

#### Dirección

José Wellington Alves dos Santos  
Rua Venancio Aires, 2020/403 - Centro  
Santa Maria - RS - Brasil - CEP: 97010-001  
Tel.: (55) 225 3018/ (55) 220 8585  
E-mail jwasb@terra.com.br

## Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado: una causa rara en neumonía recurrente

**Autores** José Wellington Alves dos Santos<sup>1</sup>, Mauricio Licks da Silveira<sup>2</sup>, Cristiano Tonello<sup>3</sup>, Melissa Dubermann<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Neumología y profesor de la Universidad Federal de Santa María.

<sup>2</sup>Médico residente del servicio de Neumología del Hospital Universitario de Santa María - HUSM

<sup>3</sup>Académico de medicina de la Universidad Federal de Santa Maria y becario de iniciación científica PIBIq-CNPq.

<sup>4</sup>Médica Patologista del servicio de Patología del Hospital Universitario de Santa María. Universidad Federal de Santa Maria - UFSM. Hospital Universitario de Santa Maria - HUSM. Servicio de Neumología. Faixa de Camobi, Km 09. Campus Universitário de Santa Maria. CEP: 97105-900

**Resumen** El carcinoma mucoepidermoide es una neoplasia rara de pulmón, de crecimiento lento con manifestaciones respiratorias inespecíficas. Frecuentemente se presenta como neumonía de repetición o enfermedades obstructivas durante largos períodos. Se relata un caso de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad en una paciente joven con histórico de neumonía recurrente hace 4 años.

**Palabras clave** > Carcinoma mucoepidermoide, Neumonía recurrente, Tumores endobronquiales, Neumonía.

**Summary** Mucoepidermoid carcinoma is a rare lung neoplasm, with slow growth and inespecific respiratory manifestations. Usually it presents as pneumonia or obstructive disease for a long time. It reports a Low-grade Mucoepidermoid Carcinoma case in a young patient with recurrent pneumonia history since four years ago.

**Key words** > Mucoepidermoid carcinoma, Recurrent pneumonia, Endobronchial tumors, Pneumonia

### Introducción

El carcinoma mucoepidermoide (CME) es el 0,1% de los tumores primarios del pulmón. Típicamente se origina en glándulas mucosas en bronquios principales o de porciones proximales de bronquios lobares como un pólipo endobronquial revestido de epitelio respiratorio normal.<sup>1-5</sup> Se constituye en una causa rara de neumonía recurrente, aunque ésta represente una de las principales manifestaciones clínicas observadas durante la evolución de la enfermedad.<sup>1,3,6</sup>

### Caso clínico

Paciente femenina, 21 años, no-tabaquista presentaba historia clínica de neumonías de repetición,

tos y sibilancia hacía 4 años. Al examen físico: sibilancia a la auscultación pulmonar en tercios superiores del hemo tórax izquierdo. La Rx de tórax evidenció apenas reducción de los volúmenes pulmonares, pero la Tomografía computadorizada de alta resolución (TC) subsecuente demostró la presencia de un nódulo circunscrito y pedunculado proyectado en la luz del bronquio principal izquierdo, sin comprometer estructuras mediastinales adyacentes (Figura 1). La Broncoscopia reveló un nódulo de contornos regulares de aproximadamente 2 cm de diámetro, obstruyendo parcialmente el bronquio principal izquierdo (Figura 2). Posteriormente, la paciente fue sometida a Toracotomía postero-lateral para resección de lesión. El espécimen quirúrgico obtenido reveló CME endobronquial variante bajo grado de malignidad (Figura

3). En 6 meses de evolución la paciente se presenta asintomática, en seguimiento ambulatorio.

## Discusión

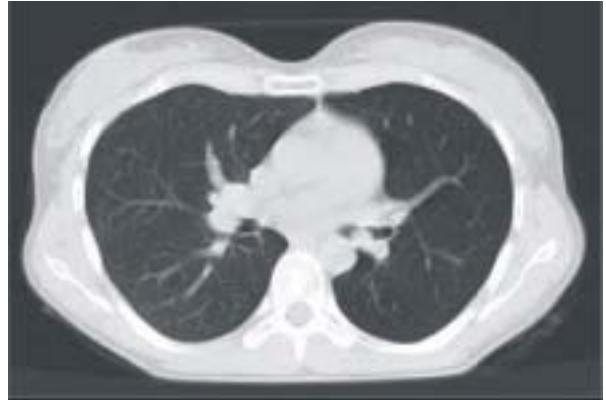
Los tumores mucoepidermoides son neoplasias raras, de comportamiento indolente en la mayoría de los casos y considerados condiciones benignas con potencial de malignidad.<sup>3,7,8</sup> La ocurrencia de esos tumores, típicos de glándulas salivares, en ubicación endobronquial se justifica por semejanzas embriológicas.<sup>2</sup> Sin embargo, a pesar de representar la neoplasia más común de las glándulas salivares, corresponde a menos del 0,1% de los tumores primarios de pulmón.<sup>1-5</sup>

A diferencia del sistema de clasificación del CME de glándulas salivares en tres grados, aquellos que se desarrollan en el pulmón son divididos en apenas dos variedades así demostrados por Heitmiller *et alii*: los de Bajo grado y los de Alto grado de malignidad.<sup>5,9,10</sup>

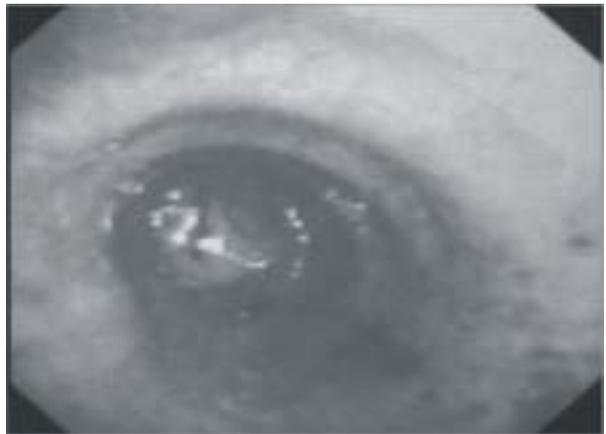
Yousem y Hochholzer en una de las mayores series de casos, con 58 pacientes, identificaron un discreto predominio femenino en relación a la incidencia (27:18 y 7:6 en casos de tumor de Bajo Grado y Alto Grado, respectivamente), presentándose en pacientes de todas edades, especialmente de los 20 a los 30 años.<sup>1</sup>

El CME generalmente produce síntomas de irritación de vías aéreas, tales como tos y hemoptisis además de cuadros de neumonía a repetición. La evolución insidiosa con manifestaciones clínicas inespecíficas, generalmente sugiere otros diagnósticos, tales como: asma, neumonía obstructiva o aspiración de cuerpo extraño.<sup>1,3,4,10</sup> Al examen físico, está presente la sibilancia unilateral a la auscultación pulmonar, en los casos en que la neoplasia presenta ubicación en bronquio principal, como el observado en este caso.<sup>3,11</sup>

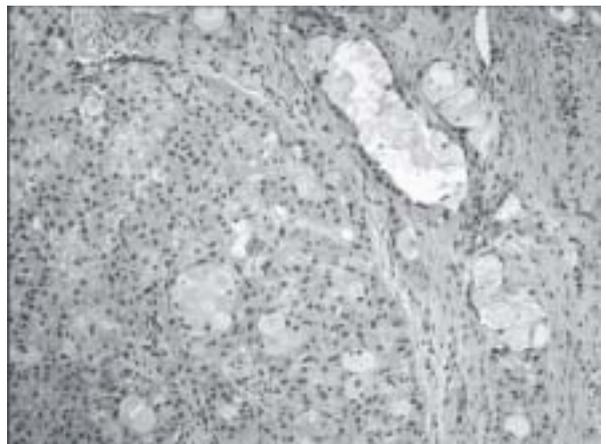
De esta forma, el diagnóstico de CME generalmente no se obtiene durante el primer episodio de neumonía, pero si a partir de episodios subsecuentes, el control radiológico y la vigilancia del paciente pueden permitir la sospecha diagnóstica de neumonía obstructiva.<sup>12</sup> La historia de neumonías a repetición en los últimos 4 años en una joven de 21 años como en el caso referido ilustra el diagnóstico generalmente tardío de esta enfermedad. Post revisión de los radiogramas de tórax realizados anteriormente a la admisión, se constató la presencia de consolidación de misma ubicación



**Figura 1:** TC demuestra la presencia de lesión endobronquial en bronquio principal izquierdo



**Figura 2:** Imagen broncoscópica de lesión obstruyendo parcialmente el bronquio principal izquierdo



**Figura 3:** Presencia de estructuras glandulares y células mucoproductoras de aspecto caliciforme, además de algunas estructuras císticas revestidas por epitelio achatado e índice mitótico no-significativo a la biopsia pulmonar. (H&E,x100)

radiológica en todas las situaciones de neumonías previas, sugestivas de neumonía obstructiva.

Los CME se ubican en bronquios principales, traquea, y más frecuentemente en bronquios segmentarios.<sup>1,3</sup> La TC permite mejor definición de la ubicación de las lesiones endobronquicas, una vez que el radiograma de tórax puede ser normal en la mayoría de los casos en que el paciente no está en la vigencia de la infección.<sup>3</sup>

Los principales hallazgos observados en el radiograma de tórax son: nódulo endobronquico o endotraqueal, nódulo o masa pulmonar solitaria y aún masa con neumonía post-obstructiva o atelectasia. Además, los hallazgos observados a partir de TC son: dilataciones bronquiales distales con impactación mucóide, neumonía post-obstructiva, atelectasia sub-segmentar o atrapamiento de aire.<sup>1,3,12</sup>

La TC es de gran utilidad diagnóstica, principalmente cuando asociada a uso de broncoscopia, pues ésta además de tornar posible la visión de la lesión, su ubicación y comprometimiento o no de las estructuras vecinas, permite la toma de espécimen quirúrgico.<sup>13</sup>

El diagnóstico diferencial del CME bronquico a partir del estudio histopatológico incluye el Adenoma de glándula mucosa, además de otros tumores pulmonares "salivary gland-type", particularmente el carcinoma cístico adenoide y el adenoma polimórfico, además de las formas más comunes de carcinoma bronquico.<sup>1,3</sup>

Mientras los tumores de bajo grado presentan en su constitución el predominio de compuestos císticos, ausencia de significativas atipias, mitosis y necrosis celular, los tumores de alto grado muestran áreas de crecimiento sólido con frecuente invasión de linfonodos regionales, y consecuentemente peor pronóstico.<sup>3,6</sup>

Tumores de Bajo Grado raramente son invasores y pueden ser tratados por técnicas que preservan el parénquima pulmonar; mientras los tumores de Alto Grado requieren tratamiento quirúrgico acompañado de terapia adjunta.<sup>1,3,11,14</sup>

La resección parcial del bronquio principal izquierdo con márgenes quirúrgicos libres sin comprometimiento de estructuras adyacentes seguido de broncoplastia restauradora adoptada en el caso presentado fue considerada, pues es curativa para tumores de Bajo Grado, siendo la tera-

pia radioactiva post-operatoria o quimioterapia innecesaria en estos casos.<sup>4,10,11,15</sup>

El diagnóstico de CME es desafiador inicialmente, pues es una enfermedad rara con manifestaciones clínicas que sugieren enfermedades respiratorias de gran incidencia como neumonía bacteriana y enfermedades obstructivas. Sin embargo, frente a un caso de neumonía recurrente, la posibilidad de obstrucción bronquial por CME debe ser incluida en el diagnóstico diferencial.

## Bibliografía

1. Yousen SA, Hoccholzer L. Mucoepidermoid tumors of the lung. *Cancer* 1987; 60:1346-1352.
2. Turnbull AD, Huvos AG, Goodner JT, Foote FW. Mucoepidermoid tumors of bronchial glands. *Cancer* 1971; 28:539-544.
3. Kim TS, Lee KS, Han J, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the tracheobronchial tree: radiographic and CT findings in 12 patients. *Radiology* 1999; 212:643-648.
4. Vadasz P, Egervary M. Mucoepidermoid bronchial tumors: a review of 34 operated cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 17:566-569.
5. Tsuchiya H, Nagashima K, Ohashi S, Takase Y. Childhood bronchial Mucoepidermoid tumors. *J Pediatr Surg* 1997; 32(1):106-109.
6. Owayed AF, Campbell DM, Wang EE. Underlying causes of recurrent pneumonia in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:190-194.
7. Barsky SH, Martin SE, Matthews M, et al. "Low Grade" Mucoepidermoid Carcinoma of the bronchus with "High Grade" biological behavior. *Cancer* 1983; 51:1505-1509.
8. Bharani SN, Arbeit JM, Hydes JS, et al. Mucoepidermoid tumor of trachea. *Chest* 1976 ;70 :782-784.
9. Conlan AA, Payne WS, Woolner LB, Sanderson DR. Adenoid cystic carcinoma (cylindroma) and mucoepidermoid carcinoma of the bronchus. Factors affecting survival. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 76(3):369-377.
10. Heitmiller RF, Mathisen DJ, Ferry JA, Mark EJ, Grillo HC. Mucoepidermoid lung tumors. *Ann Thorac Surg* 1989; 47:394-399.
11. Santambrogio L, Cioffi U, De Simone M, Rosso L, et al. Video-assisted sleeve lobectomy for Mucoepidermoid Carcinoma of the left lower lobar bronchus. *Chest* 2002; 121:635-636.
12. Chen F, Tatsumi A, Miyamoto Y. Successful treatment of Mucoepidermoid carcinoma of the carina. *Ann Thorac Surg* 2001; 71:366-368.
13. David O, Kovitz KL. Management of a Low-Grade Mucoepidermoid Carcinoma of the Mainstem bronchus in a 22-Year-Old-Man. *J Bronchology* 2003; 10:122-124
14. Klacsmann PG, Olson JL, Eggleston JC. Mucoepidermoid carcinoma of the bronchus. An Electron Microscopic Study of the Low grade and the High grade variants. *Cancer* 1979; 43:1720-1733.
15. Andrade CF, Camargo S, Cardoso PFG, Feliceti JC. Carcinoma mucoepidermóide. *J Pneumol* 2002;28(6):342-344.