

CARTAS AL DIRECTOR

Una rara causa de nódulo pulmonar: mixoma (a propósito de 1 caso)

Sr. Director: Aunque los procesos etiológicos capaces de manifestarse como nódulo pulmonar solitario son muy variados¹ y conocidos, hemos tenido la oportunidad de contemplar una patología sumamente infrecuente: se trata de un mixoma pulmonar del cual solamente pudimos recoger tres citas bibliográficas²⁻⁴.

La paciente, de 50 años de edad, acude a nuestro centro con un cuadro de astenia y anorexia. Todas las pruebas analíticas, incluidos los tests de hidatidosis, fueron normales o negativos, así como la citología de esputo y la broncoscopia-citología.

En el estudio radiológico (fig. 1), llama la atención un nódulo pulmonar, bien delimitado, de 2,5 x 3 cm, en región parahiliar derecha. Las tomografías practicadas no demostraban calcio ni cavitación.

Dada la falta de radiología previa, se procedió a toracotomía sin practicar punción-aspiración y/o tomografía computarizada. Durante la intervención se encontró un tumor ovoide encapsulado, junto a la adventicia de la arteria pulmonar descendente derecha y próximo a la cisura mayor.

La histología (fig. 2) puso de manifiesto la presencia de células estrelladas inmersas en estroma mixoide por lo cual se emitió el diagnóstico de mixoma pulmonar.

Dicho tumor es sobradamente conocido por su localización cardiaca, aunque puede encontrarse en otros tejidos, especialmente subcutáneo y aponeurótico^{2,5}.

En lo que respecta a las vías aéreas, su aparición es rara⁶, siendo excepcional su ubicación en parénquima pulmonar^{2,4}.

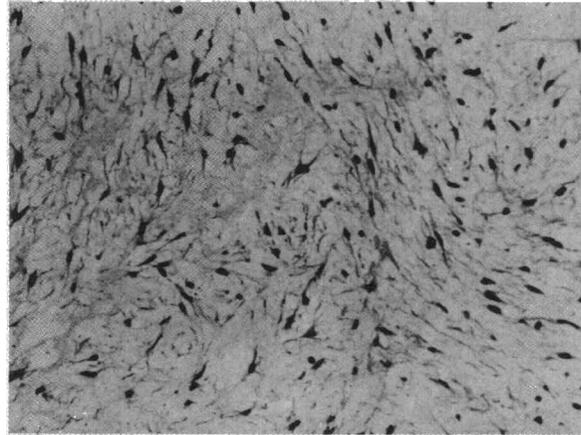


Fig. 2

En todos los casos descritos, así como en nuestras observaciones, se presenta como una formación redondeada u ovalada, de un tamaño que oscila entre 2,5 y 6 cm en el momento de su detección. En ningún caso se ha descrito calcio ni cavitación en su interior.

Mientras que dichos datos radiológicos son inespecíficos, es llamativa la predilección del mixoma pulmonar por situarse junto a la pleura visceral.

Dado que la radiología no permite una orientación diagnóstica certera (ignoramos la posible aportación de la tomografía computarizada), el diagnóstico debe realizarse mediante métodos histológicos.

**J.A. López Ruiz, F. Sáez Garmendia,
A. Martínez Alvarez, J.M. Peña Sarnago,
A. Marco Cacho, F. Fernández Morán
e I. Zabalza Estévez**

Servicio de Radiodiagnóstico. Servicio de Patología.
Ciudad Sanitaria E. Sotomayor. Cruces - Baracaldo.

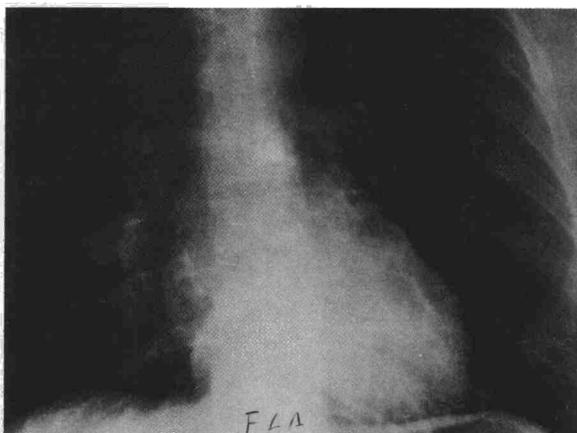


Fig. 1

BIBLIOGRAFIA

1. Reeder M, Felson B. Gamuts in Radiology. 1.^a ed. Audiovisual Radiology of Cincinnati 1975
2. Littlefield JB, Drash EC. Myxoma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1959; 37:745-749.
3. Placitelli G. Fibromixoma del pulmone asportato da un bambino di 8 anni. Minerva Pediatr 1953; 5:554-558.
4. Roenspies U, Morin D, Gloor E et al. Bronchopulmonale Hamartome. Chondrome, Fibrome und Myxome. Schweiz Med Wochenschr 1978; 108:332-339.
5. Hajdu S. En: Pathology of soft tissue tumours. Filadelfia, Lea-Febriger 1979; 80-82.
6. Lohe G, Hermanutz D, Wessel W. Myxom der Trachea. Fortsch geb Roentgenstr Nuklearmed 1971; 114:273-279.