

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO PULMONAR (FIBROXANTOMA)

E. CANALIS ARRAYAS, E. IGLESIAS GARCIA*, C. CANGA GONZALEZ**,
F. ALVAREZ CARREÑO***, C. HERNANDEZ ORTIZ y A. ROIG VERGE

Sección de Cirugía Torácica.
Servicio de Anatomía Patológica*. Servicio de Radiología**.
Sección de Neumología***. Hospital Ntra. Sra. de Covadonga.
Oviedo.

Los autores describen un caso de fibroxantoma pulmonar, tumor benigno de escasa incidencia. Su evolución, como nódulo pulmonar solitario asintomático e indagnosticado, conocido desde hacía siete años, fue favorable hasta que tras un embarazo reciente creció rápidamente convirtiéndose en una masa, en situación apical del lóbulo inferior derecho, con fuerte expresión clínica: tos, hemoptisis, osteoartropatía hipertrofica pulmonar. Tras la resección, la paciente está asintomática. Se comentan los detalles clínicos, anatomopatológicos y pronósticos de este raro tumor, en el contexto de la literatura revisada.

Arch Bronconeumol 1985; 21:137-139

Inflammatory pulmonary pseudotumor

Pulmonary fibroxanthoma is an infrequently seen benign tumor. In the case described below, it developed as a non-diagnosed, solitary pulmonary nodule which remained symptom free for seven years. Following childbirth it rapidly became a large mass at the apex of the right lower lobe with clinical symptoms which included cough, hemoptysis and hypertrophic pulmonary osteoarthropathy. Resection of the mass elicited a favourable response and the patient remains symptom free. The pertinent literature is reviewed and the clinical and anatomopathological features and prognosis for this rare tumor discussed.

Introducción

Los tumores broncopulmonares benignos son poco frecuentes cuando se compara su incidencia y las del cáncer y las lesiones inflamatorias del pulmón. Representan entre el 4 y el 13 % de toda la patología tumoral broncopulmonar, según las fuentes que se consulten. De acuerdo con todas las series y revisiones publicadas, los más frecuentes de entre ellos son, con mucho, los adenomas, si bien su carácter «benigno» es más que discutible, seguidos de los hamartomas¹.

Existen tumores cuya incidencia porcentual es, por exigua, difícilmente cuantificable, caracterizados por la proliferación localizada y benigna con predominio de células plasmáticas, con la presencia de elementos reticuloendoteliales y formas plasmocitoides intermedias. Aunque a menudo han sido designados *pseudotumores*² o *pseudotumores inflamatorios*, otros autores han preferido el término *granuloma de células plasmáticas*³, si bien éste no provee información sobre la naturaleza esencial de la lesión, prestándose a confusión con el plasmocitoma, tumor maligno que nada tiene que ver con los pseudotumores inflamatorios.

Recibido el 4-9-1984 y aceptado el 7-11-1984.

Pueden estar presentes otros tipos celulares, generalmente en menor proporción, por ejemplo células mononucleares con grasa en su citoplasma, debido a lo cual se han usado los términos de *histiocitoma*⁴, *xantoma*, *fibroxantoma* y *xantogranuloma*. Para añadir confusión al uso indistinto de todos estos términos, consideremos la aplicación del término pseudotumor al hemangioma esclerosante y al pseudolinfoma cuando son entidades distintas a las que nos ocupan.

Dadas las escasas revisiones y casos publicados tanto por autores españoles⁴⁻⁷ como extranjeros, consideramos de interés comunicar el de una paciente diagnosticada de fibroxantoma pulmonar en nuestro hospital.

Observación clínica

Mujer de 37 años, no fumadora, alérgica a la penicilina. Amigdalectomizada a los 5 años. Salmonelosis a los 30 años. Vive en medio rural; contacto doméstico con perros. Cuatro embarazos y partos eutócicos. Desde hace siete años, diagnosticada de nódulo pulmonar solitario en lóbulo inferior derecho; seguía control mediante radioscopia anual, sin que su médico objetivara cambios en las características del nódulo hasta la actualidad.

Seis meses antes de su ingreso, inmediatamente después del último parto, empieza a aquejar poliartalgias en las cuatro

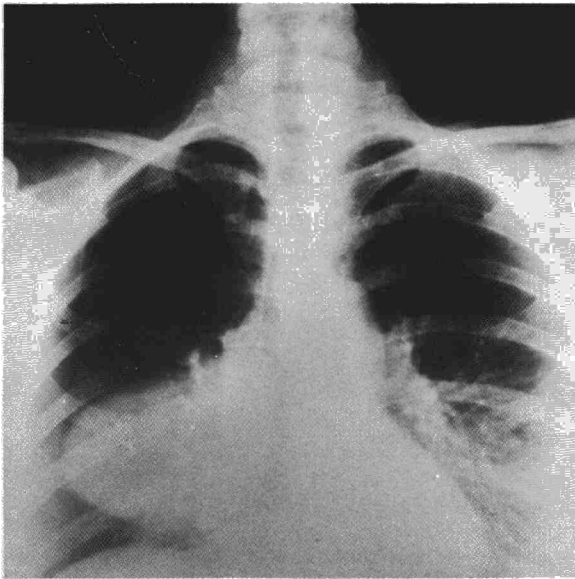
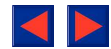


Fig. 1. Radiografía posteroanterior, en la que la masa pulmonar aparece en campo medio de hemitórax derecho.

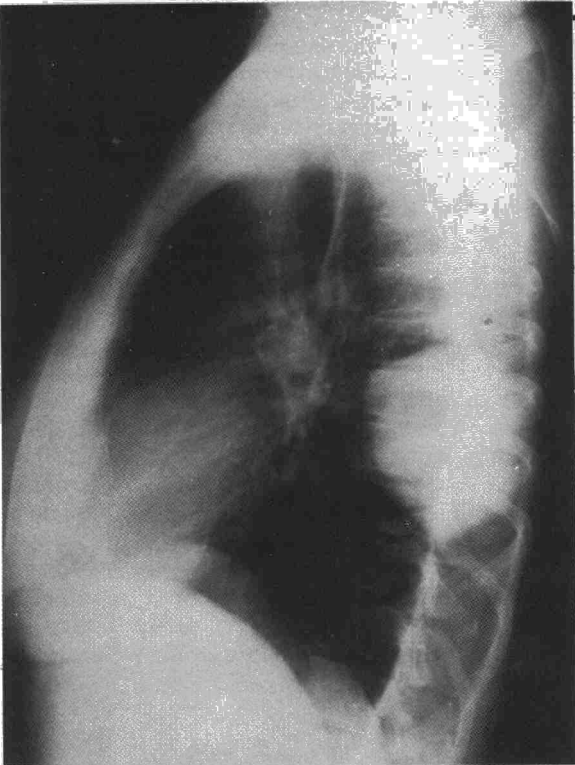


Fig. 2. Proyección lateral, que sitúa la lesión a nivel posterior, correspondiendo a segmento apical del lóbulo inferior.

extremidades, sin signos inflamatorios, y parestesias en ambas manos, que son pasajeras, sin una distribución neurológica concreta, y sin que la paciente explique cambios vasomotores ni relación con causas desencadenantes. También sufre febrícula vespertina; tanto los cuadros álgicos como la fiebre ceden con ácido acetilsalicílico. Durante el mes anterior a su ingreso presenta tos productiva, ocasionalmente hemoptoica, lo que motiva que acuda a revisión por su patología conocida de nódulo pulmonar. Dicho nódulo ha pasado a ser una masa, con las

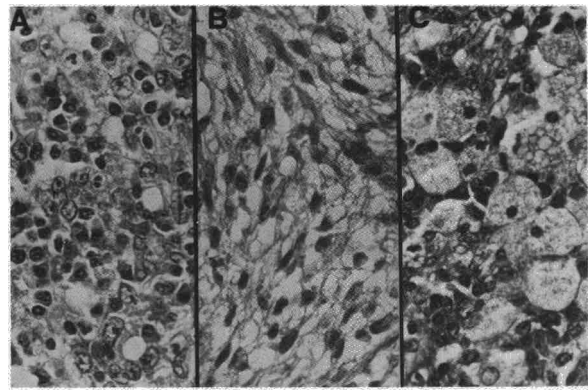


Fig. 3. a) Abundantes células plasmáticas, siempre acompañadas de elementos mesenquimales de aspecto histiocitario. b) Zona de celularidad predominantemente fibroblástica, en la que destaca la escasa colagenización; en estas áreas las células plasmáticas son escasas. c) Acúmulo de histiocitos espumosos, rodeados por una densa celularidad polimorfa.

características radiológicas que se describen al pie de las figuras 1 y 2, lo que justifica su ingreso para diagnóstico y tratamiento en nuestro hospital.

En la exploración llama la atención una marcada acropaquia, siendo el dedo más patológico el índice de la mano derecha, con un ángulo hiponiquial de 197°. Discreta disminución del murmullo vesicular y matidez a la percusión en la mitad postero-inferior de hemitórax derecho. Resto de la exploración física, normal.

Hemograma, bioquímica de sangre y orina, pruebas de coagulación, electrocardiograma y funcionalismo pulmonar, dentro de la normalidad. Intradermorreacción de Mantoux y pruebas serológicas para hidatidosis y aspergilosis, negativas.

En la serie ósea no se aprecian imágenes sugestivas de metástasis ni otra patología osteoarticular. Ecografía abdominal, sin hallazgos patológicos.

Examen seriado de esputos, para bacteriología y citología, sin resultados positivos.

Exploración fibrobroncoscópica dentro de la normalidad, excepto distorsión bronquial a nivel de bronquio segmentario apical del lóbulo inferior.

Se efectúa toracotomía lateral derecha, hallando tumoración localizada en segmento apical del lóbulo inferior, esférica, de unos 8 cm de diámetro, delimitada por una fina cápsula. Tras su punción, se comprueba la ausencia de líquido en su interior. Se lleva a cabo una exéresis completa de la misma, mediante segmentectomía atípica, estando indemne el resto del lóbulo inferior. El resultado del examen anatómopatológico intraoperatorio, que concuerda con el definitivo, es de pseudotumor inflamatorio (fibroxantoma) pulmonar, cuyos detalles histopatológicos describimos al pie de la figura 3 y discutimos más adelante.

No se observó crecimiento en los cultivos de tejido patológico en medios estándar ni en los enriquecidos para bacilos de Koch y hongos.

Desde la resección, la paciente no ha vuelto a sufrir dolores ni parestesias, ni tampoco hipertermia. Hemos objetivado incluso una regresión de la acropaquia, pasando a ser el ángulo hiponiquial del índice de la mano derecha de 190° a los dos meses de la intervención.

Comentarios

Este tipo de tumoración benigna suele debutar como hallazgo radiológico casual de un nódulo o masa pulmonar, y mucho más raramente de un infiltrado. En caso de haber síntomas, la tos es el más frecuente, seguido de la expectoración hemop-



toica y el dolor torácico. En nuestra paciente se dieron los dos primeros.

Antes del nuestro se han descrito solamente dos casos con hipocratismo digital⁸. Aunque no encontramos signos de periostitis en huesos largos desde el punto de vista radiológico, podemos hablar de una forma incompleta de osteoartropatía hipertrófica pulmonar, por la presencia de poliartalgias que han desaparecido tras la intervención y acropaquia que también tiende a resolverse.

Creemos de interés subrayar algunas de las características histológicas de este tumor, que permitieron su diagnóstico de acuerdo con criterios previamente establecidos⁹:

1) La diversidad celular en diferentes áreas del tumor. En algunas zonas —las más numerosas— el predominio es de células plasmáticas, aunque en todo lugar están acompañadas por células de aspecto fibrohistiocitario. Este último rasgo y la ausencia de atipia en los plasmocitos distinguen a esta lesión del verdadero plasmocitoma.

2) La presencia de acentuado pleomorfismo entre las células mesenquimales, que varían desde las que poseen grandes núcleos vesiculosos hasta los pequeños núcleos redondeados de histiocitos típicos, pasando por células de aspecto fibroblástico. También se aprecian algunas mitosis. A pesar de estos hallazgos, el polimorfismo y la buena diferenciación celular de muchas zonas sugieren benignidad.

3) Ninguno de los campos estudiados sugiere apariencia hemangiopericítica. En estudios ultraestructurales publicados sobre este tipo de tumores, se describe la presencia de pericitos, junto con fibroblastos, miofibroblastos, histiocitos y células mesenquimales primitivas o indiferenciadas¹⁰.

4) La existencia de áreas de necrosis y de infiltración por polimorfonucleares.

5) La encapsulación por gruesas bandas de colágena parcialmente hialinizadas.

La causa del pseudotumor inflamatorio de pulmón es desconocida. La posibilidad de una patogénesis determinada inmunológicamente debe tenerse en cuenta en cualquier lesión que contenga gran número de células plasmáticas. En nuestro caso, se detectó un crecimiento acelerado de un nódulo pulmonar, pasando a ser incluso sintomático, inmediatamente después de un embarazo. En cual-

quier caso, sigue sin explicarse por qué no experimentó cambios el nódulo durante o después de embarazos anteriores, quedando igualmente en la oscuridad el mecanismo desencadenante o favorecedor de su progresión.

El pronóstico es excelente, máxime cuando se ha llevado a cabo una resección total del tumor. Dado que se han observado resoluciones totales de masas correspondientes a ese tipo de lesión que habían sido biopsiadas pero no extirpadas, se ha propuesto que estos tumores no son subsidiarios de resección, o bien ésta debe ser lo más conservadora posible, siempre que haya certeza diagnóstica garantizada por una biopsia satisfactoria². En nuestro caso se cumplió mediante la toracotomía la doble finalidad diagnóstica y terapéutica, con poco sacrificio de parénquima pulmonar sano, pues se llevó a cabo una segmentectomía atípica del segmento apical del lóbulo inferior derecho, donde estaba localizada la tumoración.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez-Lloret J. Clasificación de los tumores broncopulmonares benignos. *Arch Bronconeumol* 1980; 16:5-7.
2. Mandelbaum I, Brashear RE, Hull MT. Surgical treatment and course of pulmonary pseudotumor (plasma cell granuloma). *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981; 82:77-82.
3. Bahadori M, Liebow AA. Plasma cell granulomas of the lung. *Cancer* 1973; 31:191-208.
4. Lago JV, Pujol JL, Reboiras J, Larrauri J, Schacke De Miguel I. Fibrous histiocytoma of the lung. *Thorax* 1976; 31:475-479.
5. Val Bernal JF, Garijo Ayensa MF, Echavarrri C. Pseudotumores inflamatorios (histiocitomas) del pulmón. *Patología* 1973; 6:43-54.
6. Gómez-Rivas B, Ull Laita M, Romín Piñana JM. Pseudotumor inflamatorio de pulmón en la infancia (histiocitoma). *An Esp Ped* 1976; 9:53-68.
7. Reventós J, Rodríguez Méndez F, Sandiumenge M. El granuloma a células plasmáticas o histiocitoma del pulmón. *Arch Bronconeumol* 1978; 14:40-42.
8. Bates T, Hull OH. Histiocytoma of the bronchus. Report of a case in a 6-year-old child. *Am J Dis Child* 1958; 95:53-56.
9. Carter D, Eggleston JC. Tumors of the lower respiratory tract. En *Atlas of Tumor Pathology*. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC 1980.
10. Kuzela DC. Ultrastructural study of a postinflammatory «tumor» of the lung. *Cancer* 1975; 36:149-156.