

Adenocarcinoma de crecimiento lepidico

Comenta:

Magdalena Mercuri Guillemi*

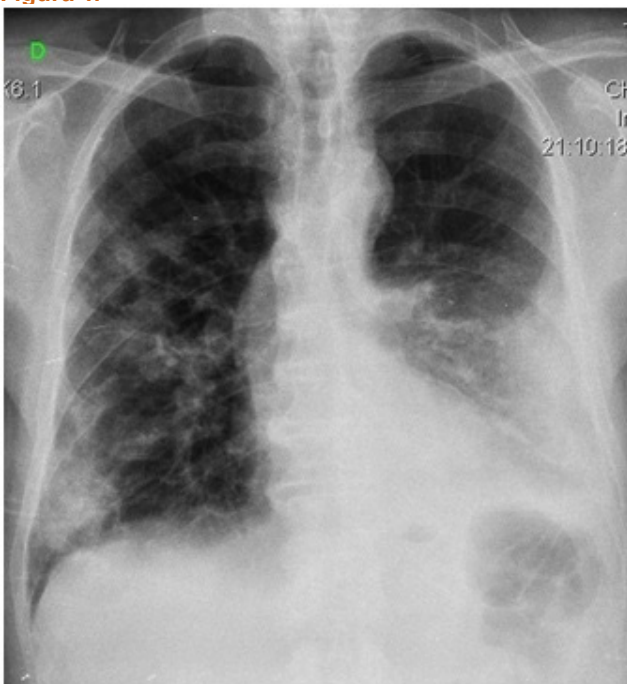
* Fundación Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina

Caso Clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 81 años, no tabaquista, con antecedentes de estenosis aórtica severa, cardiopatía isquémica y cáncer de próstata (diagnosticado en 2014) por lo que recibió radioterapia. Consultó por presentar tos seca, disnea mMRC I-II, astenia y adinamia asociado a pérdida de 5 kg de peso en los últimos 7 meses, sin fiebre o equivalentes. Refería haber consultado previamente y recibido tratamiento antibiótico (amoxicilina-ácido clavulánico) durante 14 días, con mejoría parcial del cuadro clínico.

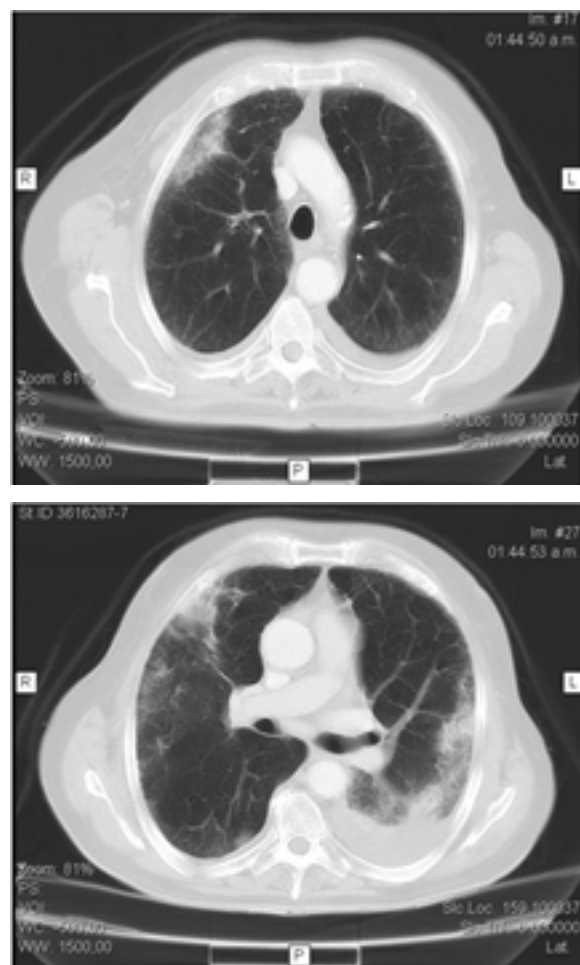
Se presentó a la consulta con las siguientes imágenes. (Figura 1).

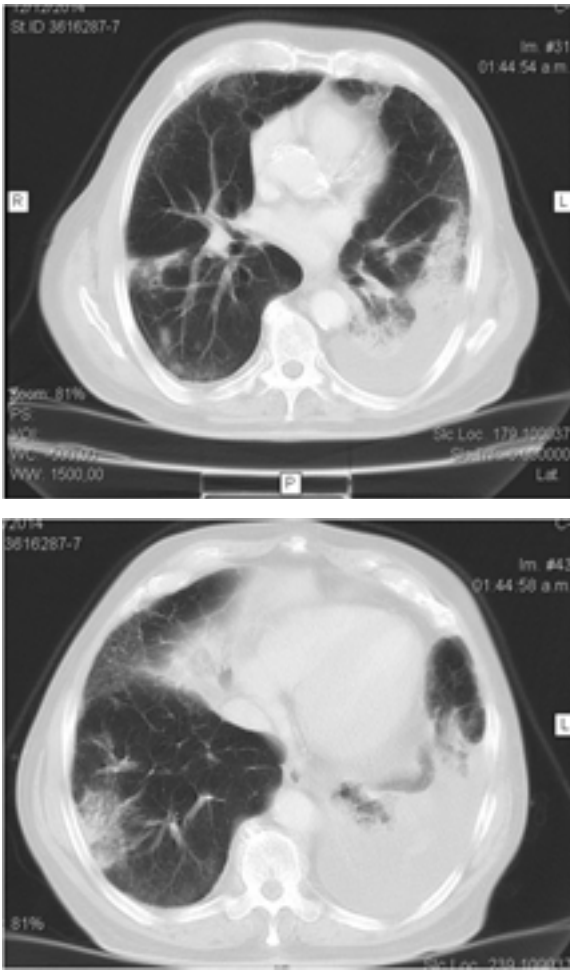
Figura 1.



En la radiografía de tórax se observan opacidades heterogéneas bilaterales de tipo algodonosas (ocupación alveolar) con broncograma aéreo. Las mismas predominan en base pulmonar izquierda y no presentan signo de la silueta cardíaca. (Figura 2).

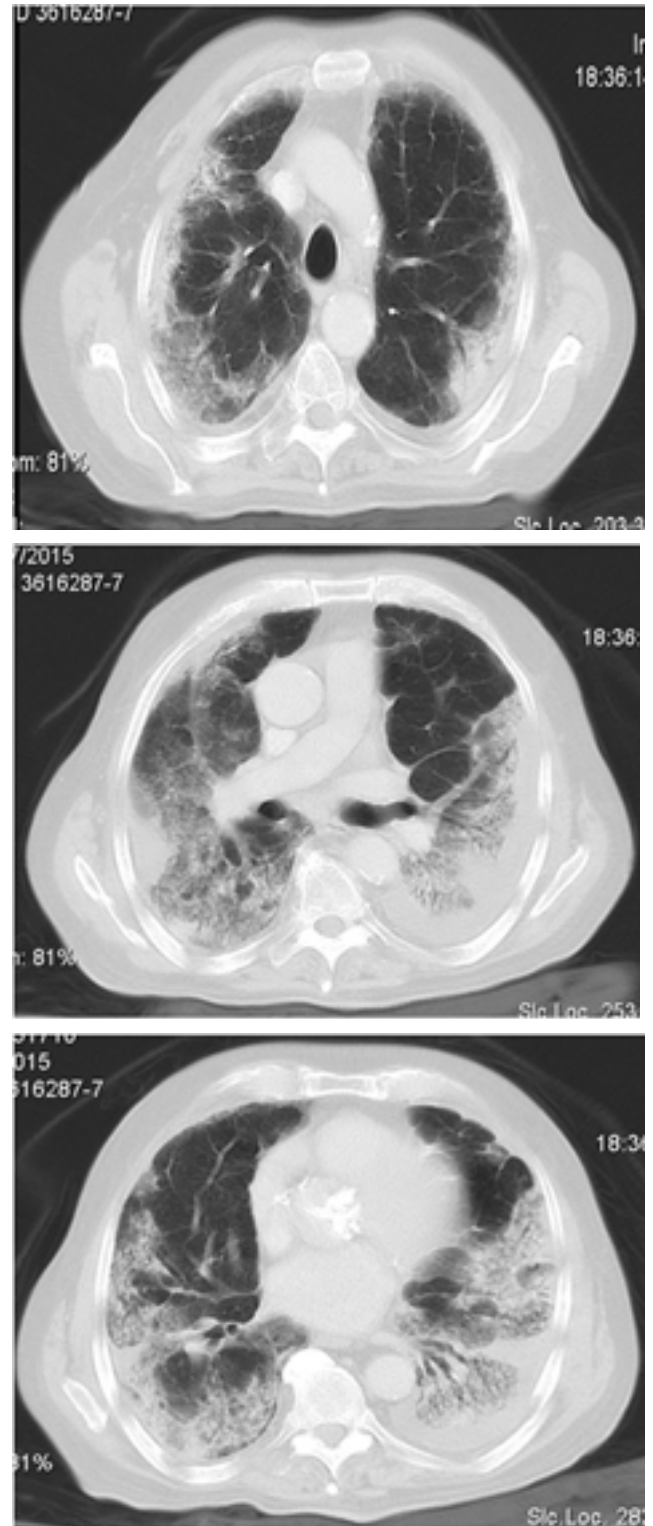
Figura 2. [Continúa en siguiente página]





La TC aportada por el paciente presentaba un atraso de 7 meses respecto al momento de la consulta, por lo que se decidió actualizar el estudio. (Figura 3).

Figura 3. [Continúa en siguiente página]



Pregunta 1

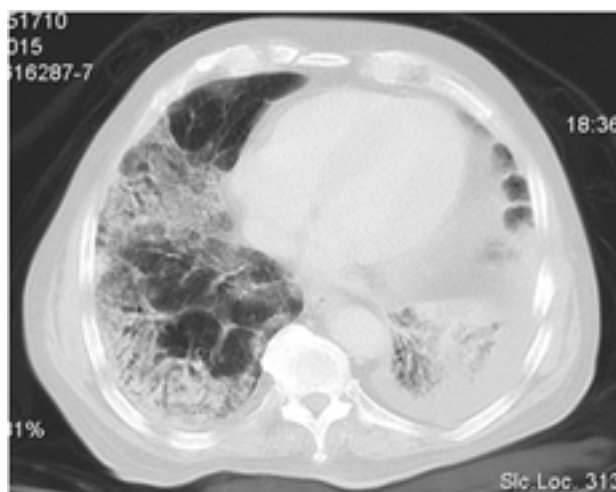
¿Cómo describiría la TC?

Se trata de una tomografía de baja resolución que evidencia en hemitórax derecho áreas de consolidación y de vidrio esmerilado de límites difusos localizadas predominantemente a nivel subpleural en LS, LM y LI. En hemitórax izquierdo se observa consolidación con broncograma aéreo que compromete LII, asociado a derrame pleural homolateral.

Laboratorio:

Tabla 1.

Hematocrito	39.5%
Hemoglobina	13.5 g/dL
Leucocitos	6.500 /uL
Urea	49 mg/dL
Creatinina	0.9 mg/dL
LDH	232 U/L
pH	7.46
PCO ₂	33 mm/Hg
PO ₂	50 mm/Hg
HCO ₃	23 mmol/L
EB	0.4 mmol/L
Saturación (0.21)	87%



Pregunta 2

¿Qué diferencias presenta la nueva TC?

Se trata de una tomografía de alta resolución que evidencia marcada progresión de las lesiones a nivel bilateral, con mayor extensión del compromiso del pulmón derecho, presentando nuevas áreas de consolidación con broncograma aéreo de predominio subpleural.

Pregunta 3

De acuerdo a las imágenes presentadas ¿Qué diagnósticos diferenciales se presentan?

- a) Neumonía organizante
- b) Linfoma primario de pulmón
- c) Adenocarcinoma de crecimiento lepidico

Se trata de un cuadro de evolución subaguda caracterizado por un síndrome constitucional (febrícula, astenia y pérdida de peso) asociado a imágenes progresivas de consolidación con broncograma aéreo con mayor compromiso subpleural. Teniendo en cuenta la presentación tomográfica, todos los diagnósticos podrían ser probables. La presentación radiográfica del linfoma primario de pulmón suele ser una opacidad alveolar localizada o consolidación con broncograma aéreo, mientras que en la TC se evidencian lesiones irregulares bilaterales y múltiples. Sin embargo, menos del 10% presenta adenomegalias hiliares y mediastinales así como derrame pleural¹ y cerca de la mitad de los pacientes se encuentra asintomáticos al momento del diagnóstico (Figura 4).

La neumonía organizante se presenta con áreas de consolidación subpleurales y/o peribroncovascular (80%) asociadas a vidrio esmerilado. Si bien el cuadro clínico es similar al que presenta el paciente, éste tipo de patolo-

Figura 4.

Linfoma primario de pulmón

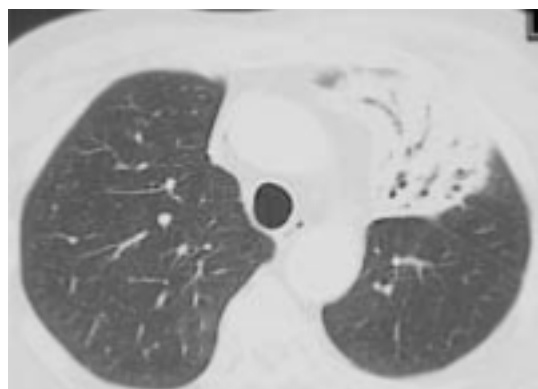
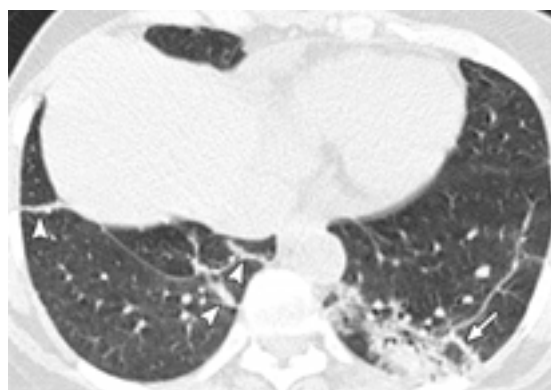


Figura 5.

Neumonía organizante



gía (al igual que el linfoma primario de pulmón) se presenta habitualmente entre la 5^{ta} y 6^{ta} década de la vida.² (Figura 5).

Por último, el adenocarcinoma de crecimiento lepidico (Anteriormente denominado broncoalveolar) puede presentarse como nódulos subsólidos, masas, áreas de consolidación localizados o con presentación difusa. La presencia de adenomegalias mediastinales es poco frecuente. Aunque la edad media de presentación es 69 años, el rango puede variar entre los 26 y los 96 años.^{3,4} (Tabla 2).

Tabla 2

Hallazgos tomográficos del adenocarcinoma de pulmón

Término	Hallazgos en TC
Adenocarcinoma in situ	Usualmente subsólido, pero puede ser en parte sólido o pequeñas zonas de baja atenuación (bubblelike)
Adenocarcinoma mínimamente invasivo	Mayormente subsólido, más pequeño componente central sólido (aprox. ≤ 5 mm)
Adenocarcinoma predominantemente lepidico no mucinoso	Mayormente sólido, pero puede ser subsólido ocasionalmente Bubblelike
Adenocarcinoma predominantemente invasivo con componente lepidico no mucinoso	Mayormente sólido aunque puede presentar componente subsólido.
Adenocarcinoma mucinoso invasivo	Aspecto que varía desde sólido o mayormente sólido a parcialmente sólido a subsólido, puede ser único o multifocal.

Pregunta 4

¿Qué conducta diagnóstica tomaría?

Se realiza ecografía pleural y toracocentesis que evidencia líquido compatible con exudado no complicado, sin otros hallazgos de relevancia.

Se decide realizar fibrobroncoscopía (FBC) con lavado broncoalveolar y biopsia transbroncoscópica (BTB). Se evidenció mucosa friable y sangrante contacto con el broncoscopio en el árbol bronquial izquierdo.

La anatomía patológica de la biopsia transbronquial informó adenocarcinoma de crecimiento lepidico, se realizó análisis de mutaciones para EGFR (*epidermal growth factor receptor*) y para ALK (*anaplastic lymphoma kinase*) con resultados negativos.

Se presentó el caso en ateneo conjunto con cirugía de tórax y oncología (ateneo de tumores). Se decidió tratamiento oncológico y cuidados paliativos considerando que se trata de un paciente en estadio IV según la clasificación TNM. Teniendo en cuenta la edad y condición clínica del paciente (*performance status*) se optó por realizar una quimioterapia con monodroga a base de vinorelbine vía oral, por tratarse de una droga de primera línea en el cáncer de pulmón de células pequeñas y con buena tolerancia en pacientes de similares características.⁵

Dentro de las posibilidades diagnósticas previamente descritas, para este tipo de imágenes donde predomina el patrón de consolidación bibasal, la FBC con BTB

tiene un rédito diagnóstico cercano al 65% para la neumonía organizante⁶, y alrededor del 70% para carcinoma de crecimiento lepidico.⁷ En el caso del linfoma el rédito diagnóstico de éste método puede ser mayor cuando se presenta con lesión endobronquial o anomalías radiológicas.¹ El fórceps de biopsia permite obtener muestras que corresponden a la región centrolobulillar, por lo tanto, presentarán mayor rédito en aquellas patologías que comprometan bronquiolos terminales y alvéolos o se distribuyan a lo largo de los linfáticos.⁸

Adicionalmente, la BTB presenta menor riesgo de complicaciones en relación al riesgo de complicaciones que implica la biopsia quirúrgica, siendo la más temida el neumotórax, que alcanza una incidencia de 0,5 a 1% o menor, realizada bajo visión fluoroscópica y personal entrenado.⁹ Considerando que el rédito diagnóstico de las patologías en estudio es mayor al 50% con baja tasa de complicaciones, la FBC con BTB es un procedimiento de primera línea para este tipo de presentación radiológica.

Pregunta 5

¿Cuáles fueron los cambios en la nomenclatura del carcinoma broncoalveolar?

La clasificación de adenocarcinoma broncoalveolar (BAC) realizada por la OMS en 2004 fue revisada en conjunto por la *European Respiratory Society* (ERS), la *American Thoracic Society* (ATS) y la *International Association for the Study of Lung Cancer* (IASLC) en el año 2011. Su cambio más significativo fue la discontinuación del uso del término BAC ya que este concepto hacía alusión sólo a las características histo-morfológicas, pero incluía al menos cinco entidades distintas con diferencias clínicas y biológicas. Se introdujeron entonces, entre otros cambios, los términos: carcinoma de crecimiento lepidico (crecimiento limitado a las estructuras alveolares) y dos nuevas entidades para adenocarcinomas solitarios de crecimiento lepidico, sin invasión (*in situ*) AIS y con invasión mínima, MIA.^{10,11} (Ver tabla 3).

Tabla 3

Clasificación de adenocarcinoma de pulmón según ASLC/ATS/ERS

I.	Lesiones preinvasivas
i.	Adenocarcinoma in situ (AIS, ≤3cm,)-Mucinoso, no mucinoso o mixto
ii.	Hiperplasia adematosa atípica (AAH)
II.	Lesiones mínimamente invasivas
i.	Adenocarcinoma mínimamente invasivo (MIA)-Mucinoso, no mucinoso, o mixto
III.	Adenocarcinoma invasivo
i.	Predominantemente acinar
ii.	Predominantemente sólido con producción de mucina
iii.	Predominantemente papilar
iv.	Predominantemente micropapilar
v.	Predominantemente lepidico (LPA, invasión ≥ 5 mm)
IV.	Variantes de adenocarcinoma invasivo
i.	Adenocarcinoma invasivo mucinoso
ii.	Coloide, fetal y entérico.

Al referirnos al término carcinoma broncoalveolar y evaluar este tipo de tumores desde el punto de vista clínico, es de notar que su presentación puede variar desde aisladas opacidades en vidrio esmerilado en la TC, cuyo pronóstico suele ser favorable luego de la resección quirúrgica, a tumores que se presentan con extenso compromiso multilobar con y peor pronóstico, como en el presente caso. Por lo expuesto, se debería evitar el término carcinoma broncoalveolar y referirnos a alguna de las categorías descriptas previamente en la nueva clasificación.

Deberá continuarse con el estudio de esta nueva nomenclatura a fin de determinar si los términos propuestos tendrán impacto en la estadificación acorde al TNM.

Bibliografía

- 1 Cadranet J, Wislez M, Antoine M. Primary pulmonary lymphoma, Eur Respir J 2002; 20: 750–762.
- 2 Ujita M, Renzoni E, Veeraraghavan S. Organizing Pneumonia: Perilobular Pattern at Thin-Section CT. Radiology 2004; 232:757–761.
- 3 Hollings N, Shaw P. Diagnostic imaging of lung cancer. Eur Respir J 2002; 19: 722–742.
- 4 Austin J, Garg K, Aberle D. Radiologic implications of the 2011 classification of adenocarcinoma of the lung. Radiology 2013; 266:62–71.
- 5 Cobo Dols M, Gil Calle S, Villar Chamorro E. First line oral vinorelbine in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer. Oncología, 2007; 30 (1):12–20.
- 6 Poletti V, Cazzato S. The diagnostic value of bronchoalveolar lavage and transbronchial lung biopsy in cryptogenic. Eur Respir J, 1996, 9, 2513–2516.
- 7 Mazzone P, Jain P, Arroliga AC, et al. Bronchoscopy and needle biopsy techniques for diagnosing and staging of lung cancer. Clin Chest Med 2002; 23: 137–158.
- 8 Gurioli C, Poletti V. The role of transbronchial biopsy in the diagnosis of diffuse parenchymal lung diseases: Pro. Rev Port Pneumol. 2012;18:57–60.
- 9 Grupo de Consenso AABE para la Elaboración de normas para la realización de fibrobroncoscopia. Consenso de la Asociación Argentina de Broncoesofagología para la realización de Fibrobroncoscopia. Rev Am Med Resp 2009;9: 196–209.
- 10 Travis W, Brambilla E. International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. J Thorac Oncol. 2011; 6: 244–285.
- 11 Zugazagoitia J, Enguita A, Nuñez J. The new iaslc/ats/ers lung adenocarcinoma classification from a clinical perspective: current concepts and future prospects. J Thorac Dis. 2014; 6: S526–S536.