

■ BREVE RESUMEN DE LA ENFERMEDAD

El carcinoma bronquio-alveolar es un subtipo altamente diferenciado de Adenocarcinoma, representando del 1.5% al 6.5% de todas las neoplasias pulmonares.

El término de carcinoma de células bronquio-alveolares fue acuñado por Liebowen en 1960 y se utiliza para las lesiones que cumplan los siguientes criterios patológicamente:

1. Ningún otro Adenocarcinoma primario conocido.
2. No otra lesión de origen broncogénico central.
3. Localización periférica.
4. No afectación del intersticio pulmonar.
5. Examen histológico demostrando células malignas a lo largo de las paredes alveolares.

Este tipo de tumor surge de los neumocitos Tipo II de las paredes alveolares. Las células tumorales usualmente forman una capa única, aunque la proliferación local puede resultar en un cúmulo dentro de los espacios aéreos, dando una apariencia papilar.

El patrón de crecimiento de las células alveolares es caracterizado por la presencia de células tumorales distribuidas a lo largo del parénquima pulmonar, sin destrucción de este. La atelectasia y el enfisema raramente acompañan este tipo de tumor, considerando que no afectan bronquios mayores. Los Adenocarcinomas en general no están asociados al tabaquismo, pero algunas veces se asocian a cicatrices pulmonares, sin embargo entre el 25%-50% y hasta el 81% de los pacientes afectados tienen historia de ser fumadores.

Este tipo de neoplasia se presenta generalmente en la sexta y séptima década de la vida, predominando el sexo masculino 3/2, pero también existe una alta incidencia de mujeres en edades más tempranas.

Comparando con otras formas de cáncer pulmonar, el carcinoma bronquio alveolar exhibe una alta incidencia de multifocalidad (25% vs 5%)

Más de la mitad de todos los pacientes con carcinoma bronquio-alveolar son asintomáticos. Los síntomas más frecuentes son: tos, expectoración, dificultad respiratoria, pérdida de peso, hemoptisis y fiebre.

Radiológicamente el carcinoma bronquio-alveolar aparece como un nódulo solitario, una consolidación segmentaria o lobar, o como nódulos difusos.

Las lesiones que se presentan como un nódulo solitario están asociadas a un mejor pronóstico, especialmente si son menores de 3 cm. Las otras formas de presentación tienen un mal pronóstico.

La terapia depende del estadio en que se haya diagnosticado el tumor. Si la lesión es localizada, la cirugía pulmonar puede ser curativa. El peor pronóstico es para aquellos casos con un patrón difuso.

El carcinoma bronquio-alveolar puede metastaziar los ganglios hiliares y mediastinales, así como áreas fuera de la cavidad torácica.

■ BIBLIOGRAFÍA:

1. <http://www.med.umich.edu/rad/res/resources/bronchioloalveolarcellcarcinoma.htm>
2. K S Lee, Y Kim, J Han, et al. Radiographics, Nov 1997, Vol

17:1345-1357. Bronchioloalveolar carcinoma: clinical, histopathologic, and radiologic findings

3. H J Jang, K S Lee, O J Kwon, et al. Radiology, May 1996, Vol. 199: 485-488. Bronchioloalveolar carcinoma: focal area of ground-glass attenuation at thin-section CT as an early sign.

4. Kyung Soo Lee, MD, Eun A. Kim, MD. Radiologic Clinic of North America, November 2001, Vol 39:1211-1230. High-resolution CT of alveolar filling disorders. Radiologic clinics of North America.



Carcinoma bronquio-alveolar (comprobado por biopsia)

DIAGNÓSTICO:

Opacidades bilaterales en forma de parches con apariencia nodular afectando ambos campos pulmonares.

DESCRIPCIÓN RADIOGRÁFICA:

- Linfoma
- Tuberculosis pulmonar
- Proteínosis alveolar
- Enfermedades aspirativas
- Carcinoma bronquio-alveolar
- Bronquitis crónica
- Enfermedades granulomatosas
- Infección por hongos
- Carcinoma pulmonar metastásico

El patrón radiográfico mostrado en la radiografía puede ser causado por las siguientes patologías excepto por:

- Derrame pleural bilateral
- Cavidades pulmonares bilaterales
- Patrón radiográfico en forma de parches multífo
- cales bilateralmente
- Patrón radiográfico lineal bilateral
- Lesiones costales osteoscleróticas

Responda con V o F

■ RESPUESTAS: