



## Cartas al Director

**Adenoma pleomórfico pulmonar. A propósito de un caso****Adenoid Cystic Carcinoma of the Lung. A Case Report**

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente de 65 años, sin antecedentes de interés, que es derivado a neumología por hallazgo de un nódulo pulmonar en el preoperatorio de una intervención de cataratas. Tras una primera valoración, se decidió realizar una tomografía axial computarizada (TAC) que mostró varias lesiones pulmonares: una en lóbulo inferior derecho (LID), otra en lóbulo superior izquierdo (LSI) y otra en lóbulo inferior izquierdo (LII), sugestivas de tumores pulmonares sincrónicos; y una tomografía por emisión de positrones (PET/TAC) que confirmó la presencia de lesiones pulmonares hipercaptantes sugestivas de malignidad (fig. 1). La fibrobroncoscopia fue normal. Con el objetivo de llevar a cabo un diagnóstico histológico se realizó punción con aguja fina guiada por TAC, con resultado anatomopatológico de tumor maligno pleomórfico no linfóide con inducción de estroma condroide. El estudio inmunohistoquímico reveló negatividad para proteína gliofibrilar, citoqueratinas 8/18 y 19, TTF1 y osteocalcina y débil positividad citoplasmática a VT1 e intensa positividad a AE1/AE3 y vimentina. Tras comentar el caso con anatomía patológica se concluyó que la imagen histológica recordaba a los tumores mixtos malignos de glándula salival. Por este motivo, se optó por descartar enfermedad maxilofacial con una resonancia magnética del área y exploración del área otorrinolaringológica (ORL), ambas rigurosamente normales. En esta situación, el diagnóstico final fue adenoma pleomórfico de probable origen pulmonar. Este hecho se debe, a que si bien es cierto que el origen más frecuente son las glándulas salivales, en la literatura se documentan casos de estos tumores en otras localizaciones como tráquea, mama o pulmón como en nuestro caso clínico. De hecho, los adenomas pleomórficos de origen pulmonar son una entidad muy infrecuente, representando del 0,1 al 0,2% de los tumores de pulmón<sup>1</sup>.

Su curso clínico no está bien definido, considerándose de forma general un tumor de lento crecimiento y curso indolente. Sin embargo, en la literatura se documentan casos de rápida y tórpida evolución. Siempre que sea posible una primera opción de tratamiento debe ser quirúrgica, dado que, al tratarse de una entidad infrecuente no existe un tratamiento estándar establecido. En los últimos años, existe un interés creciente por esta entidad dado que se han documentado casos con *c-kit* mutado y respuestas mantenidas al imatinib<sup>2-4</sup>.

Con nuestro caso clínico, queremos resaltar 2 hechos: en un primer lugar, el hecho de que ante un adenoma pleomórfico pulmonar siempre se debe llevar a cabo una exploración del área ORL para descartar que se trate de un tumor metastásico y, en segundo lugar,

**Figura 1.** TAC torácica. Imágenes nodulares en LID y de LSI.

resaltar la existencia de tumores huérfanos de tratamiento, lo que empeora sustancialmente su pronóstico.

**Bibliografía**

1. Kang DY, Yoon YS, Kim HK, Choi YS, Kim K, Shim YM, et al. Primary salivary gland-type lung cancer: Surgical outcomes. *Lung Cancer*. 2011;72:250-4.
2. Kanematsu T, Yohena T, Uehara T, Ushijima C, Asoh H, Yoshino I, et al. Treatment outcome of resected and nonresected primary adenoid cystic carcinoma of the lung. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2002;8:74-7.
3. Bobbio A, Copelli C, Ampollini L, Bianchi B, Carbognani P, Bettati S, et al. Lung metastasis resection of adenoid cystic carcinoma of salivary glands. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2008;33:790-3.
4. Pfeffer MR, Talmi Y, Catane R, Symon Z, Yosepovitch A, Levitt M. A phase II study of Imatinib for advanced adenoid cystic carcinoma of head and neck salivary glands. *Oral Oncol*. 2007;43:33-6.

Patricia Cruz Castellanos\*, Gabrielle D'Errico,  
Jesús Miranda y Javier de Castro Carpeño

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cruz.patricia@hotmail.com](mailto:cruz.patricia@hotmail.com) (P. Cruz Castellanos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.10.012>