

5. Kalra A, Fabius D, Gajera M, Palaniswamy C. Triad of interstitial pneumonia, eosinophilia, and eosinophilic pleural effusion: A rare paraneoplastic manifestation of lung adenocarcinoma. *Chest*. 2010;138(N.º 4 Meeting Abstracts):101A.

David Araújo<sup>a,\*</sup>, Leonor Meira<sup>a</sup>, Carlos Moreira<sup>b</sup>  
y António Morais<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Centro Hospitalario São João, Oporto, Portugal

<sup>b</sup> Servicio de Cuidados Paliativos, Centro Hospitalario São João, Oporto, Portugal  
<sup>c</sup> Faculdade de Medicina do Porto, Portugal

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [d.araujo90@hotmail.com](mailto:d.araujo90@hotmail.com) (D. Araújo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.04.015>

**Tumor fibroso solitario intrapulmonar:  
¿benigno o maligno?**



**Intrapulmonary Solitary Fibrous Tumors: Benign or Malignant?**

Sr. Editor:

Hemos tratado a una mujer de 59 años portadora de una masa pulmonar, que consultó por molestias en hemitórax izquierdo de tres meses de evolución. En la TC de tórax se evidenció una masa de 67 × 87 mm de bordes definidos, densidad de tejidos blandos y calcificaciones periféricas, en el lóbulo inferior izquierdo; y otra lesión en el mismo lóbulo de 26 × 39 mm de iguales características.

A 15 días del diagnóstico, y con estadificación clínica negativa, se realizó una lobectomía inferior izquierda con ampliación de la resección al diafragma. La anatomía patológica reveló dos tumores, una de 80 × 63 mm y otra de 45 × 34 mm con márgenes libres. Microscopia idéntica para ambas con informe de neoplasia de células fusadas, de núcleos alargados e hiper cromáticos, y áreas de células epitelioides. Fibras musculares diafragmáticas sin signos de infiltración neoplásica. Inmunohistoquímica positiva para CD34 y Bcl-2, con factor de proliferación (Ki67) del 2%. Diagnóstico de tumor fibroso intrapulmonar con compromiso pleural.

La paciente permaneció asintomática y libre de enfermedad hasta 16 meses del postoperatorio, cuando se detectan múltiples

nódulos compatibles con metástasis en pulmones, pleura, hígado, hueso y músculos (fig. 1).

Se realizó biopsia de pulmón y la anatomía patológica informó de las mismas características microscópicas que las lesiones previas, con factor de proliferación Ki67 del 10%.

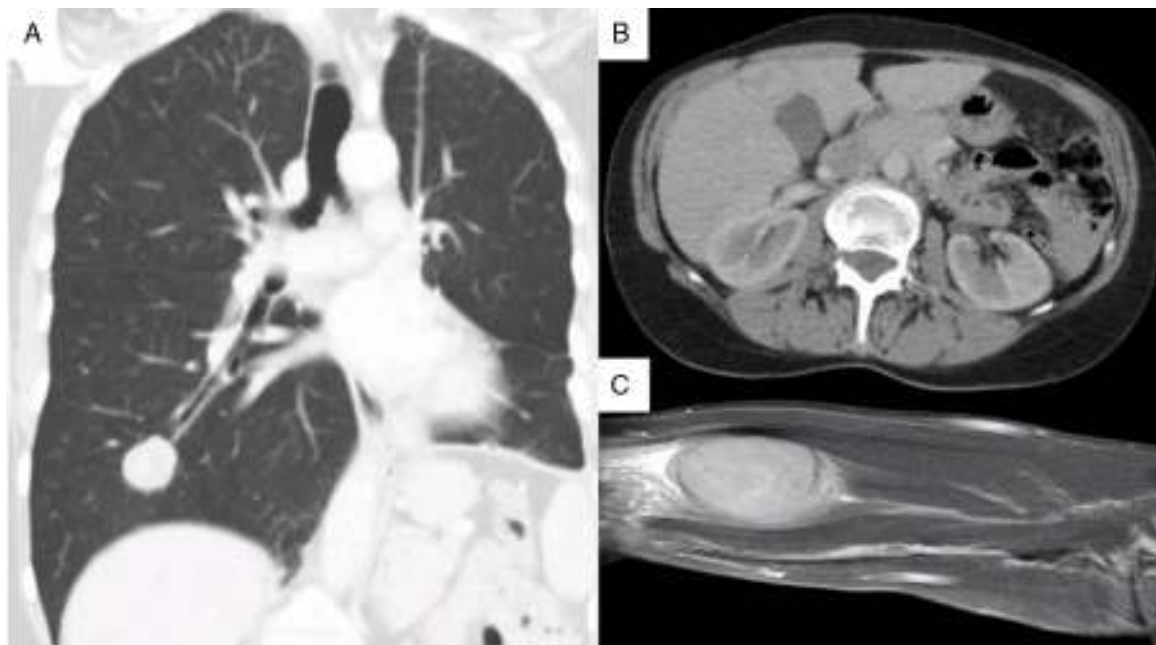
Se asumió el caso como tumor fibroso metastásico y en comité se decidió realizar cuatro ciclos de quimioterapia con adriblastina.

La enfermedad progresó con crecimiento de las lesiones, dolor, colestasis, síndrome pilórico y disnea. Posterior a esto, una biopsia incisional de una lesión en antebrazo reveló nuevamente las mismas características tumorales, pero esta vez con un factor de proliferación Ki67 del 25%.

Actualmente, a dos años del diagnóstico, la paciente está recibiendo tratamiento de segunda línea con paclitaxel con escasa respuesta y en plan de radioterapia local<sup>1,2</sup>.

El tumor fibroso intrapulmonar es muy raro y se forma a partir de los fibroblastos submesoteliales del parénquima pulmonar<sup>3</sup>. Es de lento crecimiento, comportamiento benigno y hallazgo incidental. Más raro aún es su comportamiento maligno, como es el caso que presentamos.

Radiológicamente se manifiesta como nódulo de márgenes definidos, con o sin calcificaciones en su interior y captación heterogénea de contraste intravenoso<sup>4</sup>. Histológicamente presenta las características antes mencionadas y es idéntico al tumor fibroso de



**Figura 1.** A) Tomografía computarizada de tórax, que muestra imagen nodular de 25 mm en campo pulmonar derecho, segmento basal. B) Corte tomográfico de abdomen donde se aprecia imagen en segmento V hepático, de aproximadamente 30 mm. C) Resonancia magnética que muestra formación nodular situada entre los planos musculares de la región palmar y tercio distal del antebrazo derecho de 50 × 30 × 20 mm.

pleura. La inmunohistoquímica es positiva para el anticuerpo CD34 en el 100% de los casos, anticuerpo CD99 en el 70%, Bcl-2, SMA y antígeno epitelial de membrana el 20% y vimentina en el 90%; y negativo para citoqueratinas, actina, desmina y proteína S100<sup>3</sup>.

La resección con márgenes libres es el tratamiento de elección<sup>4,5</sup>. La quimioterapia puede tener lugar en formas sistémicas, pero su utilidad no está bien esclarecida<sup>1,2</sup>.

La sobrevida a cinco años es mayor al 90%, la tasa de recurrencia en las formas benignas es del 1,4% y en las variantes malignas entre el 9 y el 19%, respectivamente<sup>3</sup>.

Debido al comportamiento biológico y al curso impredecible del tumor fibroso, como se observa en el caso presentado, es esencial el seguimiento a largo plazo.

## Bibliografía

1. Park M, Ravi V, Conley A, Patel S, Trent J, Lev D, et al. The role of chemotherapy in advanced solitary fibrous tumors: A retrospective analysis. *Clin Sarcoma Res.* 2013;3:7.
2. Levard A, Derbel O, Mééus P, Ranchere D, Ray-Coquard I, Blay J. Outcome of patients with advanced solitary fibrous tumors: The Centre Léon Bérard experience. *BMC Cancer.* 2013;13:109.

3. Sakellaridis T, Koukis I, Maroufidou T, Panagiotou I, Piyis A, Tsolakis K. Intrapulmonary solitary fibrous tumor masquerade sigmoid adenocarcinoma metastasis. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;46:295-8.
4. González JM, Varona Porres D, Andreu Soriano J, Montero Fernández MA. Tumor fibroso solitario intrapulmonar asociado a hemoptisis: a propósito de un caso. *Radiología.* 2012;54:182-6.
5. Sakurai H, Tanaka W, Kaji M, Yamazaki K, Suemasu K. Intrapulmonary localized fibrous tumor of the lung: A very unusual presentation. *Ann Thorac Surg.* 2008;86:1360-2.

Emiliano Schiavoni<sup>a,\*</sup>, Facundo Alvarez Padilla<sup>a</sup>  
y Mario Bustos<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Córdoba, Argentina

<sup>b</sup> Miembro de la Asociación Iberoamericana de Cirugía Torácica (AIACT)

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [schiavoniemiliano@gmail.com](mailto:schiavoniemiliano@gmail.com) (E. Schiavoni).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.06.001>

## Leiomiomatosis pulmonar benigna metastatizante, una causa excepcional de nódulos pulmonares



### *Pulmonary benign metastasizing leiomyoma, a rare cause of pulmonary nodules*

Sr. Director:

La leiomiomatosis pulmonar benigna metastatizante (LPBM) es una rara enfermedad que ocurre en mujeres en edad reproductiva con antecedentes de leiomionas uterinos (LU). Aunque histológicamente es benigna, puede metastatizar en órganos como el pulmón<sup>1</sup>.

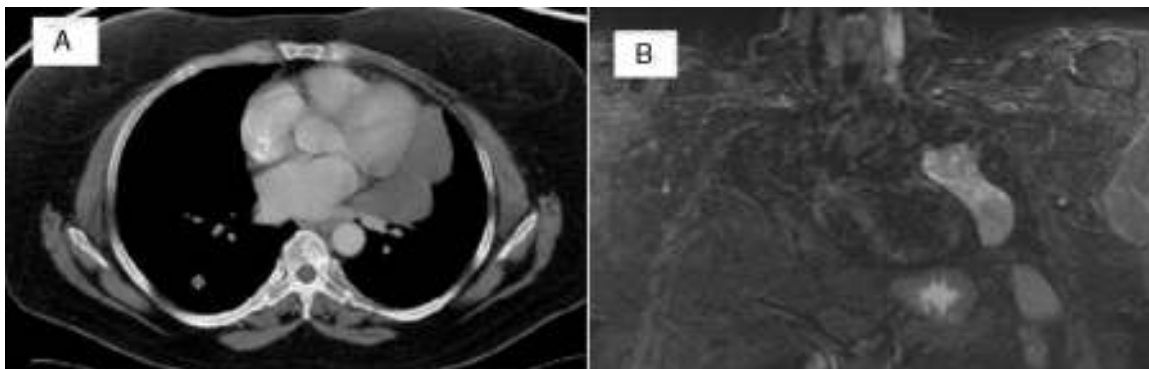
Mujer de 53 años, afecta de dolor abdominal crónico, fue remitida al objetivar en la tomografía axial computarizada (TAC) (fig. 1A) una masa de 6 cm en ovario izquierdo, múltiples nódulos pulmonares bilaterales y una masa sólido-quística de 11 cm paramediastínica izquierda. Tenía antecedentes de histerectomía por un LU 12 años antes, no era fumadora y estaba asintomática. La función pulmonar, la broncoscopia y la analítica fueron normales. En el PET-TAC no existía captación, y la resonancia magnética (fig. 1B) identificó una masa paramediastínica heterogénea, lobulada y bien definida.

La biopsia de un nódulo mostró tejido muscular liso sin atipia, con bajo índice mitótico, expresión de actina/desmina y receptores estrógenos/progesterona positivos, siendo compatible con leiomioma. La resección de la masa pélvica y paramediastínica confirmó que ambas eran leiomionas. Fue tratada con tamoxifeno 20 mg diarios y 3,5 mg mensuales de triptorelina, encontrándose estable en la actualidad.

EL LU es el tumor ginecológico benigno más frecuente en mujeres fértiles. Raramente, muestra crecimiento extrauterino, denominándose LPBM. No más de 100 casos han sido publicados, el primero por Steiner en 1939<sup>1</sup>.

La LPBM se caracteriza por múltiples nódulos de tejido muscular liso extrauterino, antecedentes de histerectomía por un LU y un período de latencia entre 3 y 20 años<sup>2,3</sup>. El órgano más afectado es el pulmón, pero ocasionalmente puede asentar en pleura, peritoneo, vena cava o corazón.

La mayoría son asintomáticos, y su forma de presentación es el hallazgo incidental de múltiples nódulos pulmonares, bien definidos y de diferentes dimensiones<sup>2</sup>, 70% bilaterales y 17% unilaterales, y solo excepcionalmente se manifiesta como nódulo solitario<sup>3</sup>. Más infrecuente es el patrón miliar o las lesiones quísticas o cavitadas.



**Figura 1.** A) TAC torácica que muestra un corte transversal de la masa paramediastínica izquierda y un nódulo en el segmento 6 derecho que se biopsió. B) Resonancia magnética torácica que muestra masa paramediastínica izquierda de 11 cm heterogénea, con componente sólido y quístico, lobulada y de contornos bien definidos.