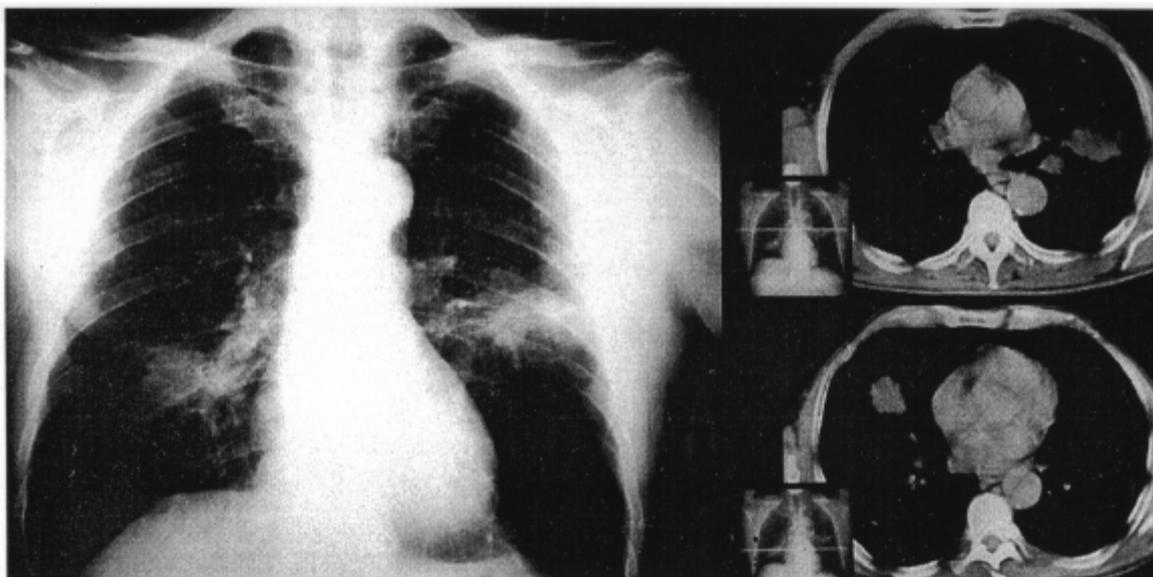
Varón de 65 años, con antecedentes personales de

hidatidosis renal derecha intervenida hace 20 años, fumador de 40 cigarrillos/día hasta hace 8 años, sin otros antecedentes de interés.

Consulta por presentar, desde 7 meses antes, dolor retroesternal y en hemitórax izquierdo, de características pleuríticas, acompañado de tos con expectoración hemoptoica escasa, aunque persistente.

La exploración física muestra a un paciente afebril, normotenso, eupneico, con aceptable estado general, exploración sistémica normal. El hemograma, coagulación, bioquímica y análisis sistemático de orina fueron normales.

La radiografía de tórax mostró la existencia en ambos campos pulmonares medios, de zonas de aumento de densidad no homogéneas, de límites imprecisos, próximas a los hilos. En la lesión del hemitórax izquierdo existe en su interior periféricamente una densidad mayor pseudofusiforme, con engrosamiento mínimo de la pleura adyacente (Fig. 1). Se realizó TAC de tórax que confirmó la existencia de dos masas pulmonares, una en cada hemitórax, de bordes irregulares. No se observan adenopatías en los diferentes compartimentos mediastínicos.



Las baciloscopias y citologías del esputo fueron negativas, así como la serología hidatídica.

Funcionalmente, el paciente presentaba una espirometría con una obstrucción leve al flujo aéreo: (FVC:2.840 (76%); FEV<sub>1</sub>:1.840 (63%); FEV<sub>1</sub>/17VC% (82%)), y una gasometría normal (pH:7,42, PCO<sub>2</sub> :39, PO<sub>2</sub> :90, HCO<sub>3</sub> :25, SatO<sub>2</sub> :97%).

La broncofibroscopia fue morfológicamente normal, salvo una pequeña zona en el bronquio principal izquierdo eritematosa, de la que se toman cepillado y biopsia, que fueron negativos para malignidad, así como el broncoaspirado.

Una ecografía abdominal realizada fue así mismo normal, salvo mínima ectasia de todos los grupos caliciales en riñón derecho.

Se realizó punción aspirado con aguja fina (PAAF) de la lesión en hemitórax izquierdo, con el resultado de carcinoma de células grandes, y posteriormente, en un segundo tiempo, PAAF de la lesión derecha, con idéntico resultado anatómico patológico, produciéndose un pequeño neumotórax que evolucionó favorablemente con tratamiento conservador.

Ante estos hallazgos, el caso fue propuesto para cirugía, siendo desestimado, y pasando entonces a Oncología médica.

## DISCUSIÓN

El hallazgo de tumores pulmonares múltiples es un hecho infrecuente. El primer caso de cáncer pulmonar múltiple y primario fue publicado por Beyrenther en 1924<sup>(2)</sup>.

Lo más frecuente es que aparezca un segundo tumor algún tiempo después del tratamiento (tumor metacrónico), y más raramente puede ocurrir la existencia de más de un tumor primario en el momento del diagnóstico (tumor sincrónico).

La incidencia de los cánceres bronquiales primitivos múltiples recogida en las distintas series está en torno a un 10% de todos los cánceres de pulmón para la forma de presentación metacrónica, y entre un 1-2% en el caso de los tumores sincrónicos<sup>(2,3)</sup>.

Los criterios diagnósticos más utilizados en la bibliografía para considerar dos o más tumores como sincrónicos han sido definidos por Wu<sup>(4)</sup>:

- 1) cada tumor debe ser maligno;
- 2) los tumores deben ser anatómicamente distintos y estar separados;
- 3) los tumores deben ser histológicamente diferentes;
- 4) si la histología es la misma en los tumores sincrónicos cada tumor debe tener su propio lugar de origen, sin invadir ganglios linfáticos;
- 5) cada tumor debe tener sus propias metástasis;
- 6) no hallazgos de metástasis extrapulmonares. No obstante, estos criterios pueden experimentar ligeras variaciones de unos estudios a otros<sup>(2,5,6)</sup>.

El tipo histológico más frecuente en los tumores sincrónicos es el carcinoma escamoso. Aproximadamente la mitad de los pacientes tienen tumores de la misma histología. Cuando los tumores son de diferente histología, lo más frecuente es la combinación de un carcinoma escamoso con otro tipo histológico<sup>(5,6,7)</sup>.

En cuanto a la localización, lo más frecuente es que las lesiones aparezcan en un mismo pulmón en un porcentaje cercano al 50%<sup>(3,7)</sup>. El lóbulo superior izquierdo es el que con más frecuencia se ve afectado.

El diagnóstico se hace en la mayor parte de los casos a partir de la radiografía de tórax y el TAC<sup>(7)</sup>, si bien en muchos casos se llega al diagnóstico intraoperatoriamente o a través del estudio anatomopatológico de la pieza reseçada.

El tratamiento de elección es la cirugía, ya sea mediante resecciones formales (neumectomía, lobectomía, bilobectomía, segmentectomía), resecciones más económicas o una combinación de ambas. No se han encontrado diferencias significativas en las curvas de supervivencia de los pacientes tratados mediante resecciones formales y aquellos a quienes se practicó una resección más económica, siempre y cuando el tumor pudiera ser reseçado totalmente<sup>(6)</sup>.

A pesar de que el diagnóstico de la enfermedad suele hacerse en estadios precoces de la misma, las pocas series publicadas sobre tumores sincrónicos recogen un pronóstico bastante desfavorable. Así en el trabajo de Ferguson<sup>(8)</sup>, dos terceras partes de los pacientes se encontraban en estadio I ó II, de forma que la resección quirúrgica completa fue posible en un 90% de los casos, a pesar de lo cual la supervivencia a los 5 años fue tan solo de un 20%, bastante inferior a lo esperado<sup>(8)</sup>. Otros autores obtienen resultados aún peores: Carey y cols. recogen una supervivencia de solo un 6%<sup>(1)</sup>, mientras Deschamps y cols. obtienen

tasas en torno al 15,6%<sup>(9)</sup>. En otras series el pronóstico es mejor, como en los trabajos de Martini con cifras de un 23%<sup>(10)</sup>, o Rosengart con un 44%<sup>(5)</sup>.

Cuando ambos tumores son carcinomas escamosos, el pronóstico parece ser más favorable<sup>(1)</sup>.

Los pacientes con tumores sincrónicos tienen peor pronóstico que aquellos que desarrollan un segundo tumor metacrónico<sup>(1,5,9,11)</sup>.

Estos resultados podrían sugerir, según algunos autores, que los tumores sincrónicos tienen una biología diferente a la del resto de los cánceres de pulmón, o que representan un estadio más avanzado de la enfermedad, o bien que en algunos casos el diagnóstico de tumor sincrónico se hace erróneamente, y que en realidad el segundo tumor sea una metástasis de un único tumor primitivo. El empleo de nuevas técnicas que identifican las características moleculares y biológicas de estos tumores, incluyendo el análisis de las cadenas de DNA, podrían ayudar a establecer con más exactitud el diagnóstico de tumor sincrónico, descartando la posibilidad de que se trate de una metástasis, lo cual condicionaría el modo de actuación, modificando notablemente el pronóstico<sup>(1,7)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carey FA, Donnelly SC, Walker WS, Cameron EWS, Lomb D. Synchronous primary lung cancers: prevalence in surgical material and clinical implications. *Thorax* 1993;48:344-346.
2. Beyrenther H. Multiplicat von carcinomen bei einem fall von sog : <schneeberger> lungenkrebs mit tuberkulose. *Virchows Arch.* 1924;250:230-243.
3. Zapatero J, Padilla X, Vidal R, Golpe A, Peñalver R, Córdoba M et al. Tratamiento quirúrgico de los cánceres bronquiales primitivos múltiples. *Arch Bronconeumol.* 1991;27(Supl. I):74.
4. Wu SC, Lin ZQ, Xu CW. Multiple primary lung cancers. *Chest* 1987;92:892-896.
5. Rosengart TK, Martini N, Ghosn P, Burt M. Multiple primary lung carcinomas, prognosis and treatment. *Ann Thorac Surg* 1991;52:773-779.
6. Pommier, Rodney F, Vetto JT, Lee JT, Johnson KH. Synchronous non-small lung cancers. *Am J Surg* 1996;171:521-524.
7. Antakli T, Shaefer RF, Rutherford JE, Read RC. Second primary lung cancer. *Ann Thorac Surg* 1995;59:863867.
8. Ferguson MIC. Synchronous primary lung cancers. *Chest* 1993; Apr. 103 (4 Suppl.) 398S-400S.
9. Deschamps Q, Pairolero PC, Trastek VF, Payne WS. Multiple primary lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990;99:769-778.
10. Martini N, Melamed MR. Multiple primary lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975;60:606-612.
11. Ribet M, Dambron P. Multiple primary lung cancers. *Eur J Cardiothorac Surg* 1995;9<sup>(5)</sup>:231-236.