

Carcinoma neuroendócrino de células pequeñas, como hallazgo incidental

Incidental Finding of Small Cell Neuroendocrine Carcinoma

Autores: Barreca Eduardo, Heres Marcela

Servicio de Neumonología, Sanatorio Güemes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Caso clínico

Hombre de 45 años de edad, oriundo del Gran Buenos Aires, ocupación: administrativo, ex- tabaquista de 15 p/y. El paciente se realiza un examen preocupacional que incluía una radiografía de tórax (**Figura 1**). Se observa como hallazgo incidental una radiopacidad en región superior de campo pulmonar derecho de bordes netos. El paciente no refería tos, disnea, descenso de peso o sudoración nocturna, así como tampoco otros síntomas. Consulta al médico de cabecera quien deriva a nuestra institución para diagnóstico y tratamiento. Se le realiza TACAR de tórax, donde se observa una masa sólida que abarca lóbulo superior derecho, sin plano de clivaje con el mediastino y que desplaza tráquea y esófago hacia la izquierda. La misma presenta realce heterogéneo tras la administración de contraste. Además, presenta bullas subpleurales en lóbulos superiores y adenopatías a nivel retrocavopretraqueal e infracarinal (**Figura 2**). Ante los diversos diagnósticos diferenciales, de masas mediastinales en un paciente joven (linfoma, tumores carcinoides atípicos, tumores mixtos), se decidió realizar un método diagnóstico mínimamente invasivo pero que aportara material suficiente para determinar el origen.

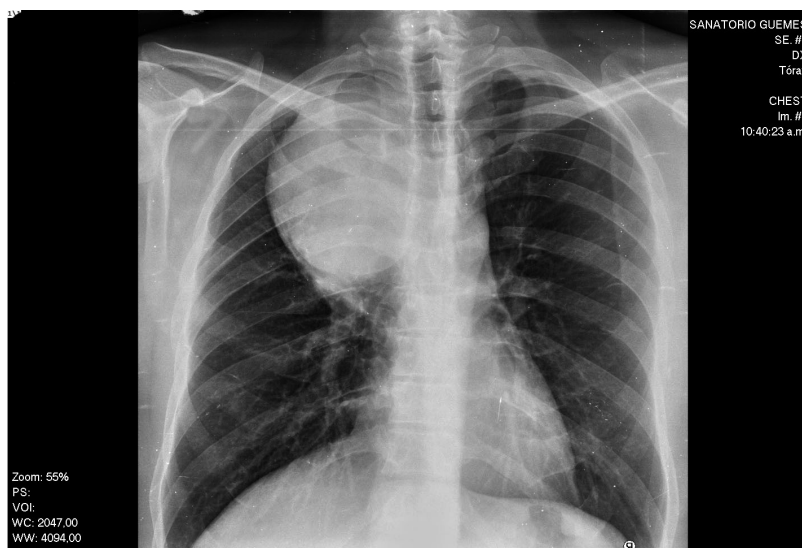


Figura 1. Rx de tórax con radiopacidad de bordes definidos, en región superior de campo pulmonar derecho.

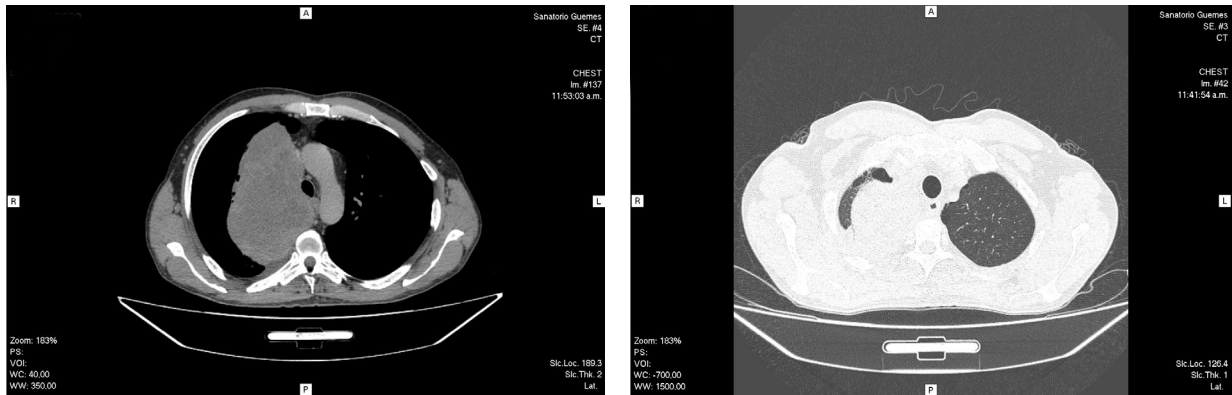


Figura 2. Masa en LSD, sin plano de clivaje con pleura mediastinal que desplaza la tráquea y el esófago hacia la izquierda.

Se le solicitó además HIV y B2-microglobulina. Fue sometido a biopsia guiada por ecografía, con aguja Trucut, obteniéndose múltiples biopsias. Las mismas fueron sometidas a inmunohistoquímica. Se obtuvo: Keratina 14 negativo, Ki67 98% de núcleos marcados, TTF-1 positivo, Keratina 5 negativo, Keratina 18 positivo, CD56 positivo, y cromogranina positivo. Por características morfológicas y perfil inmunológico corresponde a un carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de pulmón.

Como estudios de extensión se solicitaron centellograma óseo corporal total y resonancia magnética de encéfalo, ambos sin lesiones.

Discusión

El origen de los tumores neuroendócrinos es un tema controversial, aunque muchos autores concuerdan en su origen en las células enterocromafines, presentes en la mucosa bronquial¹. Dentro de los tumores neuroendócrinos de alto grado pobremente diferenciados, se encuentran los carcinomas de células pequeñas².

El carcinoma de células pequeñas de pulmón (CPCP) ocurre principalmente en las vías aéreas centrales, infiltra la submucosa y obstruye la luz bronquial. Suele encontrarse como enfermedad ganglionar mediastínica junto a masa hilar. Provoca síntomas de instauración rápida como tos, disnea, pérdida de peso y habitualmente neumonía obstructiva. El 70% de los casos tienen metástasis en hígado, hueso, glándulas suprarrenales y cerebro en el momento del diagnóstico³.

En raras ocasiones es un hallazgo con un nódulo periférico cuyo abordaje más correcto es una cirugía diagnóstico y terapéutica tras evaluación del mediastino.

Se caracterizan por una tasa de duplicación rápida, alto crecimiento y desarrollo temprano de metástasis. Posee una alta tasa de respuesta a la quimioterapia, pero presenta también alta tasa de recaídas dentro del primer año.

El comportamiento temprano localmente agresivo, y gran capacidad de diseminación llevó al grupo de estudio pulmonar de la administración de veteranos (VAL) en 1957 a realizar una clasificación dicotómica, en enfermedad limitada o extendida. 50 años después la Asociación Internacional para el estudio de cáncer de pulmón, recomendó la utilización del TNM, al igual que en los NSCLC.⁴ En la enfermedad limitada el objetivo fundamental es la curación³. El pilar del tratamiento del CPCP descansa en la quimioterapia (QT) dada la alta frecuencia de diseminación precoz. La radioterapia (RT) también tiene un papel importante en el tratamiento de la enfermedad limitada. La integración de la QT y la RT disminuye considerablemente la tasa de recaída local, habitualmente del 80%, y aumenta levemente la supervivencia⁵.

Aquellos que debutan sin metástasis a distancia tienen una supervivencia mediana de 20 meses y una supervivencia a 5 años del 13%^{6,7}.

Conclusión

El CPCP es un tumor de rápido crecimiento y rápido desarrollo de metástasis, con una alta tasa de respuesta a la quimioterapia, pero también con una alta tasa de recaídas dentro del primer año. El 90-95% de los CPC presentan ubicación central. Es muy común también el compromiso linfático mediastinal como en el caso presentado.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Travis WD. Advances in neuroendocrine lung tumors. *Ann Oncol.* 2010; 21: ii65–ii71, *Ann Oncol.* 2010; 21: ii65–ii71.
2. Travis WD, Brambilla E, Muller-Hermelink HK, Harris CC World Health Organization Classification of Tumours, Pathology and Genetics of Tumours of the Lung, Pleura, Tymus and Heart. IARC Press. Lyon, France: : s.n., 2004. pp. 19-25.
3. Valdivia Bautista J. Tratamiento del Cáncer de Pulmón de Células Pequeñas. *Rev Esp Patol Torac* 2017; 29 (2) Suplemento 1: 111-6.
4. Goldstraw P, ed. IASLC staging handbook in thoracic oncology, 1st edn. Orange Park, FL: Editorial Rx Press, 2009.
5. Gaspar LE, Gay EG, Crawford J et al. Limited-stage small cell lung cancer (stages I-III): 2005.
6. Parkin DM, Bray F, Ferlay, J et al. Globalcancerstatistics, 2002. *Clin Lung Cancer* 2005; 6: 3355-60.
7. Skuladottir H, Hirsch FR, Hansen HH, Olsen JH. Pulmonary neuroendocrine tumors: incidence and prognosis of histological subtypes. A population-based study in Denmark. *Lung Cancer.* 2002; 37): 127-35.