

## CASO PROBLEMA

L. MARTI-BONMATI, E. JULIA MOLLA, T. RIPOLLES GONZALEZ,  
E. MENOR SERRANO y E. SIFRE MARTINEZ

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de la S.S. La Fe. Valencia.

### Presentación del caso

Mujer de cincuenta y tres años de edad, que desde hace un mes presenta dolor en región escapular derecha, disnea progresiva y tos seca en forma de accesos. Últimamente refiere disfagia, primero para sólidos y posteriormente para líquidos.

A la auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular disminuido en mitad superior de hemitórax derecho con disminución de la transmisión de vibraciones vocales.

Los estudios complementarios de laboratorio son normales, excepto una VSG 25/56 y la intradermoreacción de Cassoni positiva.

En las radiografías de tórax (figs. 1 y 2) se observan dos tumoraciones redondeadas de contornos precisos, homogéneas, sin calcio en su interior, de 10 cm de diámetro la situada en el lóbulo superior derecho y de 6 cm la del lóbulo superior izquierdo. En los estudios radiológicos con bario se evidenció una impronta extrínseca del esófago. Posteriormente se realizó una broncoscopia que mostraba una gran compresión extrínseca del tercio distal de la tráquea con indemnidad de la mucosa.

Operada prácticamente de urgencia por agravación de su disnea, se encuentra en la toracotomía una gran tumoración que comprime el resto de pulmón y mediastino, infiltrando a ambos. Se intenta la resección paliativa con el fin de descomprimir las estructuras mediastínicas (esófago y tráquea) resultando técnicamente imposible.

En el postoperatorio la enferma no se puede desintubar y se le administran seis ciclos de radioterapia, muriendo ocho días después de la operación por parada cardíaca.

**Diagnóstico: histiocitoma fibroso maligno del pulmón**

### Comentarios

El histiocitoma fibroso maligno (HFM) es el tumor de partes blandas más frecuente en el adulto, ocurriendo la mayoría de los casos entre la quinta y

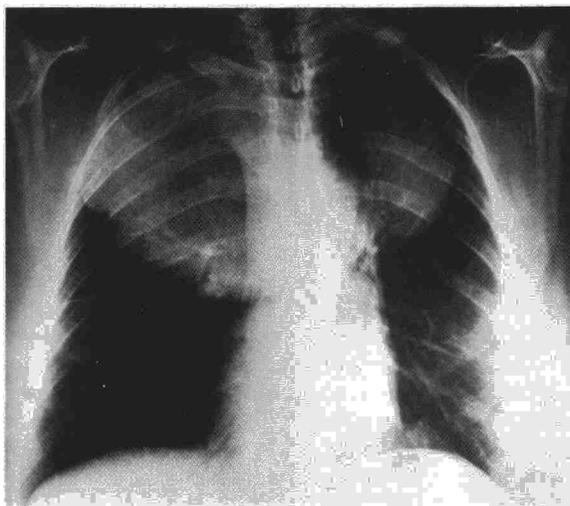


Figura 1



Figura 2

Recibido el día 6-9-1985 y aceptado el 12-11-1985.



séptima década de la vida, con predominio del hombre sobre la mujer (2:1)<sup>1</sup>.

La localización más frecuente es la extremidad inferior, seguida de la superior y el retroperitoneo, aunque puede aparecer en las estructuras de sostén de varios órganos como laringe, cerebro, ojo, mediatino y otros muchos<sup>2-5</sup>.

El HFM casi nunca se presenta como un tumor metastásico sin evidencia clínica de la lesión primaria —una observación útil en la evaluación de una neoplasia celular aislada en pulmón o nódulos linfáticos<sup>6</sup>. Los implantes metastásicos se presentan predominantemente en forma nodular<sup>7</sup> y dentro de los dos años posteriores al diagnóstico. Por orden de frecuencia afectan al pulmón (82 %), nódulos linfáticos (32 %), hígado (15 %) y hueso (15 %).

Con respecto a la localización primaria pulmonar, como parece ser nuestro caso, aunque no se realizó estudio necrópsico, no hemos encontrado en la literatura revisada ningún antecedente de presentación bilateral, aunque se admite la posible existencia de lesiones nodulares satélites separadas por gran cantidad de tejido sano<sup>7</sup>.

Macroscópicamente las lesiones aparecen como masas carnosas solitarias, grisáceas o blanquecinas, de un diámetro aproximado entre 5 y 10 cm. Radiológicamente tienen un contorno bien circunscrito aunque a menudo infiltran los tejidos vecinos a gran distancia a pesar de no ser visible macroscópicamente; esto favorece su alta incidencia de recurrencia local (estimada en un 44 %). Estas masas suelen ser redondeadas, ocasionalmente con lobulaciones, homogéneas y sin calcio ni cavitación<sup>8</sup>.

El diagnóstico diferencial radiológico debe de hacerse con todas aquellas masas superiores a 4 cm de diámetro, y dentro de ellas principalmente (al considerar la clínica) con el carcinoma broncogénico y las metástasis, y con menor probabilidad el adenoma bronquial, quistes, pseudotumor inflamatorio (que incluye la variedad benigna del HFM) y el linfoma<sup>9</sup>.

Hemos de reseñar que en todos los casos descritos en la literatura revisada el diagnóstico se realizó postoperatoriamente.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Weiss SW, Enzinger FM. Malignant fibrous histiocytoma: an analysis of 200 cases. *Cancer* 1978; 41:2250-2256.
2. Canalis RF, Green M, Konrad HR, Hirose FM, Cooper S. Malignant fibrous xanthoma of the larynx. *Arch Otolaryngol* 1975; 101:135-137.
3. González-Vitale JC, Slavin RE, McQueen JD. Radiation-induced intracranial malignant fibrous histiocytoma. *Cancer* 1976; 2960-2963.
4. Delgado-Partida P, Rodrigues-Trujillo F. Fibrosarcoma (malignant fibroxanthoma) involving conjunctiva and ciliar body. *Am J Ophthalmol* 1972; 74:479-485.
5. Franquet Casas T, Gil López JA, San Julián Artola M. Histiocitoma fibroso maligno de localización mediastínica. Presentación de un caso. *Radiología* 1981; 23:455-458.
6. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. Ed Mosby 1983; 166-196.
7. Feldman F, Norman D. Intra- and extraosseus malignant histiocytoma (Malignant fibrous xanthoma). *Radiology* 1972; 104:497-508.
8. Kern WH, Hughes RK, Meyer BW, Harley DP. Malignant fibrous histiocytoma of the lungs. *Cancer* 1979; 44:1793-1801.
9. Reeder MM, Felson B. Gamuts in radiology. Published by Audiovisual Radiology of Cincinnati, Inc 1975.