

METÁSTASIS ENDOBRONQUIAL (MEB) DEBIDA A RECIDIVA DE ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL

Dr. Mario Nicolás Albani Pérez¹ / Dra. Gemma Boloix Peiro² / Dra. Julien Paola Caballero Castro³ / Dr. Ignacio LaSierra LaVilla³ / Dra. Marta López Pérez² / Dr. Alberto López Las Heras⁴

¹ Servicio de Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Centro de Salud Teruel Ensanche. Teruel

³ Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

⁴ Servicio de Geriátrica. Hospital San José. Teruel

RESUMEN

El adenocarcinoma de endometrio es la neoplasia más frecuente del tracto genital femenino y las metástasis a nivel torácico son infrecuentes. Se presenta el caso de una mujer de 77 años, con antecedente de adenocarcinoma de endometrio en remisión y asma bronquial con clínica de sibilantes y disnea persistente de 6 meses de evolución, resistentes a tratamientos inhaladores y corticoides. Se establece el diagnóstico de metástasis endobronquial debido a recidiva de adenocarcinoma de endometrio en base a resultados de TAC y la confirmación histológica tras la toma de muestras broncoscópicas. Este caso recalca la importancia de no asumir que toda clínica con sibilantes equivale a asma, por lo cual, se deben tener en cuenta otras entidades y ampliar estudio cuando no existe una respuesta clínica adecuada.

PALABRA CLAVE

Cáncer de endometrio, metástasis endobronquial, prótesis endobronquiales

ENDOBRONCHIAL METASTASIS (EBM) DUE TO AN ENDOMETRIAL CARCINOMA RECURRENCE

ABSTRACT

Endometrial adenocarcinoma is the most common malignant tumor of the female genital tract and its thoracic metastasis are unusual. We report the case of a 77 years old female, with history of endometrial adenocarcinoma, currently in remission. The patient has also history of bronchial asthma. She has been developed wheezing and dyspnea for 6 months, without improvement after inhalers and corticosteroids. It is set as diagnosis endobronchial metastasis, coming from an endometrial adenocarcinoma recurrence. The diagnosis is based on CT results and histological confirmation; histological samples were obtained during the bronchoscopy. This case shows the importance of not assuming that wheezing symptoms are equivalent to asthma. We should consider other diseases and do futher studies if there is not any improvement after a proper treatment.

KEY WORDS

Endometrial cáncer, endobronchial metastases, endobronchial prosthesis

Notas Clínicas

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de endometrio es la neoplasia más frecuente del tracto genital femenino¹, es propia de mujeres postmenopáusicas y tiene un pico de incidencia máxima en la sexta y séptima década de la vida. En el 75 a 80% de los casos, el tipo histológico corresponde al adenocarcinoma². Las recidivas locales o las metástasis a distancia se producen en la mayoría de los casos (75-90%) sobre todo en los primeros dos años postratamiento³, aunque no se debe descartar su posibilidad transcurrido este tiempo. La mitad de las recidivas son en forma de metástasis, y en general, las diseminaciones hematógenas al pulmón y mediastino son poco frecuentes. Se expone el caso de una presentación metastásica inusual derivada de un carcinoma de endometrio.

CASO CLÍNICO

Mujer de 77 años, diagnosticada de adenocarcinoma de endometrio 5 años atrás, que había sido tratada quirúrgicamente con histerectomía más doble anexectomía, con posterior tratamiento radio-quimioterápico, siguiendo controles desde el punto de vista oncológico y en remisión. Es remitida para valoración de urgencias en vista de clínica progresiva de 6 meses de evolución caracterizada por tos seca persistente, autoescucha de sibilantes y disnea progresiva de moderados esfuerzos hasta hacerse de reposo, exacerbada en los últimos días y resistente a ciclos de tratamientos en domicilio con corticoides e inhaladores.

Al ingreso hospitalario, se encontraba taquipneica en reposo (fr: 22 rpm), con sibilancias bilaterales aunque de localización preferente en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho, manteniendo una saturación de oxígeno del 96% con oxigenoterapia suplementaria a 2 l/min (gafas nasales). Los análisis de sangre no mostraron alteraciones relevantes y la radiografía simple de tórax PA-Lateral del ingreso fue normal.

Durante la hospitalización, fue tratada con una nueva pauta de corticoides intravenosos y se potenció el tratamiento broncodilatador, sin experimentar mejoría. Ante la persistencia de los síntomas, y sobre todo, de las sibilancias localizadas en la base derecha, se solicitó una

tomografía axial computarizada (TAC) de tórax que evidenció una afectación secundaria en el mediastino con invasión al bronquio principal derecho (BPD) y extensión a la bifurcación traqueal. La imagen endobronquial producía una oclusión casi completa (de un 90%) de la luz del BPD (Fig. 1).

Se realizó una fibrobroncoscopia confirmando la lesión en el BPD. La biopsia endobronquial fue compatible con un adenocarcinoma pobremente diferenciado de origen ginecológico, confirmando la recaída del carcinoma endometrial.

Tras el diagnóstico, además de comenzar con su tratamiento quimioterápico, y dada la estenosis completa del bronquio principal derecho, se realizó tratamiento endobronquial, consiguiendo la recanalización completa con una prótesis de silicona.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los síntomas respiratorios más frecuentes del asma son las sibilancias, la disnea y la tos; sin embargo, no debemos olvidar que estas manifestaciones no son patognomónicas de esta entidad. Las sibilancias pueden encontrarse en cualquier disminución del calibre u oclusión parcial o total de la vía aérea².

Los tumores endobronquiales pueden ser asintomáticos, aunque también pueden causar tos, hemoptisis, sibilancias, estridor y disnea², de forma que, a veces falsean la clínica del asma⁴.

Las lesiones metastásicas endobronquiales pueden tener gran variedad de orígenes, y las más frecuentes son las derivadas de las neoplasias pulmonares primarias, sobre todo del carcinoma pulmonar de células pequeñas, el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma⁴.

En ocasiones, las metástasis aparecen como un hallazgo tardío de un tumor primario⁵, incluso cuando este ya ha sido tratado y se encuentra en remisión. Las metástasis endobronquiales relacionadas con tumores sólidos extrapulmonares no son frecuentes, y su incidencia varía del 1 al 5%^{4,5}. Se ha observado en estudios que los tumores primarios más frecuentes están relacionados con las metástasis endobronquia-

Notas Clínicas

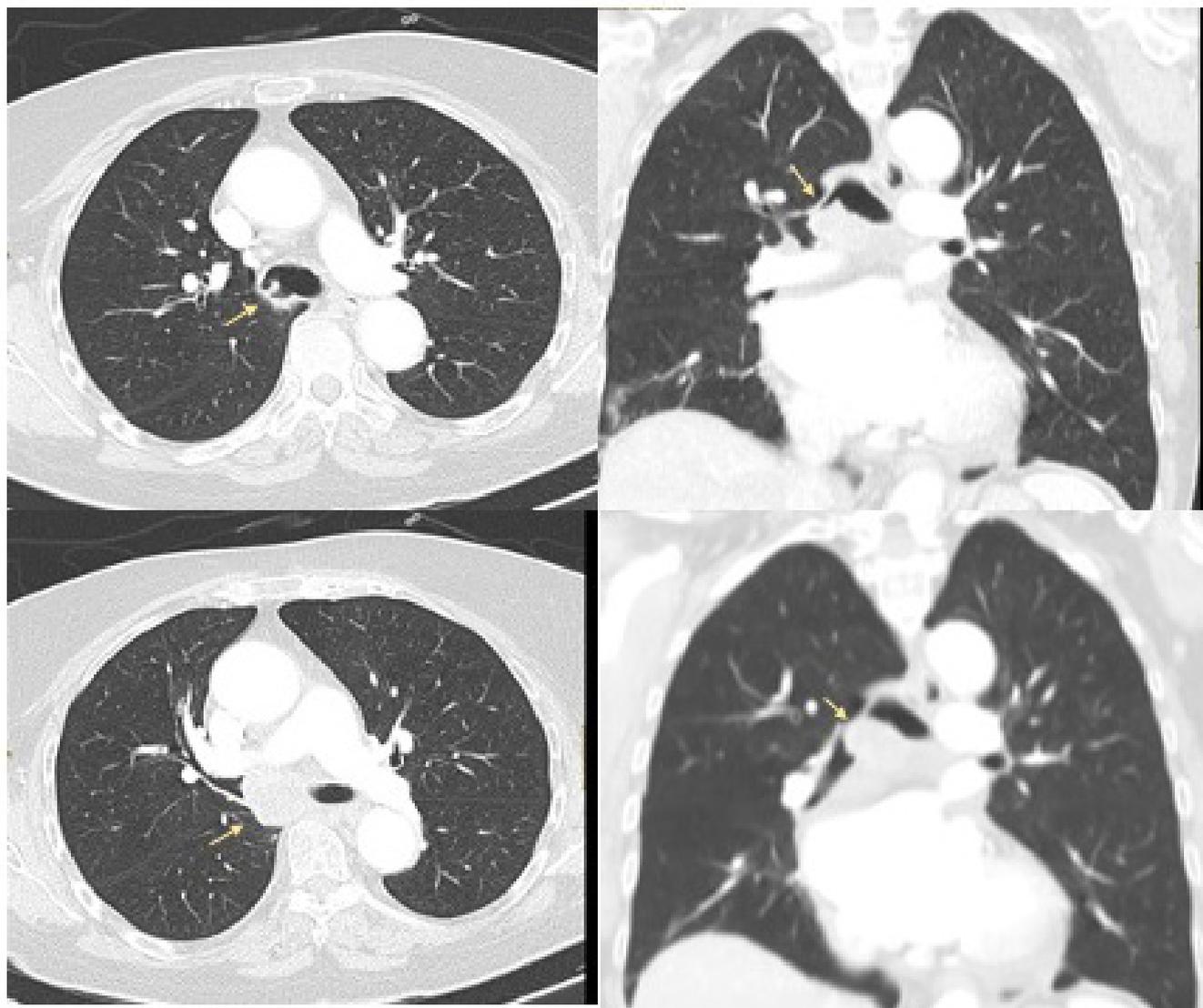


Fig. 1.

les son los de cabeza, cuello, pulmón, mama, colon y el adenocarcinoma renal⁵. En este caso, se presenta una metástasis endobronquial producida por una recidiva de adenocarcinoma de endometrio.

Para diferenciar si se trata de un adenocarcinoma pulmonar o la metástasis de un adenocarcinoma de endometrio, dependemos de los resultados anatomopatológicos. La muestra, en el caso del adenocarcinoma de endometrio, presenta una tinción nuclear positiva para los receptores de estrógenos y una tinción nuclear negativa para el factor de transcripción tiroidea-16. Los resultados anatomopatológicos de nuestra paciente coincidían con este patrón.

Los tumores del tracto genital femenino constituyen una causa poco frecuente de metástasis pulmonares. Según se describe en algunos estudios, la incidencia de las lesiones secundarias pulmonares en pacientes con carcinoma de endometrio es del 6-8,7%¹, y son sobre todo debidas a una diseminación hematológica. Esto nos hace reflexionar, en una baja incidencia incluso de las metástasis endobronquiales y en la rareza de la presentación atribuida a este caso.

Se han postulado diferentes mecanismos de extensión para las metástasis endobronquiales, entre las que se encuentran la invasión secundaria desde el parénquima o mediastino, extensión por vía linfática, aspiración trans-

Notas Clínicas

bronquial o invasión directa⁴. En cuanto a nuestra paciente, la vía linfática o la extensión desde mediastino parecen las opciones más probables. En estos casos, se requiere una exploración broncoscópica para completar el diagnóstico⁴ y concretar el diagnóstico anatomopatológico.

En un caso similar publicado por Lee et al, se confirmó una metástasis endobronquial (de tipo I) por un carcinoma uterino tras la toma de muestra broncoscópica en una paciente de 73 años. En la revisión del caso se describen los 4 tipos de invasión endobronquial debida a un carcinoma de endometrio: tipo I: metástasis directa al bronquio; tipo II: invasión bronquial por lesión del parénquima pulmonar; tipo III: invasión bronquial por metástasis mediastínica y adenopatía metastásica; y tipo IV: lesiones periféricas que se extienden hasta el bronquio principal⁷. En base a esto, nuestro caso correspondería a una invasión endobronquial del tipo III, considerando que procede de una lesión mediastínica y adenopática hiliar, ambas en contacto estrecho con la pared del bronquio principal derecho.

Otro caso publicado por Hsiao et al. fue

el de una mujer de 56 años diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar un año atrás y con una clínica de 4 semanas de evolución de disnea de esfuerzos y hemoptisis de 48 horas de evolución. En la tomografía computarizada se evidenció ocupación endobronquial en el lóbulo medio, que tras confirmación broncoscópica se filió como una lesión secundaria de un adenocarcinoma uterino⁸.

Es de recalcar, que las metástasis endobronquiales son obstrucciones mecánicas que generalmente no responden a los broncodilatadores⁴. En el caso de nuestra paciente, ante la ausencia de respuesta a éstos y a otros tratamientos, se indicó la colocación de una prótesis endobronquial para lograr una recanalización.

En conclusión, ante la falta de mejoría de sintomatología, siempre se debe pensar en ampliar el estudio y descartar otras entidades que puedan causar ocupación de las vías aéreas. Es importante destacar que las metástasis endobronquiales son un hallazgo poco frecuente, sobretudo cuando ocurren debidas a neoplasias del tracto genital. De estos aspectos se deriva la importancia clínica de este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. González G, Simón C, Pe R. Cirugía de las metástasis pulmonares de tumores del tracto genital femenino. 2011;47(3):134-7.
2. Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna [Internet]. 19 ed. Madrid: McGraw Hill; 2016 [citado 20 nov 2016]. Disponible en: <http://harrisonmedicina.mh-medical.com/book.aspx?bookid=1717>
3. de la Rosa JH, López-Valverde M, Villegas I, Oleaga L. Metástasis pulmonares de un adenocarcinoma de endometrio. Tratamiento hormonal. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2005;48(5):258-62.
4. Jantarangsi N, Chantranuwatana P, Chirakalwasan N. Diffuse endobronchial metastasis from sigmoid carcinoma presenting as wheezing and respiratory failure. *Respirol Case Reports*. 2018;6(5):e00328.
5. Ac S, Serdarog H. Endobronchial Metastasis of a Primary Transitional-Cell and Signet-Ring Cell Carcinoma of the Urinary Bladder. 2011;1033-6.
6. Rai MP, Randhawa MS, Nemakayala DR, Marinas EB. Endometrial Adenocarcinoma with Pulmonary Recurrence. *BMJ Case Rep*. 2018;2018:2017-8.
7. Lee CH, Kim HJ, Cho CH, Hwang I. A case of an endobronchial metastasis from an endometrial carcinoma. *SAGE Open Med Case Rep*. 2019;7:2050313X18823901. Published 2019 Jan 16. doi:10.1177/2050313X18823901.
8. Hsiao YT, Liao WC, Chen TW, et al. Endometrial cancer with endobronchial metastasis. *Q J Med* 2013; 106:1129-1131.