

TUMOR CARCINOIDE DEL PULMÓN. RESECCIÓN EN MANGUITO. PRIMER CASO REALIZADO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA

CASO CLÍNICO – Clinical case

Fecha de recepción:
15 de junio de 2015.
Fecha de aceptación:
27 de abril de 2016.

**Salamea Avilés Juan Josué (1), Salamea Avilés Pablo Andrés (2),
Aguirre Vintimilla Marcos Andrés (3)**

(1) Médico, Cirujano General.
(2) Estudiante de Medicina, Universidad de Cuenca.
(3) Doctor en Medicina y Cirugía, Cirujano de Tórax, Hospital
Vicente Corral Moscoso

Correspondencia: juansalamea@hotmail.com

Conflicto de Interés: No existe conflicto de intereses.

RESUMEN

El cáncer de pulmón es un tumor frecuente y con alta mortalidad en países desarrollados; en el tratamiento existen nuevas técnicas como la lobectomía más resección en manguito con anastomosis bronquial, que ha disminuido la mortalidad hasta en un 95% de los casos, este es un procedimiento oncológicamente válido y a la vez comparable a una neumonectomía pero con un menor impacto funcional a nivel pulmonar; vale recalcar que es uno de los procedimientos de elección en el caso de neoplasias de los bronquios o en ocasiones de traumatismos que obstruyen los bronquios con pocos casos reportados sobre el uso de esta técnica a nivel mundial. De hecho es la primera resección en manguito realizada en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se presenta el caso de una paciente con presencia de una masa tumoral que causa obstrucción de la luz bronquial del pulmón derecho, diagnosticada hace dos años mediante fibrobroncoscopia flexible por lo cual procede a ser intervenida quirúrgicamente para desobstruir la vía aérea; se realizó una lobectomía más resección en manguito, apoyados en la literatura acerca de la validez del procedimiento realizado como cirugía oncológica, los riesgos quirúrgicos existentes y los efectos en la fisiología pulmonar.

Palabras clave: broncoscopia, neoplasias pulmonares, neumonectomía, Neoplasias de los Bronquios, Hospital Regional Vicente Corral Moscoso

ABSTRACT

Lung cancer is the most common tumor that causes increased mortality in developed countries, in the treatment there are new techniques such as the Lobectomy and sleeve resection with bronchial anastomosis, this technique has reduced the mortality by 95% of cases. This is an oncologically valid procedure and it is also comparable to a pneumonectomy but with a lower functional impact in the lungs; it's necessary to emphasize that this is one of the election procedures in the case of tumors of the bronchi or trauma sometimes obstructing the bronchi with few cases reported about using of this technique worldwide. In fact it is the first sleeve resection performed at the Vicente Corral Moscoso Hospital.

The case of a patient with presence of a tumor mass obstructing the bronchial lumen of right lung is presented, it was diagnosed two years ago with flexible fibro-bronchoscopy so it proceed with surgery to unblock the airway, A lobectomy more sleeve resection was performed; supported in the literature about the validity of the procedure performed as cancer surgery, the surgical risks, and physiological effects on lung function.

Keywords: bronchoscopy, Lung Neoplasms, Pneumonectomy, Bronchial Neoplasms, Hospital Regional Vicente Corral Moscoso.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es una patología oncológica que consiste en un crecimiento descontrolado y diseminación de células anormales en el organismo, que invaden y dañan tejidos y órganos. El proceso de transformación de una célula sana en una célula tumoral es muy complejo.

El cáncer pulmonar y bronquial es una patología mortal al ser diagnosticado en estadios clínicos avanzados. En Ecuador se sabe que el 7.1% en hombres y el 2.1% en mujeres padecen de Cáncer Pulmonar (1). Desafortunadamente, debido a la sintomatología inespecífica en estadios tempranos existe una demora en acudir a consulta médica. Cuando los pacientes acuden, el cáncer pulmonar se encuentra avanzado, esto conlleva una pobre sobrevida, motivo por el cual las tendencias actuales y futuras están orientadas hacia la prevención en la población.

La resección en manguito con conservación de parénquima pulmonar está indicada en una amplia variedad de lesiones tumorales benignas y malignas, así como inflamatorias endobronquiales. Las técnicas bronco-plásticas (como la lobectomía en manguito) son de utilidad para la resección de lesiones endobronquiales, siendo aplicadas en pacientes con cáncer pulmonar de célula no pequeña, quienes no toleraban una neumonectomía por alteraciones en la función pulmonar (2).

Fuentes y Salvatierra proponen que la lobectomía en manguito es un procedimiento seguro y que ofrece control local completo del tumor; aun así, persisten incógnitas como si es un procedimiento seguro y si es que el pulmón que queda es completamente funcional (2, 3).

Este tipo de técnica conserva gran parte del parénquima, permitiendo que el paciente pueda evolucionar favorablemente y reincorporarse a su vida habitual en un periodo de tiempo menor que si se le realizara una lobectomía total (2, 4, 5).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 41 años de sexo femenino, ama de casa, que presenta tos crónica de un año

y medio de evolución, con periodos de remisión, exacerbación; diagnosticada por varias ocasiones de neumonía, polimedicada, sin respuesta favorable ante la terapéutica antibiótica, por lo cual se realiza una serie de exámenes complementarios; por el lapso de seis meses la paciente no se presenta para las consultas, posteriormente se completan exámenes y se toma una decisión en cuanto a su manejo.

Antecedentes Patológicos Personales

Histerectomía por miomatosis hace tres años. Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada hace 10 años. Obesidad Grado 2. Neumonías a repetición en los últimos 2 años, polimedicada.

Hábitos: cocina en leña durante 15 años.

Antecedentes Patológicos Familiares: No refiere.

Revisión de Sistemas

1. General: facies pálida y decaída, obesidad, sin alteración del estado de conciencia.
2. Topográfico: Paciente refiere tos productiva, leve cefalea.

Examen Físico

Estado general: Regular. **Actividad Psicomotora:** Disminuida. **Signos Vitales:** Normales. **Piel:** Fría y pálida. **Cabeza:** Normocefálica. **Boca:** Mucosas Orales semi-húmedas. **Cuello:** Sin patologías. **Oídos:** Conducto auditivo externo permeable. **Ojos:** Isocoria, normo reactivas. **Nariz:** Irritación de la mucosa nasal con presencia de secreciones transparentes. **Tórax:** Campo pulmonar derecho murmullo vesicular conservado y estertores crepitantes finos. **Corazón:** R1-R2 de tono en intensidad normal, sincrónico con el pulso. **Abdomen:** Blando depresible, con aumento del perímetro abdominal, RHA normales. **RIG:** Sin alteración. **Extremidades:** simétricas, sin patología. **ENE:** Paciente vigil y orientado en tiempo, espacio y persona.

Exámenes Complementarios

Fibrobroncoscopia flexible



Masa que ocluye casi el 95% en base fuente derecho

En la fibrobroncoscopia se observa un tumor en bronquio fuente derecho, benigno según patología, motivo por el cual se programó broncoscopia rígida, durante la cual se toma muestra para biopsia.

Resultado de Biopsia: Lesión bronquial, revisión de biopsia de material de archivo; Tumor de células neuroendocrinas: Carcinoide.

Se realiza estadificación con RM de cráneo, TAC de tórax y abdomen superior y gammagrafía ósea determinándose la no existencia ni diseminación de la enfermedad; además se realizó espirometría la cual resulto normal.

RX de Tórax



No presencia de masas visibles en parénquima pulmonar, ligera horizontalización intercostal, borramiento del ángulo costo-frénico izquierdo, sin sintomatología.

RM de Cráneo



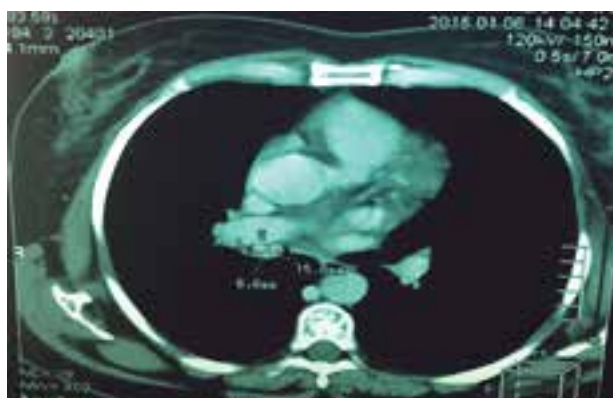
RM de cráneo: normal, sin lesiones ocupativas.

Gammagrafía Ósea



Estudio negativo para enfermedad ósea maligna de tipo blástica.

TAC Tórax



Presencia de masa que obstruye el 95% del bronquio fuente derecho.

- FVC. 88%
- FEV1. 99%
- FEV1 / FVC 81%
- Espirometría: Normal

El caso fue analizado en junta médica y luego de valorar los antecedentes de la paciente, los exámenes realizados, el resultado histopatológico y la evaluación previa por el servicio de anestesiología, se decide el plan quirúrgico: toracotomía antero-lateral para realizar

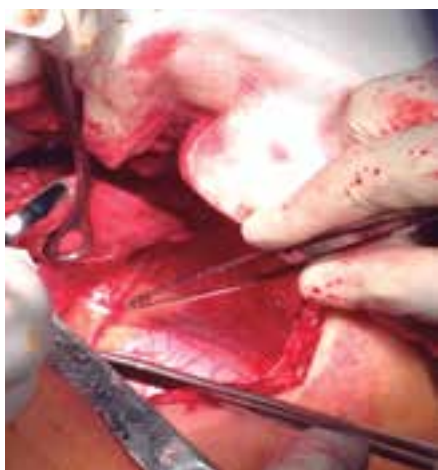
lobectomía superior derecha más resección en manguito con extracción de ganglios grupo 4, 10, 11, 12, 13, 14 evitando la resección total del pulmón y posterior pase a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Procedimiento:



1. Intubación selectiva a bronquio fuente izquierdo.

2. Abordaje quirúrgico mediante toracotomía antero-lateral derecha.



3. Ingreso a cavidad torácica.

4. Disección a nivel pulmonar derecho, a través de la cisura mayor, cuidando no lastimar estructuras vasculares.



FIGURA A



FIGURA B

5. Identificación de bronquio fuente derecho y disección del mismo (figura A).
6. Resección en manguito y anastomosis de vía aérea (figura B). Hallazgo: tumor polipoide pediculado, sésil, que ocluye gran parte de bronquio fuente derecho, ganglios de tamaño incrementado y coloración negruzca.
7. Pieza quirúrgica extirpada (parte de bronquio fuente derecho); zona con masa tumoral.
8. Vaciamiento ganglionar del mediastino, grupos 4, 10, 11, 12, para evitar tensión sobre la sutura.
9. Adecuado control de hemostasia.
10. Valoración de parénquima pulmonar, en buen estado.
11. Se verificó la impermeabilidad al aire de la anastomosis bronquial retirando el tubo a la tráquea y dando asistencia respiratoria con presión positiva, sin hallarse fuga.
12. Colocación de dos drenes de avenamiento pleural en hemitórax derecho, anterior y posterior.
13. Trampa de agua funcionando adecuadamente.
14. Ingreso de paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos, despierta.

Al tercer día pasa a hospitalización en sala general; al quinto día de hospitalización se le retira el tubo de tórax anterior sin presentar burbujeo ni aislamiento.

Tubo de tórax posterior retirado al séptimo día, se realiza además fibrobroncoscopia en la cual se observa permeabilidad en la anas-

tomosis, no evidencia de fuga y con normalidad hacia distal; posteriormente se procede al alta médica.

Paciente regresa a los 10 días para control, siendo dada el alta definitiva a las 4 semanas, posterior a una espirometría que reporta normalidad.

DISCUSIÓN

En la actualidad, la incidencia de neoplasias pulmonares ha aumentado de manera agresiva, encontrándose entre los tres primeros cánceres que afectan a la población mundial. Esta patología, en Guayaquil ocupa el cuarto lugar con el 9.1%, en Quito el quinto con el 8.8% y en Cuenca, el séptimo lugar con el 3%, según datos obtenidos de la base estadística de SOLCA (1). Los tumores carcinoides que se presentan en los bronquios fuente afectan la funcionalidad pulmonar; actualmente contamos con técnicas quirúrgicas que mejoran la morbilidad de los pacientes (5-8).

La importancia de este caso presentado radica en que la técnica quirúrgica empleada se documenta por primera vez en el austro ecuatoriano. La resección pulmonar en manguito es un procedimiento que pese a ser complejo es diseñado para pacientes con lesiones centrales en los cuales se desea preservar el parénquima no lesionado, permitiendo de esta manera una recuperación y reinserción social temprana (7-9).

La presentación común de esta patología se da entre los 30 y 50 años, coincidiendo con el caso expuesto y la serie de casos presentados por Valdés – Fuentes (2), quienes realizaron 6 resecciones en manguito sin mortalidad posoperatoria. La cirugía fue exitosa en 4 de los 6 pacientes, sin complicaciones durante la recuperación, coincidiendo con el presente caso. La resección en manguito es la forma ideal de resección para tumores benignos endobronquiales, neoplasias de bajo potencial de malignidad (dentro de ellos el tumor carcinóide que fue el que se le diagnosticó a esta paciente).

Uno de los peligros que se corre en la cirugía es una posible lesión de la arteria pulmonar y el nervio frénico, además en ocasiones puede existir la posibilidad de que la anastomosis se encuentre a tensión y existan fugas en la vía aérea indicando que no fue satisfactorio

el procedimiento quirúrgico (7, 9, 10).

En el presente caso clínico se realizó una fibrobroncoscopia temprana la cual demostró integridad de la anastomosis sin fuga aérea, procedimiento que coincide con el estudio de Velásquez (6), sobre un paciente de 60 años con diagnóstico de Tumor Carcinóide a quien se le practicó una resección en manguito y al tercer día posoperatorio se le realizó una fibrobroncoscopia teniendo resultados óptimos.

Un estudio realizado en el Massachusetts General Hospital por Frist (9), señala las indicaciones para llevar a cabo esta técnica: pacientes con lesiones centrales que no pueden tolerar la neumonectomía por una pobre reserva pulmonar, pacientes con anatomía apropiada para resección total de la neoplasia mediante la resección en manguito y pacientes con una limitada reserva fisiológica. El presente caso se enmarca dentro de la segunda indicación debido a la adecuada anatomía que a su vez permitió la resección completa de la neoplasia.

Sugarbaker (7) sugiere la realización de una espirometría a las 4 semanas de haberse realizado el procedimiento quirúrgico, lo mismo que se realizó con la paciente del caso que se presenta encontrándose parámetros que reportan normalidad.

CONCLUSIONES

La patología broncopulmonar representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial.

La resección en manguito es una técnica que debe ser utilizada dependiendo de la condición fisiológica y la progresión de la enfermedad según cada paciente.

El uso de esta técnica quirúrgica da al paciente un mejor pronóstico y disminuye la morbilidad en comparación con el uso de la neumonectomía o la lobectomía total.

BIBLIOGRAFÍA

1. Registro de Tumores SOLCA Matriz, SOLCA matriz, [Citado el: 1 de Junio de 2015.], último acceso 10 Junio 2015, disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/index.jsp>
2. Fuentes Valdés E, Corona Mancebo S, Ferrá Betancourt A, Montejo Viamontes N, Martín González M. Resecciones en manguito. Rev Cubana Cir [Internet]. 2003 Sep [citado 2016 Mayo 24]; 42 (3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000300006&lng=es.
3. Salvatierra A, Cano JR, Moreno Casado P ,Espinosa D, Illana Wol. Cáncer de pulmón. Estadificación. Tratamiento quirúrgico, España, [En línea] 22 de Mayo de 2013. [Citado el: 1 de Junio de 2015.] <http://www.neumotur.net/files/EB04-50%20Ca%20estadificacion.pdf>
4. Amorín E. Cáncer de pulmón, una revisión sobre el conocimiento actual, métodos diagnósticos y perspectivas terapéuticas. Perú. SCielo Perú. 2013. 8 páginas. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n1/a17v30n1.pdf>
5. Sugarbaker D. Lobectomía - Cirugía del Torax. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 2011. Página 567-574.
6. Velásquez M. Lobectomía Pulmonar en Manguito, Scielo. [En línea] 19 de Febrero de 2014. [Citado el: 8 de Mayo de 2015.] Disponible en: <http://www.scielo.unal.edu.co/pdf/rcci/v25n3/v25n3a9.pdf>
7. Zwischenberger, Joseph B. Atlas en Tecnicas de Cirugia de Torax. New York. Amolca, 2013. Página 91 - 98.
8. Gómez - Caro A. Cirugia Broncoplastica en el Cancer de Pulmón, Archivos de Bronconeumología, Barcelona-España, 2009, Vol. XI. 531-532.
9. Frist H, Maticen J, Bronchial sleeve resection with and without pulmonary resection. J Thorac Cardiovasc Surg 1987; 93:350-7.
10. Mijangos-Vázquez R, et al. Broncoplastia con stent en bronquio principal izquierdo en un paciente con síndrome de válvula pulmonar ausente. Reporte de caso. Arch Cardiol Mex. 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281350159_Broncoplastia_con_stent_en_bronquio_principal_izquierdo_en_un_paciente_con_sindrome_de_valvula_pulmonar_ausente_Reporte_de_caso