



Blastoma pulmonar: hallazgo casual en una mujer con poliartritis

Sr. Director: El blastoma pulmonar es un tumor infrecuente, formado por tejido mesenquimal y/o epitelial, que morfológicamente simula tejido pulmonar embrionario. El blastoma pulmonar supone el 0,25-0,50% de todos los tumores pulmonares¹. Presentamos el caso de una paciente con un nódulo pulmonar, como hallazgo casual en la radiografía de tórax realizada al estudiar una poliartritis.

Mujer de 46 años, fumadora de 26 paquetes/año y sin otros antecedentes de interés, asintomática desde el punto de vista neumológico, que presentaba una artritis de carpos, articulaciones metacarpo-



Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Nódulo pulmonar en el lóbulo superior derecho.

falángicas, rodillas y tobillos de 4 meses de evolución. La exploración física era normal, a excepción de la afección articular referida. El hemograma, la bioquímica y la coagulación eran normales, así como los marcadores tumorales. La radiografía de tórax reveló la existencia de un nódulo pulmonar en el lóbulo superior derecho (fig. 1). La tomografía axial computarizada (TAC) torácica evidenció un nódulo bien definido en el lóbulo superior derecho de 18 x 27 mm. La broncoscopia fue normal. El estudio de extensión fue negativo. Se realizó una lobectomía superior derecha, con disección de las adenopatías mediastínicas. El estudio histológico demostró la existencia de un tumor maligno, compuesto de tejido glandular y mesenquimal de apariencia embrionaria. El estudio inmunohistoquímico demostró captación con vimentina y queratina, limitada al tejido mesenquimal y epitelial, respectivamente. Tras 44 meses de seguimiento, la paciente está asintomática y sin datos de recidiva tumoral. El diagnóstico definitivo fue de blastoma pulmonar bifásico y artritis reumatoide seronegativa.

El blastoma pulmonar es una neoplasia inusual compuesta de dos elementos, uno epitelial y otro mesenquimal. Puede aparecer a cualquier edad, aunque predomina en la edad adulta (80%), con un pico de incidencia en la cuarta década de la vida. Este tumor se describió, por primera vez, en 1945 por Barrett y Barnard² como una mezcla de carcinoma y sarcoma de pulmón. Spencer sugirió el término de blastoma porque la patogenia de este tumor recuerda a la del tumor de Wilms o nefroblastoma; su histogénesis sigue debatiéndose en la actualidad. Koss et al³ han definido dos grupos patológicos en los blastomas pulmonares: el adenocarcinoma fetal bien diferenciado, caracterizado por la presencia de glándulas neoplásicas bien ordenadas, con un bajo índice mitótico, un tamaño inferior a 5 cm y mejor pronóstico fatal a largo plazo (14%), y los blastomas bifásicos, caracterizados por ser un adenocarcinoma junto con mesénquima sarcomatoso o embrionario con un alto índice mitótico, de tamaño superior a los 5 cm y asociado con frecuencia a derrames pleurales, con un pronóstico fatal en un porcentaje elevado de casos (52%). Los hallazgos de anomalías moleculares ayudan a la distinción histológica entre los dos subtipos. Las células glandulares del blastoma presentan una marcada reacción a la queratina, al

antígeno carcinoembrionario y a la globulina grasa. La utilización del anticuerpo monoclonal B72.3, que identifica la glucoproteína TAG72 asociada al tumor, nos permite diferenciar las glándulas de los adenocarcinomas habituales de los blastomas pulmonares, ya que estas últimas no se marcan. Pueden estar presentes marcadores mesenquimales como la vimentina, siendo menos frecuentes la actina y la desmina. En grandes series no se han encontrado diferencias entre sexos³. En la serie de Koss et al³, de 52 casos, solamente dos pacientes eran menores de 10 años. Hasta un 83% de los pacientes son fumadores y el 41% están asintomáticos, siendo el diagnóstico un hallazgo casual. No existe una predilección lobar, aunque sí predomina la situación periférica sobre la central. En el 45% de los blastomas pulmonares el tamaño varía entre 5 y 10 cm³. En los casos sintomáticos, las manifestaciones clínicas se deben a la irritación bronquial, incluyendo tos, hemoptisis, disnea o dolor torácico. La radiografía torácica evidencia un nódulo o masa de localización periférica y es infrecuente la presencia de cavitación, atelectasias, derrame pleural o adenopatías. La broncoscopia puede evidenciar anomalías en un 57% de los pacientes a los que se les realiza, confirmándose el diagnóstico por biopsia en la mitad de ellos. En los casos de localización periférica la realización de una punción-aspiración con aguja fina puede ayudar al diagnóstico, pero el definitivo es quirúrgico. Aunque la histología influye en el pronóstico⁴, otros factores, como el tamaño superior a 5 cm y la existencia de metástasis, que se localizan habitualmente en el cerebro y el mediastino^{4,5}, son elementos adicionales en dicho pronóstico. El porcentaje de recurrencia del blastoma tras el diagnóstico el primer año es del 43%, lo que conlleva un peor pronóstico. Dos tercios de los pacientes fallecen en los primeros 2 años del diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, pues la quimioterapia y la radioterapia no han demostrado su eficacia hasta la actualidad. En los casos de utilización de quimioterapia la media de supervivencia es de 14,7 meses⁷. En nuestra paciente se realizó una resección quirúrgica completa y no se evidenció afectación ganglionar. El seguimiento y los controles realizados hasta la actualidad (44 meses) no han demostrado datos de recidiva de la enfermedad. La quimioterapia y la radioterapia se deben considerar en los casos en los que no se consiga realizar una resección completa del tumor. Dado que el blastoma pulmonar es un tumor maligno poco frecuente, con un comportamiento agresivo, la decisión terapéutica debe ser individualizada teniendo en consideración todos los factores pronósticos conocidos.

**J. Ortiz de Saracho, L. Pantoja^a
y M.D. Ludeña^b**

Unidades de Neumología y ^aReumatología.
Hospital del Bierzo, Ponferrada.
^bServicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario de Salamanca.

1. Colby TV, Koss MN, Travis WD. Tumors of the lower respiratory tract. Bethesda: American Registry of Pathology, Armed Forces Institute of Pathology, 1995; p. 395-417.

2. Barret NR, Barnard WG. Some unusual thoracic tumours. *Br J Surg* 1945;32:447-57.
3. Koss MN, Hocholzerch L, O'Leary T. Pulmonary blastomas. *Cancer* 1991;67:2368-81.
4. Francis D, Jacobsen M. Pulmonary blastoma. *Curr Top Pathol* 1983;73:265-94.
5. Gibbons J, McKeown F, Field T. Pulmonary blastoma with hilar lymph node metastases: survival for 24 years. *Cancer* 1981; 47:152-5.
6. Cutler CS, Michel RP, Yassa M, Langleben A. Pulmonary blastoma. Case report of a patient with a 7-year remission and review of chemotherapy experience in the world literature. *Cancer* 1998;82:462-47.