



**Tumor de células granulares.  
Actitud diagnóstica ante  
comportamiento agresivo**

**Sr. Director:** El tumor de células granulares es un tumor raro en localización bronquial, cuya forma de presentación suele ser benigna. No suele sobrepasar los 3 cm; por eso en el caso en que se presente como un tumor de gran tamaño y con una prestación agresiva hay que plantearse otras posibilidades, como en el caso que exponemos:

Paciente varón de 55 años, fumador de 20 cigarrillos/día, durante más de 30 años, que refiere astenia, anorexia, síndrome constitucional y dolor en ambas piernas por lo que acude a urgencias. En la exploración física sólo destaca una disminución del murmullo vesicular en la base de hemitórax izquierdo. En las pruebas de imagen (tomografía computarizada [TC] torácica [fig. 1]) se observa una masa en el lóbulo inferior de localización central, se encuentra un pequeño infiltrado con algún pequeño nódulo que se pone en relación con neumonitis peritumoral, no hay adenopatías, hay una pequeña zona de atelectasia subsegmentaria a nivel de la língula y un pequeño derrame pleural. Se realiza fibrobroncoscopia donde se observa saliendo de la carina entre el segmento 6 y la pirámide basal izquierda una formación pediculada. La biopsia es compatible con un tumor de células granulares.

Dado que el mioblastoma de células granulares no suele alcanzar un tamaño tan elevado se sospecha que debe haber un tumor acompañante, así que se decide intentar el diagnóstico con punción-aspiración con aguja fina (PAAF) transtorácica. El resultado de ésta es compatible con una neoplasia de elevado grado de agresividad citológica sugestiva de un tumor de células granulares. Se revisa en sesión con cirugía y se decide hacer videotoracoscoopia y biopsia pulmonar que da un resultado negativo para malignidad. En nueva sesión clínica se decide extirpar la masa. El análisis anatomopatológico revela un adenocarcinoma de bajo grado de diferenciación que metastatiza los ganglios linfáticos hilares, subcarinales y paraesofágicos, además de un tumor de células granulares.

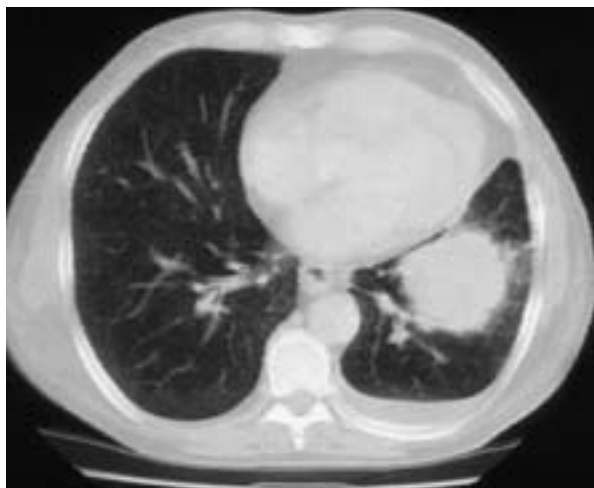
El tumor de células granulares fue descrito por primera vez por Abrikossov en 1926. Es frecuente en la lengua, la piel, el tejido celu-

lar subcutáneo y el cerebro, pero es raro en la laringe, tráquea y bronquios. La localización bronquial es sólo de un 6%<sup>1</sup>. El primer caso de localización bronquial fue descrito por Kramer en 1939. Se ha descrito malignidad en el 1-6% de los casos extrapulmonares, pero en ningún caso en el árbol traqueobronquial<sup>2-3</sup>. Se describe una multiplicidad de lesiones en el 20% de los casos. Se describe asociación con otros tumores en un 13% de los casos<sup>2-6</sup>. Se puede presentar en cualquier edad y sexo con la misma frecuencia. Los síntomas suelen ser tos, expectoración y hemoptisis, aunque lo más frecuente es que sean asintomáticos. De cualquier manera, parece que ésta depende sobre todo del tamaño y la localización. Las técnicas radiológicas pueden evidenciar en algunos casos atelectasias o neumonías obstructivas, y son menos frecuentes los nódulos pulmonares periféricos. El diagnóstico se suele hacer por fibrobroncoscopia, visualizándose desde un pequeño engrosamiento de la mucosa hasta una masa polipoidea, sésil o pediculada que rara vez sobrepasa los 3 cm. El tratamiento suele ser la resección quirúrgica completa, conservando la mayor parte del parénquima funcionante posible<sup>2-6</sup>. En tumores menores de 8 mm se ha probado la resección broncoscópica. También se aboga por tratamiento conservador, sobre todo en casos asintomáticos y con tumoraciones múltiples.

Este caso nos demuestra que ante uno de estos tumores, si su naturaleza es agresiva, o el tamaño es más elevado de lo normal, debemos sospechar siempre su asociación a otro tipo de tumor pulmonar, que en este segundo caso sí puede ser de naturaleza maligna.

**R. Godoy Mayoral, J.J. Pérez Parras  
y L. Puente Maestu**  
Hospital General Universitario Gregorio  
Marañón. Madrid.

1. Pastor J, Blasco E, García Zarza A, Padilla J, Tarazona V, París F. Los llamados tumores y pseudotumores broncopulmonares benignos. Arch Bronconeumol 1980;16:144-50.
2. Villena V, Asensio Sánchez S, De Miguel Poch E, Hernández Blasco L, Alfaro Abreu J, Martín Escribano P. Tumores de células granulares traqueobronquiales. Presentación de 8 casos. Arch Bronconeumol 1997; 33:434-7.
3. Gabriel JB, Thomas L, Mendoza CB, Chauhan PM. Granular cell tumor of the bronchus coexisting with a bronchogenic adenocarcinoma: a case report. J Surg Oncol 1983;24:103.
4. Mujika Atorrasagasti N, San Vicente Leza M, De la Torre Romero P. Mioblastoma bronquial de células granulares asociado a carcinoma. Arch Bronconeumol 1996;32: 50-1.
5. Vera Sempere FJ, Todolí Parra JA, Mico Giner M, Jordá Cuevas M. Mioblastoma bronquial de células granulares asociado a carcinoma epidermoide. Arch Bronconeumol 1994;30:317-9.
6. González Aragonese F, Monturiol JM, Álvarez Fernández E, Zapatero J, Mentrída JM, Llobregat N, et al. Mioblastoma de células granulomatosas de localización bronquial. Arch Bronconeumol 1987;23: 310-2.



**Fig. 1.** Tomografía computarizada (TC) en la que se ve masa en posición central y pequeño derrame pleural.