

Notas cortas

Carcinoma basaloide de pulmón: aspecto citológico y problemas diagnósticos en cepillado bronquial

J. Ortiz, M. Abad, M.D. Ludeña, M.C. García y A. Bullón

Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

La aplicación cada vez más extendida de técnicas citológicas (tomas exfoliativas y PAAF) en nuestra práctica asistencial habitual obliga a los patólogos a un conocimiento cada vez más extenso y minucioso del aspecto citológico de las lesiones, tanto más si la lesión estudiada puede plantear problemas de diagnóstico diferencial y son escasos los trabajos científicos que hacen referencia a su apariencia citológica, como sucede en el caso que presentamos a continuación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 52 años, con antecedentes de tabaquismo y cardiopatía isquémica, que presentó un cuadro constitucional acompañado de fuertes dolores lumbares con signos de afectación neurológica en las extremidades inferiores (paresia y pérdida de reflejos). El estudio radiológico (radiografías simples, resonancia magnética y TAC) detectó una neoformación en el hilio pulmonar izquierdo con metástasis en los ganglios linfáticos mediastínicos y las vértebras lumbosacras que afectaban las raíces nerviosas y la médula espinal.

Tras la exploración mediante broncoscopia, se realizó cepillado del tumor. En los frotis teñidos con Papanicolaou se observó una celularidad abundante y uniforme, distribuida tanto en forma aislada como en conglomerados de



Figura 1. Carcinoma basaloide: presencia en los frotis de acúmulos de células pequeñas con disposición periférica en empalizada (Papanicolaou, $\times 250$).

tamaño variable con superposición celular y disposición de las células periféricas en empalizada. Las células tumorales, fuertemente basófilas, eran pequeñas, con núcleos hipercromáticos, sin nucléolos prominentes y con escaso citoplasma (Fig. 1). De igual modo pudieron identificarse focos de necrosis tumoral.

La biopsia mostró una neoformación de aspecto basaloide, de celularidad análoga a la observada en el cepillado, con imágenes focales de diferenciación escamosa y necrosis (Fig. 2) cuyo estudio inmunohistoquímico mostró posi-

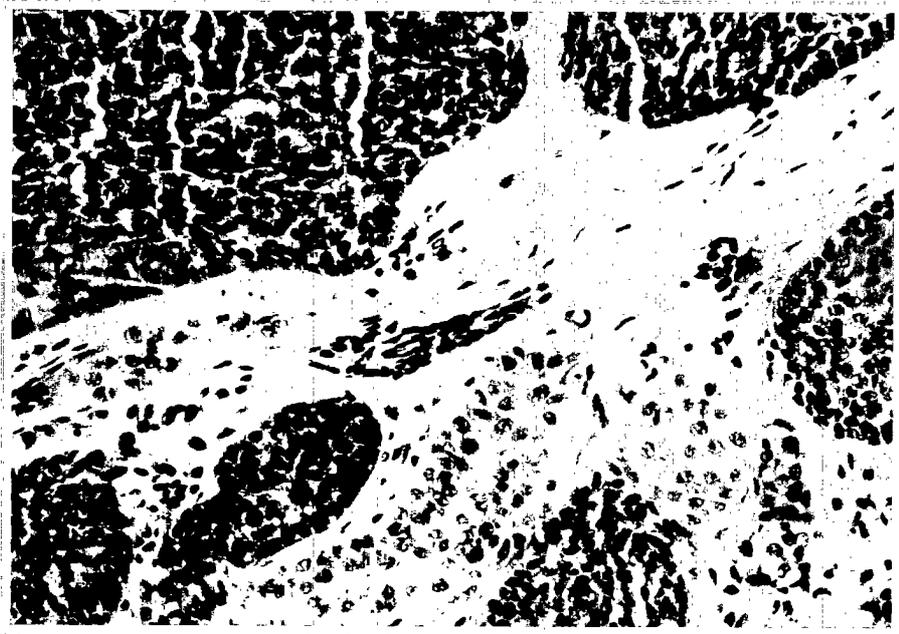


Figura 2. Carcinoma basaloide: corte histológico en el que se observan nidos tumorales de células basaloideas con diferenciación escamosa focal (original, HE $\times 400$).

tividad para la citoqueratina y negatividad para los marcadores neuroendocrinos (enolasa neuronal específica, cromogranina y sinaptofisina).

Basándonos en estos hallazgos, efectuamos el diagnóstico de carcinoma basaloide pulmonar. El paciente falleció pocas semanas después por un deterioro orgánico generalizado con agravamiento de su isquemia coronaria.

DISCUSIÓN

La presencia de una estructura histológica hasta cierto punto similar a la del basaloma cutáneo es el hallazgo más característico del carcinoma basaloide, considerado por algunos autores como una variante específica del carcinoma epidermoide. Esta neoplasia, que se localiza generalmente en las vías respiratorias altas (1-3), ha sido observada igualmente en el pulmón, donde puede adoptar un patrón basaloide o bien mostrar entremezcladas áreas de aspecto basaloide con focos de diferenciación escamosa o glandular (4, 5), destacando en todos los casos su carencia de diferenciación neuroendocrina, tanto en los estudios ultraestructurales (ausencia de gránulos neurosecretorios) como en las técnicas de inmunohistoquímica (6, 7).

En nuestro ejemplo, nos encontramos ante un carcinoma basaloide cuyo aspecto citológico y agresividad clínica nos hicieron sugerir en primer lugar el diagnóstico de carcinoma microcítico (entidad de diferente enfoque terapéutico), de tal modo que la formación de grandes grupos cohesivos de células tumorales con disposición periférica en empalizada, análogos a los descritos en las escasas citas bibliográficas que hacen referencia a la citología de esta neoplasia (8-10) nos orientaron hacia la posibilidad de un carcinoma basaloide, sospecha que confirmó la biopsia bronquial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wain SL, Kier R, Willmer RT, Bossen EH. *Basaloid-squamous carcinoma of the tongue, hypopharynx, and larynx: Report of 10 cases.* Hum Pathol 1986; 17: 1158-1166.
2. Ereno C, López JJ, Sánchez JM, Toledo JD. *Basaloid-squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. A clinicopathologic study of 7 cases.* Pathol Res Pract 1994; 110: 186-193.
3. Saltarelli MG, Fleming MV, Wening BM, Gal AA, Mansour KA, Travis WD. *Primary basaloid squamous cell carcinoma of the trachea.* Am J Clin Pathol 1995; 104: 594-598.
4. Brambilla E, Moro D, Veale D y cols. *Basal cell (basaloid) carcinoma of the lung: A new morphologic and phenotypic entity with separate prognostic significance.* Hum Pathol 1992; 23: 993-1003.
5. Lin O, Harkin TJ, Jagirdar J. *Basaloid-squamous carcinoma of the bronchus. Report of a case with review of the literature.* Arch Pathol Lab Med 1995; 119: 1167-1170.
6. Banks ER, Frierson HF, Mills SE y cols. *Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 40 cases.* Am J Surg Pathol 1992; 16: 939-946.
7. Moro D, Brambilla E, Bricchon PY, Brambilla C. *Les carcinomes a cellules basales (basaloides) des bronches.* Rev Mal Respir 1995; 12: 601-607.
8. Banks ER, Frierson HF, Covell JL. *Fine needle aspiration cytologic findings in metastatic basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck.* Acta Cytol 1992; 36: 126-131.
9. Dugan JM. *Cytologic diagnosis of basal cell (basaloid) carcinoma of the lung. A report of two cases.* Acta Cytol 1995; 39: 539-542.
10. Mooney EE, Dodd LG, Volmer RT, Bossen EH. *Fine needle aspiration biopsy diagnosis of primary bronchial basaloid-squamous carcinoma.* Diag Cytopathol 1997; 16: 187-188.

