



FIBROHISTIOCITOMAS-SEUDOTUMORES INFLAMATORIOS DE PULMON: A PROPOSITO DE DOS CASOS

A. ORUETA, F. RODRIGUEZ SALVANES, J. FRAGA*, L. FERNANDEZ FAU, PUN YATWAH, J. PRIETO VICENTE, J. ANCOCHEA BERMUDEZ** y A. GONZALEZ GONZALEZ**

Servicio de Cirugía Torácica, Servicio de Anatomía Patológica* y Servicio de Neumología**. Hospital de la Princesa. Universidad Autónoma. Madrid.

Se presentan dos casos deseudotumor inflamatorio de pulmón, también llamado fibrohistiocitoma o xantoma plasmático, operados recientemente. Aunque las características clínicas de ambos pacientes son diferentes y las imágenes radiológicas son también distintas, las piezas resecaadas y su histología son muy similares. Se revisa la literatura en relación sobre todo con la patogenia tumoral o inflamatoria de la lesión. Se describe la metódica diagnóstica ante cualquier masa o nódulo pulmonar y se diseñan las indicaciones y la estrategia quirúrgicas más adecuadas.

Fibrohistiocytomas-inflammatory pseudotumours of the lung: report of two cases

We report two cases of inflammatory pseudotumour of the lung, also known as fibrohistiocytoma or plasmatic xanthoma, that were recently resected in our center. Even though clinical features and radiological images were different in the two patients, both surgical samples and their histology proved to be very similar. A literature review focused mainly on the tumoral or inflammatory pathogenesis of this conditions is also provided. The diagnostic outline for the assessment of a pulmonary mass or node as well as the most adequate surgical indications and approaches are described.

Arch Bronconeumol 1988; 24:25-28

Introducción

Los tumores pulmonares benignos son poco frecuentes. Entre ellos existe un grupo de difícil catalogación, que han sido considerados como formas tumorales fibrohistiocitarias o como procesos inflamatorios de evolución tórpida. El términoseudotumor inflamatorio es el que más se utiliza en la actualidad y, como tal, se han descrito en estos últimos años varios casos de localización pulmonar¹⁻⁴.

Recientemente hemos tenido ocasión de tratar una paciente con un tumor de estas características que, unido a otro caso operado hace seis años, originan esta acumulación.

Material y métodos

Caso 1. Varón que a los ocho años, por padecer frecuentes episodios catarrales, le descubren una imagen radiológica anormal en el hemitórax derecho. No refiere expectoración ni hemoptisis ni otros síntomas de interés. Crecimiento normal. A los 13 años, se le recomienda que sea operado por la sospecha de

quiste hidatídico de pulmón (figs. 1 y 2). Mediante toracotomía derecha (1978), tras biopsia peroperatoria, se reseca una formación nodular de consistencia firme, bien delimitada de $5 \times 4 \times 5$ cm de diámetro, que al corte presenta un aspecto fasciculado con una colaboración grisácea con pequeños focos amarillentos. Diagnóstico anatomopatológico: fibrohistiocitoma. Curso postoperatorio sin incidentes. En la actualidad está completamente sano y hace vida normal.

Caso 2. Mujer de 26 años, casada. Comienza con dolor de costado derecho, fiebre, tos y expectoración no purulenta ni hemorrágica. Fumadora de 10 cigarrillos al día. En la analítica, destacan 11.700 leucocitos, con fórmula normal. Mantoux 15×32 mm. ECG normal. RX tórax: masa pulmonar de 6-8 cm en lóbulo inferior derecho (figs. 3 y 4). El TAC (fig. 5) muestra tumoración bien limitada de densidad homogénea con afectación pleural. Citología negativa para células malignas. Aglutinotest al equinococo, negativo. Fibrobroncoscopia: pirámide basal derecha edematosa con estenosis del bronquio segmentario 7. No tumor intrabronquial, citología y BAAR por cepillado, negativos. Toracotomía derecha noviembre 1986. Lóbulo inferior con signos de inflamación; en su interior una masa de unos 6 cm, de consistencia dura. Lobectomía inferior. La pieza incluye una tumoración intraparenquimatosa de $6 \times 6 \times 5$ cm, bien delimitada, no encapsulada, de consistencia firme y de coloración blanquecina con áreas amarillentas. La tumoración no invade el bronquio pero hace protrusión en su pared y en la cara medias-tínica. Diagnóstico anatomopatológico: pseudotumor inflamatorio. Alta a los 14 días. Reingresa un mes más tarde con empiema y fistula bronquial; decorticación parcial, cierre de un pequeño orificio bronquial; aspiración energética de la cavidad. Alta a los 28 días por curación total.

Presentado como póster en el XX Congreso de la SEPAR. San Sebastián. Junio 1987.

Recibido EL 6-4-1987 y aceptado el 3-7-1987.



Fig. 1. Caso 1. Corte tomográfico de hemitórax derecho. Imagen redondeada de bordes nítidos y regulares y densidad homogénea.

Descripción microscópica. En ambos casos se observa una imagen histológica semejante, caracterizada por una proliferación de células fusiformes que se disponen en fascículos cortos, entrelazados, acompañados de focos de celularidad inflamatoria de predominio crónico con presencia de células plasmáticas e histiocitos, algunos de ellos xantomizados, los cuales se disponen formando pequeños acúmulos. Se reconocen áreas de fibrosis distribuidas en forma parcheada con aisladas figuras de mitosis. Existen unas ligeras diferencias entre los dos casos, que estriban en un mayor componente inflamatorio en el segundo, con presencia en amplias áreas de un estroma edematoso que separa entre sí los fascículos de células fusiformes. Por el contrario, en el primer caso, los fascículos celulares se encuentran más densamente compactos con escaso edema (figs. 6 y 7).

Comentarios

El interés de comentar estos dos casos presenta una doble vertiente. En primer lugar, existe en la literatura una cierta indeterminación respecto a lo que, en rigor, corresponden los diversos nombres que ha recibido esta lesión a través del tiempo.

Así, fue denominada xantoma fibroso de pulmón⁵, histiocitoma⁶ y fibrohistiocitoma⁷. Pero en los últimos años suelen llamarse pseudotumores inflamatorios¹⁻⁴ o granulomas de células plasmáticas⁸. Ello indica, seguramente, un cambio en la orientación patogénica de esta lesión cuya morfología simula un tumor pero cuya histología de-

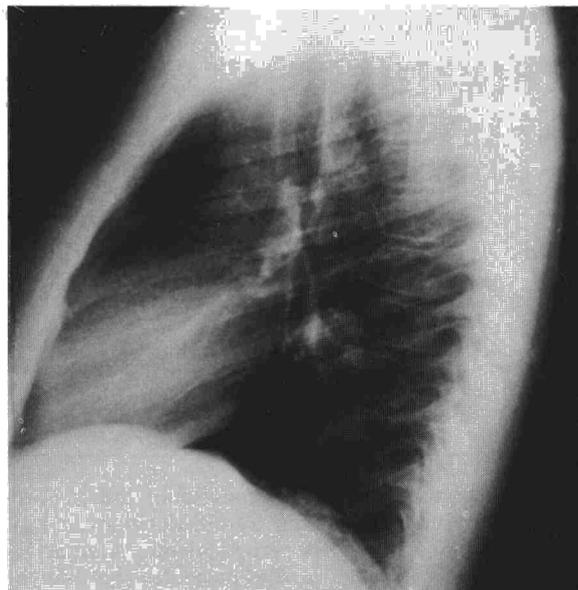


Fig. 2. Caso 1. Radiografía lateral de tórax. La misma imagen localizada en segmento 6.

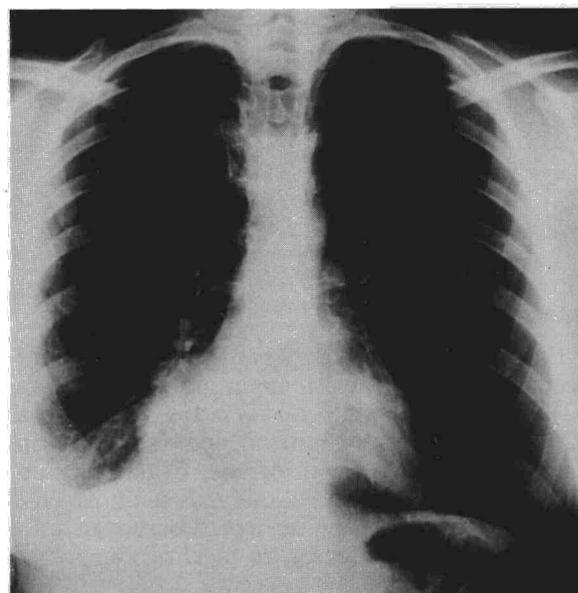


Fig. 3. Caso 2. Radiografía PA de tórax. Imagen paracardíaca de bordes mal definidos. Derrame pleural.

nuncia su abolengo reactivo⁹. A causa de su rareza es difícil obtener información suficiente. Sin embargo, parece que su parentesco con el fibrohistiocitoma de piel y tejido subcutáneo es cada vez más remoto y, en cambio, ha ido tomando prestigio la idea de que se trata de una reacción inflamatoria con respuesta inmunológica peculiar^{3,10}. Los caracteres clínicos no sirven para marcar una separación entre formas tumorales e inflamatorias. En los cerca de 200 casos recogidos en la literatura con el nombre de pseudotumor o fibrohistiocitoma de pul-

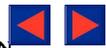


Fig. 4. Caso 2. Radiografía lateral de tórax. Masa redondeada en segmento 7.



Fig. 5. Caso 2. Corte transversal de TAC torácico. Densidad no homogénea de la masa yuxtamediastínica.

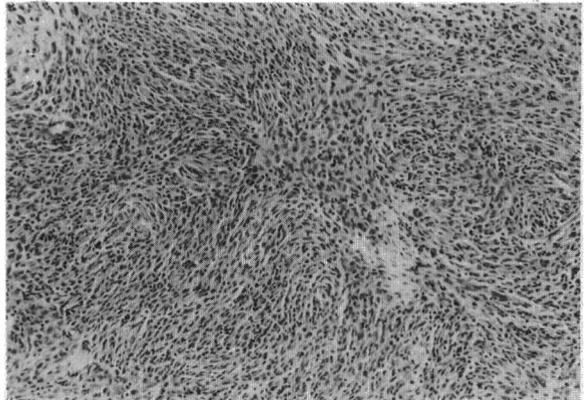


Fig. 6. Caso 1. Tumoración densamente celular con patrón «storiforme» y con acúmulos de histiocitos xantomizados en ángulo superior izquierdo ($\times 100$).

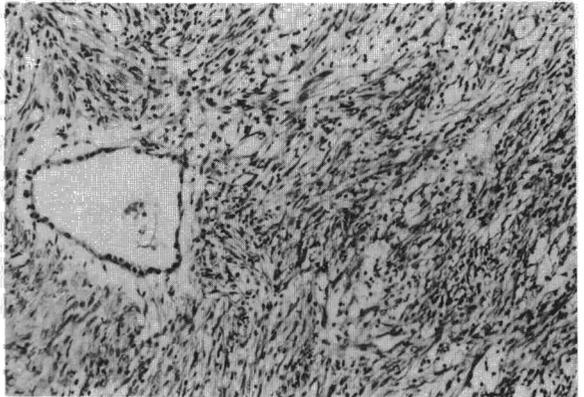


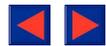
Fig. 7. Caso 2. Proliferación de células fusiformes con elementos inflamatorios sobre un fondo edematoso. Espacio aéreo atrapado por la tumoración ($\times 100$).

món no aparecen datos específicos. Ni la edad (30 años la edad media de aparición) ni la raza, sexo o ambiente, sirven de diferenciación. Además, la mayor parte —70 %— son asintomáticos. Los síntomas más frecuentes son: tos, eventualmente con expectoración hemoptoica, dolor y fiebre.

Nuestros dos casos pudieran ser expresivos de esta pretendida disparidad. El caso número 1 se mantuvo cinco años asintomático. A su descubrimiento se pensó en un quiste hidatídico de pulmón y con esta sospecha fue operado. La masa bien delimitada y con diagnóstico histológico por congelación de clara benignidad que no requirió sino la simple extirpación ante la ausencia de reacción inflamatoria. El caso número 2, por el contrario, presentaba una sintomatología acusada. Tenía lesiones bronquiales y pleurales puestas de manifiesto por la broncoscopia y el TAC. La fístula bronquial y el empiema postoperatorio son complicaciones que refuerzan la participación extraparenquimatosa. Sin embargo, el aspecto macroscópico de los dos tumores es muy similar, y del estudio histológico, aunque ligeramente distinto en cada uno de ellos, no pueden extraerse conclusiones válidas.

Otro aspecto que juzgamos importante, desde un punto de vista más general, es el de la actitud diagnóstica y terapéutica ante un nódulo pulmonar

solitario. Como en toda masa intratorácica hay que seguir un protocolo diagnóstico-terapéutico convencional y, en ausencia de evidencia por métodos no invasivos, no debe dudarse en realizar la punción-aspiración transtorácica. Con la sospecha fundada de un pseudotumor —sobre todo si existe alguna reserva sobre su naturaleza benigna, o no



hubiéramos llegado a un diagnóstico cierto— y aunque se han descrito casos de desaparición espontánea⁴, la toracotomía estará sólidamente indicada. Sólo en el caso de que el material obtenido por punción demuestre con toda claridad que se trata de un seudotumor inflamatorio y que por el TAC y la broncoscopia se descarte la participación de estructuras vecinas, estaría justificada la conducta expectante; pero aun así, siempre se debe exigir una estrecha vigilancia periódica para indicar la intervención a la menor sospecha. En cuanto a la cantidad de tejido a resear, parecen aconsejables las resecciones económicas —previa biopsia peroperatoria— incluso la simple enucleación, pero sin olvidar que en dos casos publicados de enucleación se produjo recidiva local⁹.

BIBLIOGRAFIA

1. Golbert ZV, Pletnev SD. On pulmonary «pseudotumors». *Neoplasma* 1967; 14:189-198.
2. Roscher AA, Endlich HH. Inflammatory pseudotumors of the lung. *Int Surg* 1970; 53:268-278.
3. Berardi RS, Lee SS, Chen HP, Stines GJ. Inflammatory pseudotumors of the lung. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156:89-96.
4. Mandelbaum I, Brashear RE, Hull MT. Surgical treatment and course of pulmonary pseudotumor. Plasma cell granuloma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981; 82:77-82.
5. Wentwort P, Lynch MJ, Fallis BA, Turner JAP, Lowden JA, Conen PE. Xantomatous pseudotumor of the lung. A case report with electron microscope and lipid studies. *Cancer* 1968; 22:345-355.
6. Bates T, Hull OH. Histiocytoma of the bronchus. Report of a case in a six-year-old child. *Am J Dis Child* 1958; 95:53-56.
7. Lago-Viguera J, L. Pujol J, Domínguez Reboira S, Larrauri J, Schacke de Miguel L. Fibrous histiocytoma of the lung. *Thorax* 1976; 31:475-479.
8. Bahadori M, Liebow AA. Plasma cell granulomas of the lung. *Cancer* 1973; 31:191-208.
9. Umiker WO, Iverson L. Postinflammatory «tumors» of the lung. Report of four cases simulating xanthoma, fibroma or plasma cell tumor. *J Thor Surg* 1954A; 28:55-63.
10. Kuzela DC. Ultrastructural study of a postinflammatory «tumor» of the lung. *Cancer* 1975; 36:149-156.