



Tumor mucinoso pulmonar de baja malignidad

Sr. Director: El carcinoma broncogénico es la neoplasia más frecuente y la mayor causa de mortalidad por cáncer en los varones¹. La histología y su clasificación de la extensión anatómica son los parámetros más utilizados en la estimación pronóstica y la planificación terapéutica en la actualidad^{1,2}. El carcinoma epidermoide, el adenocarcinoma y el carcinoma microcítico pulmonar son las histologías más diagnosticadas, aunque existen otras neoplasias pulmonares primarias mucho menos frecuentes y poco conocidas, como la de nuestro caso, cuya descripción o diagnóstico suelen estar relacionados con casos aislados que han permitido conocer varias de las características de su forma de presentación o manejo.

Varón de 48 años, fumador activo de 45 paquetes/año, sin otros antecedentes patológicos de interés. En los últimos 30 días había presentado un cuadro catarral persistente que no mejoró con un tratamiento antibiótico ambulatorio y, al realizársele una radiografía de tórax, se evidenció la presencia de una masa pulmonar. La exploración física era normal, incluyendo la auscultación cardíaca y respiratoria (Karnofsky del 100%). El hemograma, la coagulación y la bioquímica con las determinaciones del antígeno carcinoembrionario, CA-19.9, CA-125, CA-15.3 y alfafetoproteína resultaron normales. La prueba de la tuberculina y 3 baciloscopias de esputo eran negativas, mientras que los resultados de la gasometría arterial basal y las pruebas funcionales respiratorias fueron normales, con un volumen espiratorio forzado en el primer segundo de 3,1 l (106%). La broncoscopia no reflejó alteraciones endobronquiales y la citología o baciloscopia del broncoaspirado fueron negativas. La tomografía computarizada toracoabdominal con contraste intravenoso confirmó la presencia de una masa pulmonar única en el lóbulo superior derecho, de 6 cm de diámetro mayor, bien delimitada, de contenido heterogéneo y sin calcificaciones, adenopatías visibles o afectación infradiaphragmática. Se realizó una lobectomía superior derecha con linfadenectomía homolateral que confirmó la presencia de una tumoración constituida por una pared fina y abundante contenido mucoso. La histología demostró una formación tumoral con amplias zonas mucoides interiores con un epitelio bien diferenciado de tipo mucinoso, con zonas de fibrosis en su periferia, compatible con el diagnóstico de un tumor mucinoso pulmonar de baja malignidad en un estadio IB (pT₁N₀M₀). A los 14 meses de su seguimiento y sin realizar otro tratamiento posterior, el paciente se encontraba asintomático y sin signos de recidiva después de una broncoscopia y la tomografía computarizada torácica de control.

Los tumores mucinosos primarios del pulmón son unas neoplasias extremadamente ra-

CARTAS AL DIRECTOR

ras e incluyen desde las formas consideradas benignas (cistoadenoma mucinoso) hasta las malignas (cistoadenocarcinoma mucinoso), de forma similar a las neoplasias mucinosas del ovario o el apéndice^{3,4}. La mayoría de estos tumores son benignos y tienen su origen en el epitelio bronquiolar. No obstante, pueden malignizar o presentar focos de adenocarcinoma y, en ocasiones, sólo existen anomalías de la arquitectura celular o atipias citológicas que no permiten establecer un diagnóstico definitivo de adenocarcinoma, como en nuestro caso, y se denominan "tumores mucinosos primarios de baja malignidad", cuyo hallazgo es excepcional (hemos encontrado menos de 10 casos descritos en la bibliografía; MEDLINE, 1966-2003)^{4,5}.

Estos tumores suelen afectar de igual forma a varones y mujeres fumadores de más de 45 años, y diagnosticarse casualmente o por la presencia de síntomas inespecíficos, tras la realización de un radiografía o una tomografía computarizada que demuestra la presencia de

una masa única, bien delimitada, periférica, sin comunicación bronquial y un contenido heterogéneo similar a un quiste uni o multiloculado, con una pared fina periférica, que debe diferenciarse de otras lesiones como el quiste broncogénico, las malformaciones adenomatoideas congénitas, los quistes infecciosos o residuales, el carcinoma broncoalveolar mucinoso o de una metástasis de un adenocarcinoma mucinoso extrapulmonar. Aunque se han descrito casos con diseminación pleural o extrapulmonar, es característico su buen pronóstico tras la cirugía, con la aparición extremadamente rara de metástasis y recidivas durante el diagnóstico o su evolución, especialmente en los tumores benignos y de baja malignidad⁵.

**M. Haro Estarriol, X. Baldó Padró
y M. Casas Tarrús**

Sección de Neumología. Servicios de Cirugía Torácica y Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona. España.

1. Billello KS, Murin S, Matthay RA. Epidemiology, etiology and prevention of lung cancer. *Clin Chest Med* 2002;23:1-25.
2. Grupo de Trabajo SEPAR. Normativa actualizada sobre diagnóstico y estadificación del carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol* 1998;34:437-52.
3. Dixon AY, Moran JF, Wesselius LJ, McGregor DH. Pulmonary mucinous cystic tumor. Case report with review of the literature. *Am J Surg Pathol* 1993;17:722-8.
4. Ishibashi H, Moriya T, Matsuda Y, Sado T, Hoshikawa Y, Chida M, et al. Pulmonary mucinous cystadenocarcinoma: report of a case and review of the literature. *Ann Thorac Surg* 2003;76:1738-40.
5. Papla B, Malinowski E, Harazda M. Pulmonary mucinous cystadenoma of borderline malignancy. A report of two cases. *Pol J Pathol* 1996;47:87-90.