

Broncoscopia: imagen y discusión

Metástasis traqueobronquiales de carcinoma de mama

Bronchoscopy: image and review

Tracheobronchial metastases of breast carcinoma

Jaime A. Barreto Menéndez⁽¹⁾; Luz M. Romero de Pabón⁽²⁾

RESUMEN

El carcinoma broncogénico, es una causa frecuente de insuficiencia respiratoria y obstrucción central de la vía aérea, observándose hasta en un 30% de los pacientes que se encuentran en estadios avanzados; sin embargo, las metástasis traqueobronquiales de otros tumores son menos frecuentes, correspondiendo solo al 20% de los casos que requieren resección endoscópica por neoplasia maligna. Los carcinomas de mama, colon, riñón, melanoma y linfomas son los más frecuentemente involucrados en este cuadro clínico. Presentamos el caso de una paciente de 57 años, con antecedente de carcinoma de mama, de tipo ductal infiltrante a quien se le realizó resección endoscópica de dos lesiones endoluminales en forma exitosa.

Palabras clave: broncoscopia, metástasis endobronquial.

ABSTRACT

Bronchogenic carcinoma is one of the most frequent cause of respiratory distress and central airway obstruction. 30% of patients are in advanced stage. Tracheobronchial metastases from other primary tumors: breast, colon, kidney, melanoma and lymphoma are less frequent and only 20% of the cases need endoscopy resection. We reviewed the case of 57year old woman with breast cancer, she underwent to an endoscopy resection of two endobronchial lesions without complications.

Key Words: bronchoscopy, endobronchial metastasis.

Rev. Colomb. Neumol. 2008; 20(2): 58-60

REPORTE DE CASO

Paciente de 57 años, con antecedente de carcinoma de mama, de tipo ductal infiltrante diagnosticado en 2003. Había recibido tratamiento con mastectomía radical modificada, quimioterapia y radioterapia, con control de su enfermedad hasta Noviembre de 2007, cuando empezó a presentar tos y disnea clase funcional 2. Evaluada por oncología con imágenes diagnósticas (Radiografía y Tomografía de tórax, se halló una masa cervical izquierda que infiltraba y obstruía la luz traqueal (Figura 1). El parénquima pulmonar se observó libre de me-

tástasis. La paciente presentó deterioro clínico en los días siguientes hasta presentar disnea clase funcional 4. Se decidió realizar broncoscopia rígida, electrocirugía y resección mecánica de las posibles lesiones endoluminales. El procedimiento, efectuado bajo anestesia general endovenosa, requirió de la introducción del traqueoscopio No. 10, así como de fibrobroncoscopia, la cual fue realizada a través del canal de trabajo de este. Se observó obstrucción casi total de la tráquea por una masa bilobulada hemorrágica ubicada aproximadamente a 4 cm de la glotis, que fue resecada en su totalidad (Figuras 2, 3 y 4).

(1) Especialista en Medicina Interna - Neumología y Broncoscopia Intervencionista. Bucaramanga, Colombia.

(2) Especialista en Anestesia y Reanimación. Clínica Chicamocha S.A. Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dr. Jaime Alberto Barreto Menéndez. Calle 40 No. 27 A- 22 Piso 9. Correo electrónico: jaimebarreto2004@yahoo.com

Recibido: Marzo 2008. Aceptado: Junio 2008

Se avanzó distalmente el instrumento encontrando una lesión en el bronquio principal derecho que también fue reseca (Figura 3). Una hora 15 minutos después la paciente salió extubada a la unidad de recuperación, pero presentó deterioro clínico con enfisema subcutáneo en el cuello y rápida progresión a insuficiencia respiratoria, por lo que se realizó intubación orotraqueal guiada por fibrobroncoscopia. Se infló el neumotaponador distal a perforación traqueal de 3 mm en la pared anterior de la traquea. El enfisema subcutáneo progresivamente desapareció y el patrón respiratorio se estabilizó gradualmente sin requerimientos de ventilación mecánica. Tres días después fue extubada en forma exitosa y luego dada de alta sin disnea, con índice de Karnofsky 70 puntos y sin requerimientos de oxígeno suplementario. Evaluada por oncología, se decidió continuar tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

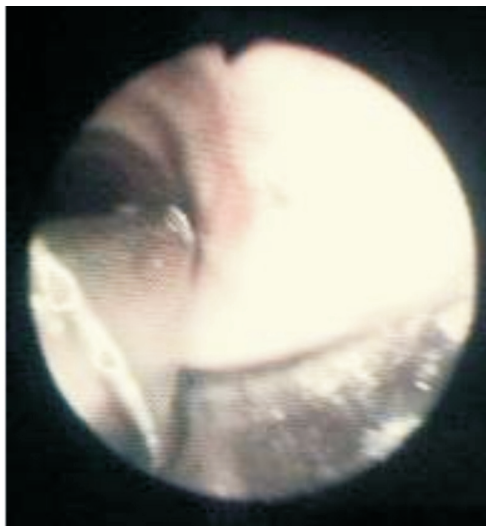


Figura 3. Resección mecánica.

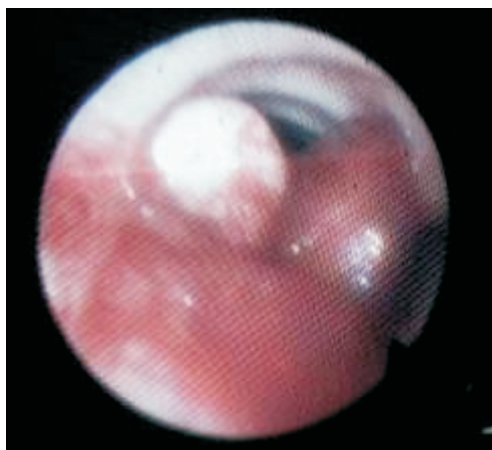


Figura 1. Metástasis endotraqueal. Obstrucción del 90%.

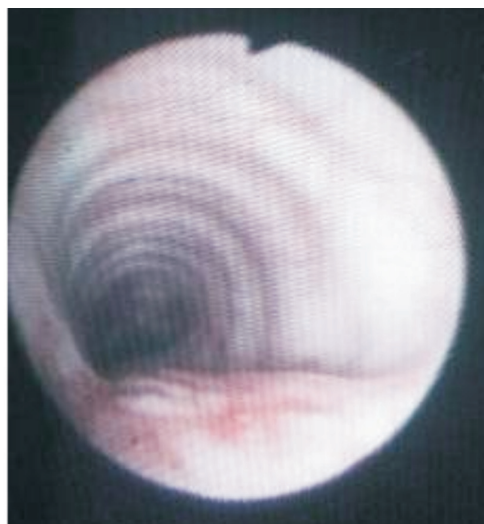


Figura 4. Tráquea. Mínima lesión residual.

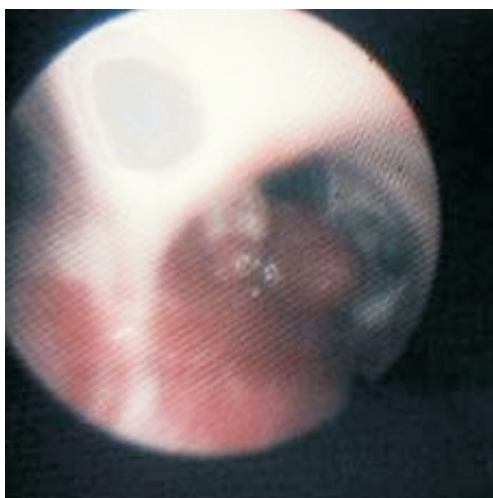


Figura 2. Metástasis endobronquial. BFD.

DISCUSIÓN

Las metástasis traqueobronquiales endoluminales de tumores diferentes al carcinoma broncogénico constituyen un cuadro clínico responsable del 20% de los casos que requiere resección endoscópica de urgencia por obstrucción central de la vía aérea de origen maligno (1). Estas se presentan por lo general, en el contexto clínico del síndrome tumoral avanzado, en ocasiones en simultaneidad con metástasis en otros órganos o asociándose a otras manifestaciones torácicas de la enfermedad (carcinomatosis pleural, linfangítica pulmonar, pericárdica, síndrome de vena cava superior). Sin embargo, es posible encontrar pacientes en los que este cuadro clínico es la única expresión de

enfermedad avanzada y en estos casos, evitar la muerte por asfixia se convierte en una prioridad (2-4).

Actualmente, contamos con procedimientos endoscópicos que permiten lograr la paliación exitosa de estas lesiones, permitiendo restaurar la luz de la vía aérea en el 95% de las veces; en contraste con la radioterapia, única alternativa disponible en años anteriores, que sólo tiene un 25% de efectividad aproximadamente (5, 6).

Se ha descrito una gran cantidad de tumores que pueden diseminarse hacia la vía aérea, sin embargo, es el carcinoma de mama el que con más frecuencia es visto produciendo metástasis en tráquea y bronquios, seguido de los carcinomas de colon, de células renales y tiroides, melanomas y linfomas. Otro mecanismo diferente de invasión en la vía aérea, es la extensión local del carcinoma de esófago o de tiroides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diaz JP, Rodriguez A. Laser Bronchoscopy for Malignant Disease. In: Beamis J, Mathur P, Mehta AC, eds. *Interventional Pulmonary Medicine*. Vol.189. Marcel Dekker. 2004: 89-126.
2. Barreto J, Pizarro C, Plata R, Niño F. Reporte de Caso: Broncoscopia Intervencionista: Una opción eficiente para el destete ventilatorio en insuficiencia respiratoria por obstrucción central de la vía aérea. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* 2007; 7(4): 33-38.
3. Colt HG, Harrell JH. Therapeutic rigid bronchoscopy allows level care changes in patients with acute respiratory failure from central airways obstruction. *Chest* 1997; 112: 202-206.
4. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker H, Mehta A. Central Airway Obstruction. *Am J Resp Crit Care Med* 2004; 169: 1278-97.
5. Barreto J. Broncoscopia Intervencionista: Una opción a nuestro alcance. *Revista Colombiana de Neumología* 2007; 19(4): 108-118.
6. Chetty KG, Moran EM, Sassoon CS, et al. Effect of radiation therapy on bronchial obstruction due to bronchogenic carcinoma. *Chest* 1989; 95: 582-584.
7. Carlin BW, Karrell JH, Olsen LK, et al. Endobronchial metastasis due to Colorectal Carcinoma. *Chest* 1989; 96: 1110.
8. Chirag Choudhary, MD; Michael S. Machuzak, MD; Atul C. Mehta. Metastatic Endotracheal and Endobronchial Thymic Carcinoma. *J Bronchol* 2007; 14(4): 264-266.
9. Khurshid Ahmad Dar, MD; Naveed N. Shah, MD; Rakesh Bhargava, MD. Endobronchial Aspergilloma in a 30-year-old man. *J Bronchol* 2007; 14(3): 207-209.
10. Richman M, Au J, Aoyama C. Endobronchial metastases of Gynecologic Leiomyosarcoma: A Case Report and Review of the Literature. *J Bronchol* 2007; 14(2): 131-133.