

## CLASIFICACION DE LOS TUMORES BRONCOPULMONARES BENIGNOS

J. Sánchez-Lloret \*

Este tipo de tumores son poco frecuentes en relación con los malignos, tal como queda demostrado en el estudio de grandes estadísticas, como por ejemplo la de Donahue y cols. quienes hallan 35 casos de lesiones benignas frente a 2.953 tumores broncopulmonares malignos (1,2 %).

La característica básica de algunas de estas neoplasias es que con apariencia histológica de benignidad su posterior evolución demuestra cierto potencial de malignidad, en cuanto a su recurrencia y metastatización.

Sus manifestaciones clínicas y en consecuencia su diagnóstico están en relación con los fenómenos de obstrucción bronquial que pueden ocasionar en su crecimiento.

Con el fin de facilitar su estudio, vamos a clasificar estas lesiones según el tejido del que provienen y a partir del que se desarrollan.

### Tumores de origen epitelial

#### A) Epitelio de revestimiento de la pared bronquial

Dentro de este grupo englobaremos a los *papilomas* que son lesiones propias de los niños y de las edades juveniles. En general se desarrollan a partir de una papilomatosis laríngea como sucede en el 2 % de los casos. Son más frecuentes en la tráquea pero se han

descrito a nivel de todo el tracto respiratorio, incluso en el propio alvéolo. Histológicamente se trata de papilomas típicos aunque su estudio ha de ser exhaustivo ya que pueden estar presentes áreas de degeneración maligna.

#### B) Adenomas bronquiales

En este apartado hemos de considerar dos grupos bien diferenciados: Tumores de tipo salival (A mucoepidermoide, A. quístico, A pleomórfico) (5-15 %), tumores carcinoides (85-95 %).

Este tipo de tumores presentan una incidencia de metástasis ganglionares a distancia del 0 al 10 % según las series estudiadas.

##### 1. Adenoma mucoepidermoide

Ocupa 1/3 de los tumores de este tipo. Histológicamente está constituido por células cilíndricas y poliestratificadas. Como ocurre con los cilindromas puede también afectar a la tráquea. Un punto interesante a comentar es que su potencial de malignidad no está suficientemente aclarado.

##### 2. Adenoma quístico (cistoadenoma, carcinoma adenoideo quístico, carcinoma adenoquístico de células basales, cilindroma)

En las diversas estadísticas ocupan los 2/3 de casos. Se origina en las glándulas serosas y mucosas y presenta mitosis abundantes. Tiene una estructura

parecida a los tumores de las glándulas salivares y puede situarse en la tráquea y bronquios mayores. Con frecuencia recidiva en las resecciones locales y es más invasivo que el tumor carcinoides. En muchas ocasiones presenta un crecimiento en «iceberg», es decir que frente a un discreto crecimiento endobronquial existe una considerable masa intraparenquimatosa o extraluminal.

##### 3. Adenoma pleomórfico (Tumor mixto)

Así como es muy frecuente en las glándulas salivales, es de rara presentación a nivel broncopulmonar. Está constituido por células epiteliales y tejido mixoide o condroide.

##### 4. Tumor carcinoides

Lesión derivada del sistema APUD (apudomas) y es el más frecuente dentro de esta variedad de tumores del epitelio de revestimiento. Se caracteriza por la presencia de células cuboides con escasas mitosis y por contener gránulos argentafines que no son demasiado frecuentes en esta localización, al contrario de lo que ocurre en el aparato digestivo. Cuando las células presentan una distribución regular podría clasificarse como un adenoma de comportamiento benigno y en el caso contrario, es decir con distribución irregular su evolución es de mayor malignidad o mejor quizás con mayor potencial maligno. Existe una variedad catalogada como de «células oncocíti-

\* Jefe del Servicio de C. Torácica. Profesor Adjunto de Cirugía.

cas» de estructura muy parecida a la de las células oxífilas de las paratoroides y otra, de «células espumosas», prácticamente superponible con los hemangiopericitomas o quemodectomas.

### Tumores de origen mesenquimal

De los que existen, lógicamente, numerosas variedades:

#### 1. Fibroma

Variación benigna de tumor dependiente del tejido fibroso. Puede combinar su crecimiento con otros tejidos de origen mesenquimal. Su lugar de asiento puede ser la tráquea, bronquios o tejido periférico.

#### 2. Lipoma

Tumor constituido por tejido graso, con dos variedades fundamentales: de grasa amarilla, normal, y de grasa parda, con alto contenido en fosfolípidos, denominado también «hibernoma», que es una tumoración muy vascularizada.

#### 3. Leiomioma

Se desarrolla a partir del músculo liso situado en el tejido pulmonar periférico o en la pared traqueobronquial. Es más frecuente su variedad maligna o leiomiomasarcoma. Su tamaño oscila entre 2,5 y 10 cm. de diámetro y generalmente está bien capsulado. Puede contener más o menos cantidad de tejido fibroso lo que le convierte en la variedad de fibroleiomioma. Predomina en el sexo femenino. La fibroleiomiomatosis pulmonar múltiple parece tratarse de una entidad distinta, ya que aparece en mujeres con fibromas uterinos clasificados como «benignos», aunque en realidad se trate de metástasis pulmonares de leiomiomasarcomas genitales bien diferenciados y de lento crecimiento.

#### 4. Condroma

Es un tumor muy raro y generalmente se sitúa en el parénquima o los bronquios. En su estructura sólo se halla cartílago recubierto por un epitelio sin glándulas ni otros elementos, lo que sirve a fines de diferenciación con los hamartomas.

#### 5. Hemangioma

Es un tumor de carácter benigno constituido por la proliferación de elementos vasculares de pared fina y rodeados por tejido conectivo de soporte.

Es más frecuente en mujeres. Su tamaño medio oscila sobre los 3 cm. de diámetro. Esta lesión puede esclerosearse espontáneamente en su evolución natural.

#### 6. Hemangioendotelioma

Es también una variedad rara de tumor y es conocido también con el apelativo de angiosarcoma. Aparece entre la segunda y tercera década de la vida y en ocasiones se le puede ver asociado con malformaciones cardíacas.

#### 7. Hemangiopericitoma

Se origina a partir del pericito capilar, normalmente situado en la membrana basal del vaso, y es además célula que sustenta facultades multipotenciales. Puede llegar a poseer volúmenes considerables, de hasta 15 cm. de diámetro, e histológicamente aparece con una profusa vascularización.

#### 8. Linfangioma

En general adopta la forma de linfoangiectasia pulmonar congénita y en consecuencia aparece en niños recién nacidos. Se presenta en forma de múltiples lesiones quísticas de varios milímetros de diámetro.

### Tumores neurogénicos

Son muy raros en el tejido pulmonar y la variedad más frecuente a nivel del mediastino. Según se desarrollen a partir de los filetes nerviosos del sistema autónomo o vegetativo y también en relación con su componente o participación del tejido fibroso adoptan distintas variedades o tipos. Crecen en el parénquima periférico y en esta localización aparecen y se comportan como un nódulo solitario, o bien lo pueden hacer en el bronquio con lo que clínicamente se manifestarán con fenómenos de obstrucción bronquial y su secuencia evolutiva.

### Seudotumores

#### 1. Tumor de células granulosas (mioblastoma)

Es una lesión que presenta múltiples localizaciones (lengua, piel, mama) y en un principio se dijo que provenía de la fibra muscular estriada, cosa del todo imposible ya que aparece en localizaciones donde no existe esta estructura. Lo más probable es que se desarrolle a partir de las células de Schwann o de los mismos histiocitos.

Son estructuras no capsuladas y crecen a nivel de la pared bronquial, pudiendo en su desarrollo alcanzar hasta 6 cm. de diámetro.

#### 2. Endometrioma. Endometriosis

Es una lesión muy rara a nivel del tórax y puede localizarse a nivel del parénquima y también en la pared bronquial. Se discute si se trata de metástasis hematógenas o bien si es una metaplasia celómica. Aparece en mujeres en forma de lesión nodular de hasta 4 cm. de diámetro. Se ha descrito el «neumotórax catamenial» desarrollado a partir de pequeñas «bullas» perilesionales que pueden estallar en los cambios menstruales, facilitando la entrada de aire en la cavidad pleural y consiguiente neumotórax.

#### 3. Seudolinfoma pulmonar primario

Se describe como una lesión pulmonar que histológicamente aparece como un linfoma maligno pero que cura con la resección y no afecta a los ganglios linfáticos. Liebow la denomina «neumonía intersticial linfática» o LIP y se ha descrito un caso asociado a miastenia gravis y aumento monoclonal de IgG.

#### 4. Seudotumor inflamatorio (granuloma de células plasmáticas)

Esta lesión tiene numerosas denominaciones pero las más frecuentes son la anteriormente citada y la de histiocitoma pulmonar. Su origen es por el momento desconocido, aunque para algunos representa el proceso reparativo de una lesión inflamatoria. Generalmente está bien limitado, con un diámetro no superior a unos 7 cm. y de color amarillo-anaranjado. Desde el punto de vista histológico la presencia de diversos tipos celulares ha condicionado los diferentes nombres con que ha sido descrito.

### Otros tumores

#### 1. Quemodectoma

Se trata de un paraganglioma no cromafín a diferencia del feocromocitoma que es cromafínico, por ello este tipo de tumor no tiene actividad hormonal. Es mucho más frecuente a nivel del mediastino y puede ser de gran tamaño llegando hasta los 17-20 cm. de diámetro. Se sitúan preferentemente junto al arco aórtico. En el 0,3 % de la población se hallan quemodectomas múltiples, en especial en mujeres y junto a focos de tromboembolismo

pulmonar organizado y que no son visibles ni diagnosticados con los métodos clínicos convencionales.

## 2. *Teratomas*

A nivel pulmonar son raros a diferencia de lo que sucede a nivel del mediastino. Hasta el año 1969 se habían descrito 18 casos, la mayor parte benignos y situados a nivel del lóbulo pulmonar superior izquierdo. Su estructura histológica, como es sabido contiene elementos de las tres capas germinales. Desde el punto de vista clínico pueden presentar hemoptisis e incluso tricóptisis.

## 3. *Hamartoma y coristoma*

El hamartoma es el tumor que contiene los elementos histológicos del órgano donde asienta y el coristoma,

siendo muy parecido, contiene elementos que normalmente no se hallan en el órgano sobre el que se sitúa. Es más frecuente en pacientes del sexo masculino y su punto de máxima frecuencia se halla según las estadísticas, en la sexta década de la vida, de lo que se deduce la necesidad de un diagnóstico histológico ya que en estas edades la lesión nodular más frecuente es el carcinoma broncopulmonar. El 10 % de estas lesiones son intrabronquiales. Son tumores benignos y desde el punto de vista histológico el componente fundamental y que siempre está presente es el tejido cartilaginoso.

## 4. *Hemangioma esclerosante (histiocitoma fibroso)*

Como anteriormente ya hemos comentado, un hemangioma puede sufrir

un proceso de esclerosis y convertirse en una lesión de este tipo (Liebow). La aparición de una infiltración de células reticuloendoteliales hace que reciba otros nombres como histiocitoma, xantoma o xantofibroma, es por ello que algunos autores niegan su origen vascular y lo denominan directamente histiocitoma fibroso.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, W. A. D.: «Patología». Inter-Médica Ed. Buenos Aires, 1968.  
O. M. S.: «Tipos histológicos de tumores pulmonares». Roto-Sadag Ed. Ginebra, 1967.  
ROBBINS, S. L.: Patología estructural y funcional». Ed. Interamericana. Barcelona, 1974.