

3. Nava S, Grassi M, Fanfulla F, Domenighetti G, Carlucci A, Perren A, et al. Non-invasive ventilation in elderly patients with acute hypercapnic respiratory failure: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2011;40: 444-50.
4. Ferrero E, Prats E, Manresa F, Escarrabill J. Outcome of non-invasive domiciliary ventilation in elderly patients. *Respir Med*. 2007;101: 1068-73.
5. Nava S, Evangelisti I, Rampulla C, Compagnoni ML, Fracchia C, Rubini F. Human and financial costs of noninvasive mechanical ventilation in patients affected by COPD and acute respiratory failure. *Chest*. 1997;111: 1631-8.
6. Chu CM, Chan VL, Lin AW, Wong IW, Leung WS, Lai CK. Readmission rates and life threatening events in COPD survivors treated with non-invasive ventilation for acute hypercapnic respiratory failure. *Thorax*. 2004;59:1020-5.

Antonio M. Esquinas Rodríguez^a y Celia Zamarro García^b

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

Correos electrónicos: antmesquinas@gmail.com

(A.M. Esquinas Rodríguez), celiazg1@hotmail.com

(C. Zamarro García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.11.007>

Neumocitoma (antes denominado hemangioma esclerosante pulmonar), una rara causa de dolor torácico

Pneumocytoma (Formerly Known as Sclerosing Hemangioma of the Lung): A Rare Cause of Chest Pain

Sr. Director:

Se trata de una paciente de 41 años de edad, de nacionalidad china, que tras un cuadro de tos seca comienza de forma aguda con dolor torácico¹ izquierdo y disnea de esfuerzo. Ante dicha clínica acude a urgencias, donde se realiza radiografía de tórax, que revela la presencia de una masa pulmonar infrahiliar izquierda (fig. 1). La PET-TC muestra una masa infrahiliar de 59 × 42 × 50 mm (fig. 2) y 7 nódulos pulmonares de entre 1 y 12 mm. Ni la masa ni los nódulos presentan actividad metabólica incrementada. Se procede a exéresis íntegra de la masa por neumotomía. Como complicación aislada presentó hemotórax en el postoperatorio y fue necesaria una reintervención quirúrgica, con evolución posterior satisfactoria, y pudo ser dada de alta a domicilio a las 72 h de la

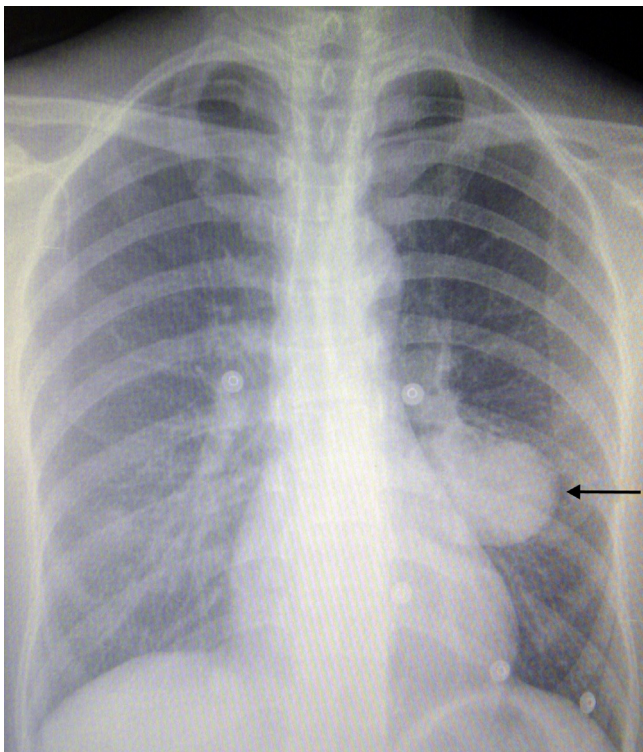


Figura 1. Neumocitoma en hemitórax izquierdo en la radiografía (flecha).

primera intervención. La histología confirma un neumocitoma de 65 mm de diámetro máximo, de patrón mixto, con predominio sólido con áreas pseudopapilares, con ausencia de atipia, mitosis o necrosis². Fueron necesarias 2 intervenciones quirúrgicas para reseca la totalidad de los neumocitomas, pues presentaba, además del descrito, otros 7 neumocitomas, de menor tamaño, de entre 1 y 12 mm, distribuidos en el lóbulo inferior izquierdo, el lóbulo superior izquierdo y el lóbulo inferior derecho.

El neumocitoma, antes denominado hemangioma esclerosante pulmonar, es una neoplasia benigna de pulmón, descrita por primera vez en 1956 por Liebow y Hubbel³. A lo largo de la historia, debido a la discusión sobre su histogénesis, ha recibido numerosas denominaciones, entre otras hemangioma esclerosante pulmonar³, histiocitoma pulmonar benigno y pseudotumor xantomatoso^{2,4}. Hoy en día, el estudio ultraestructural y las técnicas inmunohistoquímicas hacen pensar que estamos ante un tumor epitelial con diferenciación hacia neumocitos tipo II^{2,4,5}, de ahí el nombre de neumocitoma. Los primeros que acuñaron el término neumocitoma fueron, en 1986, Tanaka et al⁶.

El neumocitoma puede presentar 4 patrones histológicos distintos: papilar, sólido, esclerótico y hemorrágico⁵. Debido a esta compleja histología, el diagnóstico diferencial se plantea con adenocarcinoma bronquioloalveolar, carcinoide, adenoma papilar, angiosarcoma y mesotelioma^{4,5}; algunas de estas patologías de mal pronóstico que requieren un tratamiento radical, por lo que es necesario un diagnóstico histológico correcto, ya que su extirpación quirúrgica es curativa.

El neumocitoma es un tumor benigno de baja prevalencia que se observa sobre todo en mujeres y en la raza asiática. La edad media de aparición es de 46 años. La forma de presentación más fre-

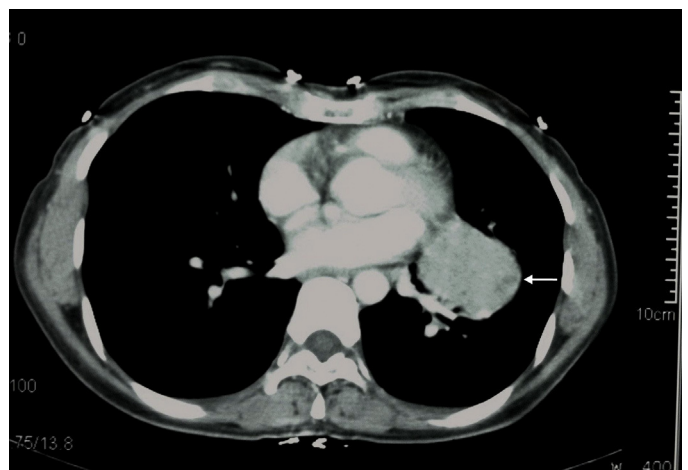


Figura 2. Localización infrahiliar izquierda en la TC torácica (flecha).

cuente es como nódulo pulmonar solitario asintomático^{2,4,5}. Puede alcanzar un tamaño de hasta 7 cm, aunque el 73% de las lesiones son menores de 3 cm². Excepcionalmente se han descrito casos de varios nódulos, neumocitoma múltiple, como en nuestro caso, y cuando aparecen síntomas, el más frecuente es el dolor torácico¹, como en el caso que hemos expuesto.

Bibliografía

1. Jungraithmayr W, Eggeling S, Ludwig C, Kayser G, Passlick B. Sclerosing hemangioma of the lung: a benign tumour with potential for malignancy? *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;12:352-4.
2. Cardemil G, Fernández E, Riffo P, Reyes D, Ledezma R, Mira M, et al. Sclerosing hemangioma presenting as a solitary lung nodule. Report of one case. *Rev Med Chil.* 2004;132:853-6.
3. Liebow AA, Hubbel DS. Sclerosing hemangioma (histiocytoma, xanthoma) of the lung. *Cancer.* 1956;9:53-75.
4. Manzano C, García C, Herreros V, Hernández A, Martín M, Álvarez H, et al. Diagnóstico citológico por punción aspiración del hemangioma esclerosante pulmonar o neumocitoma tipo II: a propósito de 3 casos. *Rev Esp Patol.* 1999;32:27-34.
5. Devouassoux-Shisheboran M, Hayashi T, Linnoila R, Koss M, Travis W. A clinicopathologic study of 100 cases of pulmonary sclerosing hemangioma with immunohistochemical studies. TTF-1 is expressed in both round and surface cells, suggesting an origin from primitive respiratory epithelium. *Am J Surg Pathol.* 2000;24:906-16.
6. Tanaka I, Inoue M, Matsui Y, Oritsu S, Akiyama O, Takemura T, et al. A case of pneumocytoma (so-called sclerosing hemangioma) with lymph node metastasis. *Jpn J Clin Oncol.* 1986;16:77-86.

Domingo Ruiz de la Cuesta^{a,*}, Mònica Lafont Rufat^b
y Elisa Ruiz de la Cuesta Martín^c

^a *Departamento de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

^b *Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

^c *Departamento de Medicina Interna, Hospital San Pedro, Logroño, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: domingorc@hotm.com
(D. Ruiz de la Cuesta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.10.004>