

## Tumor de células granulares: una neoplasia endobronquial poco frecuente

### Granular Cell Tumours: An Uncommon Endobronchial Neoplasm

Sr. Director:

Los tumores de células granulares (TCG), antes llamados mioblastomas y ahora llamados schwannomas, son tumores poco frecuentes, clasificados como tumores benignos de pulmón<sup>1</sup>. Desde que Feckner comunicó el primer caso con localización endobronquial en 1938, menos de un centenar de ellos han sido publicados en la literatura internacional. Su distribución topográfica es amplia, constituyendo la localización endobronquial el 6% de estos tumores<sup>2</sup>, como en el caso que exponemos.

Se trata de un varón de 51 años de edad, exfumador de 35 paquetes/año sin antecedentes de interés, que consultó por hemoptisis de dos meses de evolución. Una radiografía de tórax y una tomografía computarizada (TC) no mostraron ninguna alteración. Así mismo se realizó una fibrobroncoscopia donde se observó mucosa de aspecto infiltrativo en carina segmentaria de bronquios anterior y apical del LSD (fig. 1), que se biopsió. El estudio anatomopatológico (AP) fue informado como TCG, presentando intensa expresión inmunohistoquímica (IHQ) a vimentina y proteína S-100. El estudio funcional demostró un FEV<sub>1</sub> del 57%, FVC del 72% y KCO 84%, con un FEV<sub>1</sub> PPO del 25%. En septiembre de 2009 se realizó una lobectomía superior derecha y linfadenectomía hiliomediastínica mediante toracotomía, con estudio AP compatible con malignidad, a pesar de lo cual no se realizó neumonectomía, dada la función respiratoria del paciente. El examen anatomopatológico de la pieza demostró la existencia de un TCG de localización submucosa que contactaba con el margen de resección bronquial. Los márgenes de resección vascular, así como los ganglios linfáticos paratraqueal, subcarinal e hilar no evidenciaron células con morfología neoplásica. Un año después de la intervención el paciente se encuentra estable y sin signos de recidiva radiológica ni en las exploraciones bronoscópicas practicadas.

Los TCG ocurren con más frecuencia entre los 20 y 57 años, afectando por igual a ambos sexos<sup>1,3</sup>. Los principales síntomas que acompañan al TCG endobronquial son la tos, infecciones recurrentes, fiebre, disnea y hemoptisis (como en nuestro paciente) hasta en un 16% de los casos<sup>3</sup>. Las técnicas radiológicas pueden servir de ayuda en el diagnóstico diferencial con otras patologías, aunque en la mayoría no presentan hallazgos patológicos. La mitad de los TCG pulmonares son hallazgos incidentales durante la fibrobroncoscopia, que se suele realizar por motivos obstructivos, entre ellos atelectasias y neumonía secundaria<sup>3,4</sup>. Están constituidos por células poligonales y fusiformes, con citoplasma granular, eosinófilas; con una IHQ con expresión de antígenos para proteína s-100, vimentina y enolasa neuro-específica.

Tan sólo hemos hallado en la literatura un caso de TCG con datos de malignidad<sup>5</sup>, y asociado con otros tumores en un 13% de casos. El tratamiento de este tipo de tumores genera una gran controversia; algunos autores recomiendan la resección endoscópica (con o sin uso de láser) para aquellas lesiones menores de 8 mm de diámetro, aunque parece estar asociado a una alta recurrencia tras su resección<sup>1,6</sup>, mientras que en casos seleccionados se podría asumir el seguimiento con técnicas de imagen y bronoscópicas<sup>1,4</sup>, aunque la resección quirúrgica completa de la tumoración continúa siendo el tratamiento de elección en estos pacientes<sup>4</sup>. El pronóstico de estos enfermos es favorable, habiéndose publicado supervivencias superiores a los 5 años tras la cirugía<sup>1</sup>.



**Figura 1.** Imagen endoscópica en la que se aprecia mucosa edematosa y engrosada correspondiente a TCG.

En conclusión, el TCG es una patología tumoral rara que puede manifestarse con síntomas obstructivos del árbol traqueobronquial. La fibrobroncoscopia tiene un papel fundamental en el manejo de estos pacientes, tanto en el diagnóstico diferencial con otras patologías de localización endobronquial, como en el seguimiento de las recidivas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica de la tumoración y su pronóstico es favorable.

### Bibliografía

- Shrager JB, Kaiser LR. Benign lung tumors. En: Patterson GA, Cooper JD, Deslauriers J, Lerut A, Luketich JD, Rice TW, editors. *Pearson's Thoracic-Esophageal Surgery*. 3th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2008. p. 691-3.
- Pastor J, Blasco E, Garcia A, Padilla J, Tarazona V, París F. Los llamados tumores y pseudotumores broncopulmonares benignos. *Arch Bronconeumol*. 1980;16:144-50.
- Deavers M, Guinee D, Koss MN, Travis WD. Granular cell tumor of the lung. Clinicopathologic study of 20 cases. *Am J Surg Pathol*. 1995;19:627-35.
- Shields TW, Robinson PG. Benign tumors of the lung. En: Shields TW, Locicero III J, Ponn RB, Rusch VW, editors. *General Thoracic Surgery*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 1779-84.
- Jiang M, Anderson T, Nwogu C, Tan D. Pulmonary malignant granular cell tumor. *World J Surg Oncol*. 2003;1:22.
- Daniel TM, Smith RH, Faunce HF, Sylvest VM. Transbronchoscopic versus surgical resection of tracheobronchial granular cell myoblastomas: suggested approach based on follow-up of all treated cases. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1980;80:898-903.

John Christian Durán Toconás\*, Gerardo Andrés Obeso Carillo y Miguel Ángel Cañizares Carretero

Servicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [chris.duranx@yahoo.com](mailto:chris.duranx@yahoo.com) (J.C. Durán Toconás).

doi:10.1016/j.arbres.2011.01.011