

## El comportamiento impredecible del tumor fibroso solitario pleural

### The Unpredictable Behaviour of the Solitary Fibrous Pleural Tumour

Sr. Director:

El tumor fibroso solitario pleural (TFSP) es una rara neoplasia de origen mesenquimal<sup>6</sup>, de comportamiento muchas veces impredecible no siempre correlacionado con su histología. Suelen ser benignos y permanecer asintomáticos durante largos periodos de tiempo hasta que malignizan<sup>1,2</sup>. Presentamos el caso de un varón con un TFSP sin histología de malignidad pero con comportamiento agresivo.

Varón de 66 años, fumador de 40 paquetes al año, con HTA, dislipemia, intolerancia a la glucosa y arteriopatía periférica con bypass iliofemoral izquierdo en 2001. Remitido a neumología por los hallazgos del TAC torácico solicitado por derrame pleural izquierdo en una radiografía de tórax. En el TAC (fig. 1A) existe una gran masa

extrapulmonar diafragmática izquierda de 15,6 cm. Heterogénea con zonas de calcificación periférica. Se introduce en el espacio epidural a nivel D11 y D12 con estenosis de canal. Asintomático desde el punto de vista respiratorio, sólo refería dolor en miembros inferiores sobre todo nocturno de meses de evolución. En la exploración física destacaba en la auscultación pulmonar hipoventilación en base pulmonar izquierda hasta campo medio. La analítica básica fue normal y tenía ecocardiograma con hipertensión pulmonar moderada. Se realizó RMN (fig. 1B) en la que se confirman los hallazgos del TAC y se observa contacto con la aorta toracoabdominal sin infiltrarla y signos de compresión medular iniciándose tratamiento con dexametasona.

Finalmente en la punción con trucut se observó neoplasia con expresión inmunohistoquímica de CD 34 y bcl-2, negativa para citoqueratinas y actina, con sobreexpresión del p53 cumpliendo criterios de TFSP no maligno.

Las pruebas de función respiratoria fueron normales y se programó para exéresis. Se extirpo únicamente el tumor intraespalal al estar muy vascularizado y sangrar abundantemente, inestabilizándose en el postoperatorio y falleciendo por distress respiratorio. La anatomía patológica de la pieza resecada confirmó el diagnóstico.

El TFSP es un tumor raro con unos 800 casos recogidos en la literatura<sup>1,3,5</sup>. Supone el 5% de los tumores pleurales y el segundo tumor primitivo en dicha topografía, después del mesotelioma maligno difuso<sup>2,3,5</sup>.

Un 80% son benignos resultando difícil distinguirlos de los malignos por sus similitudes histológicas, pudiendo ayudar a esto el mayor tamaño y la invasión de estructuras adyacentes más típico de los tumores malignos<sup>1,5</sup>.

Posee un perfil inmunohistoquímico característico con positividad para vimentina y CD 34 y negatividad para citoqueratina, que lo distingue del mesotelioma maligno. La sobreexpresión de p53 y el aumento de células neoplásicas Ki67 positivas se asocian a pobre pronóstico<sup>2</sup>. No se asocia con la exposición al asbesto, tabaco u otros carcinógenos<sup>1-5</sup>. Ocurren más entre los 60-70 años y sin diferencias entre ambos sexos<sup>1,3,5</sup>. El 50% de los casos son asintomáticos y su hallazgo es casual en una prueba de imagen<sup>1,2,5</sup>. Se presentan como nódulos masas pulmonares periféricos bien circunscriptas a veces lobulados o pediculados. De densidad normalmente homogénea puede ser heterogénea en variantes malignas o benignas con necrosis, hemorragia o degeneración mixoide. El derrame pleural es raro y suele ser maligno. Las calcificaciones en cambio son inespecíficas. La RMN define mejor su relación con las estructuras adyacentes<sup>1,5</sup>. Los síntomas más frecuentes son tos, disnea y dolor torácico. Pueden dar síndromes paraneoplásicos: hipoglucemia por producción de sustancias insulina like, osteoartropatía pulmonar hipertrófica y dedos en palillo de tambor (10-20%) que desaparecen tras la cirugía del tumor<sup>1,3,5</sup>. El tratamiento de elección es quirúrgico, con resección completa tanto en benigno como maligno y la mortalidad perioperatoria baja (0-1,5%)<sup>3</sup>.

### Bibliografía

1. de Perrot M, Fischer S, Bründler MA, Sekine Y, Keshavjee S. Solitary Fibrous Tumors of the Pleura. *Ann Thorac Surg.* 2002;74:285-93.
2. Ortega MV, Gualco G, Musto ML, Wins R, Maggiolo J, Ardao C. Tumor fibroso solitario de la pleura. Aspectos clínico-patológicos. Solitary fibrous tumour of the pleura. Clinical and pathological findings. *Rev Esp Patol.* 2005;21-5.
3. Robinson LA. Solitary Fibrous Tumor of the Pleura. *Cancer Control.* 2006;13:264-9.
4. Santos RS, Haddad R, Lima CE, Liu YL, Misztal M, Ferreira T, et al. Patterns of Recurrence and Long Term Survival After Curative Resection of Localized Fibrous tumors of the Pleura. *Clinical Lung Cancer.* 2005;7:197-201.
5. Cardillo G, Carbone L, Carleo F, Masala N, Graziano P, Bray A, et al. Solitary Fibrous Tumors of the Pleura: An Analysis of 110 Patients Treated in a Single Institution. *Ann Thorac Surg.* 2009;88:1632-7.

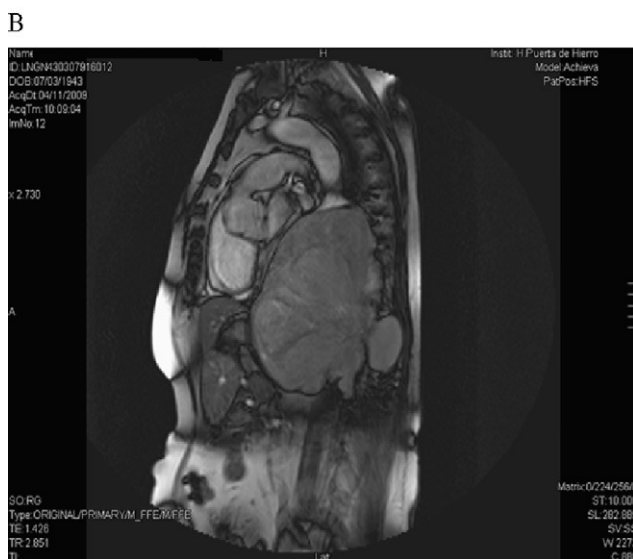
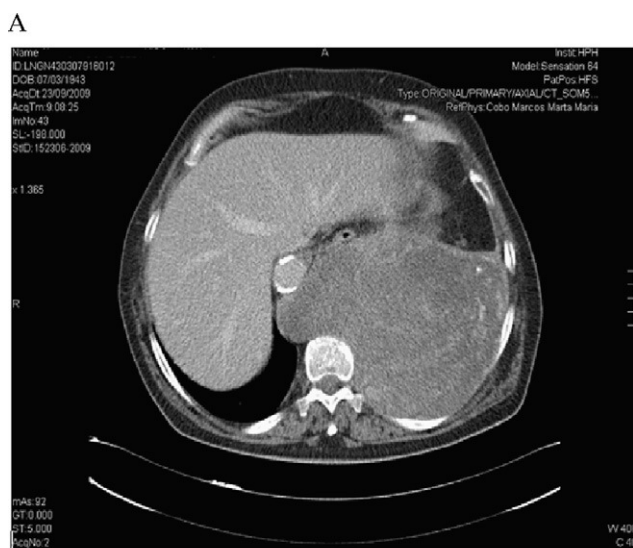


Figura 1. A) TAC torácico: gran masa extrapulmonar en base izquierda, heterogénea con calcificaciones periféricas. B) RMN torácica: gran tumoración heterogénea de 18 cm en la unión toracoabdominal izquierda extrapulmonar, supradiafragmática que se introduce en el canal espinal.

6. Sánchez-Mora N, Cebollero-Presmanes M, Monroy V, Carretero-Albiñana L, Herranz-Aladro M, Alvarez-Fernández E. Tumor fibroso solitario pleural: características clinicopatológicas de una serie de casos y revisión de la bibliografía. Arch Bronconeumol. 2006;42:96-9.

Patricia Mínguez Clemente <sup>a,\*</sup>, Manuel Valle Falcones <sup>a</sup> y Francisco Javier Moradiellos Díez <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

doi:10.1016/j.arbres.2010.03.006

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patriciaminguez22@hotmail.com (P. Mínguez Clemente).

## ¿Es posible mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias hospitalarios?

### Is it Possible to Improve the Management of Community Acquired Pneumonia in Hospital Emergency Departments?

Sr. Director:

En el año 2008 se publicó el documento «Manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en los servicios de urgencias»<sup>1</sup> elaborado por TIR-SEPAR (Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) e INFURG-SEMES (Grupo de estudio Infecciones en Urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) con el objetivo de servir de herramienta para disminuir la variabilidad clínica y mejorar el manejo integral de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) desde los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). En él se define NAC cuando existe «una presentación clínica infecciosa aguda compatible y su demostración radiológica». Uno de sus puntos fundamentales, sin duda, se basa en la importancia de administrar cuanto antes la primera dosis del antimicrobiano, y que esta sea además la indicada por los expertos, como nos recomiendan algunas de las guías más relevantes<sup>2,3</sup>. Esto no solo puede ser posible en el SUH, si no que debe ser un objetivo irrenunciable hoy en día<sup>4</sup>. La realidad nos demuestra que conseguirlo no es fácil y tendremos en contra muchos factores adversos (saturación del SUH, ingresos pendientes de camas, número total de urgencias/día, número de pacientes asignados por médico) que han demostrado ser predictores independientes del retardo en la administración en las 4 primeras horas del antibiótico en el SUH en la NAC<sup>5</sup>. Pero para

lograrlo nos propusimos: mejorar el triaje o primera valoración del paciente, la detección precoz del enfermo con NAC y/o criterios de sepsis, implantar un protocolo de manejo del paciente con sospecha de NAC (documento SEMES-SEPAR antes referido) y la realización sistemática de una escala pronóstica para adecuar mejor la decisión del ingreso o alta y así determinar y administrar precozmente el tratamiento adecuado<sup>6</sup>. Es conocido que la adherencia a las guías de práctica clínica ha demostrado una reducción de la mortalidad, mejora la adecuación y precocidad de los tratamientos y optimiza el uso de pruebas complementarias aumentando la tasa de diagnósticos conseguidos desde el SUH. Por ello, diseñamos un estudio prospectivo observacional, simple ciego desde el 1-6-2008 al 30-9-2008 (grupo control) y del 4-10-08 al 15-1-09 (grupo estudio) de pacientes adultos diagnosticados de NAC en el SUH. Con el objetivo de analizar el cumplimiento, diferencias y mejoría en el manejo de la NAC tras implantar «las mencionadas recomendaciones SEMES-SEPAR 2008 para el SUH», comparando un grupo previo y otro posterior a su implantación. Para el análisis comparativo utilizamos el paquete SPSS14.0 (t de Student, U de Mann-Whitney y la prueba de  $\chi^2$  corregida por Yates para las proporciones, considerando diferencia significativa  $p < 0,05$ ). En la **tabla 1** se muestran algunos de los resultados obtenidos. La selección e inclusión de los pacientes y su posterior seguimiento en el tiempo se realizó por colaboradores independientes, hasta tener 100 casos confirmados consecutivos en cada grupo, que definieron como «manejo adecuado» (tratamientos y medidas) el citado documento SEMES-SEPAR. Entre los 2 grupos se hicieron sesiones clínicas y se facilitó y explicó a todos los médicos del SUH el documento, solicitando su aplicación sistemática a partir del 4-10-08. La incidencia de la NAC supuso el 0,56 vs. 0,59% de los enfermos

**Tabla 1**  
Resultados comparativos antes y después de implantar las recomendaciones INFURG-SEMES – TIR-SEPAR

Resultados	GC N=100	GE N=100	Diferencia
Criterios de SG/SS (%)	8	10	NS
Tratamiento antimicrobiano empírico adecuado (%)	62	97	$p < 0,05$
Administración antibiótico en menos de 4 h (%)	31	90	$p < 0,05$
Duración del tratamiento antibiótico (días)	12,5	9,1	$p < 0,05$
Estancia hospitalaria (días)	8,6 ± 6,2	6,3 ± 4,4	$p < 0,05$
Solicitud adecuada de pruebas complementarias/microbiológicas (%)	18	74	$p < 0,05$
Consecución diagnóstico microbiológico final (%)	22	47	$p < 0,05$
Altas en la primera visita desde el servicio de urgencias (incluye observación menos de 24 h) (%)	38	42	NS
Ingreso en UCE (24-72 h) (%)	23	26	NS
Ingreso en planta (%)	30	24	NS
Ingreso en UCI (%)	9	8	NS
Reconsulta durante los 30 días posteriores tras el alta inicial desde urgencias (%)	17	8	$p < 0,05$
Mortalidad total acumulada a los 30 días (%)	11	8	NS

GC: grupo control (antes de las recomendaciones); GE: grupo estudio (posterior a la implantación de las recomendaciones); N: número total pacientes de cada grupo; NS: diferencias no significativas; PSI: Pneumonia severity index; SG: sepsis grave; SS: shock séptico.