

CASO PROBLEMA

L. INARAJA MARTINEZ, R. SALVADOR TARASON*
y R. OLAZABAL ZUDAIRE

Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona.

Introducción

La leiomiomatosis pulmonar metastásica es una entidad poco frecuente descrita en la literatura bajo diferentes denominaciones como: leiomas múltiples del pulmón, fibroleiomiomas múltiples del pulmón, hamartomas leiomatosos del pulmón, etc.

Por lo que respecta a su etiopatogenia la mayoría de autores opinan actualmente que se trata de un proceso metastásico a partir del útero¹⁻³, mientras que otros sostienen que se trata de un proceso de origen pulmonar⁴.

Observación clínica

Enferma de 44 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés. Con motivo de una revisión laboral se descubre en la radiografía de tórax la presencia de múltiples nódulos pulmonares (fig. 1), mostrando la paciente un buen estado general. La analítica correspondiente a esa fecha revelaba los siguientes datos: hematies: 4.500.000, leucocitos: 6.700, VSG: 2 mm/1.^a hora. Es ingresada para establecer la etiología de los nódulos pulmonares.

Se practican estudios para descartar enfermedad metastásica, consistentes fundamentalmente en una serie radiológica intestinal, serie ósea, gammagrafía hepática y tiroidea, siendo todos normales.

* Servicio de Radiodiagnóstico. C.S. Valle de Hebrón. Barcelona.

Recibido el día 21 de enero de 1983.

La exploración clínica, funcional y gammagráfica del aparato respiratorio fue asimismo normal. Se practicó un estudio ginecológico, detectándose un útero aumentado de tamaño de aspecto miomatoso.

Diagnóstico: leiomiomatosis pulmonar metastásica

Se sometió a la paciente a una histerectomía con anexectomía bilateral, comprobándose la existencia de varios leiomiomas uterinos y otro nódulo de las mismas características en parametrio derecho. Mediante toracotomía a cielo abierto se extirparon dos nódulos, cuyo análisis anatomopatológico reveló que se trataban de leiomiomas (fig. 2).

La paciente fue dada de alta y vigilancia periódicamente; en el control correspondiente al cuarto año de seguimiento, se apreció un aumento de tamaño de los nódulos pulmonares (fig. 3).

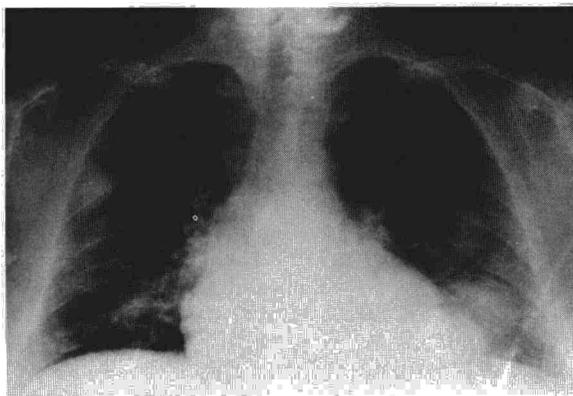


Fig. 1



Fig. 2. Preparación de la periferia del nódulo, donde se observan los componentes musculares y epiteliales.

Discusión

Horstmann muestra que de los 27 casos descritos hasta 1977 como hamartomas fibroleiomatosos o leiomiomas metastatizantes benignos, 20 presentaban leiomiomas uterinos, un caso había sido intervenido de un tumor benigno en cérvix y los seis restantes no presentaban documentación suficiente para establecer la presencia o ausencia de miomas uterinos³.

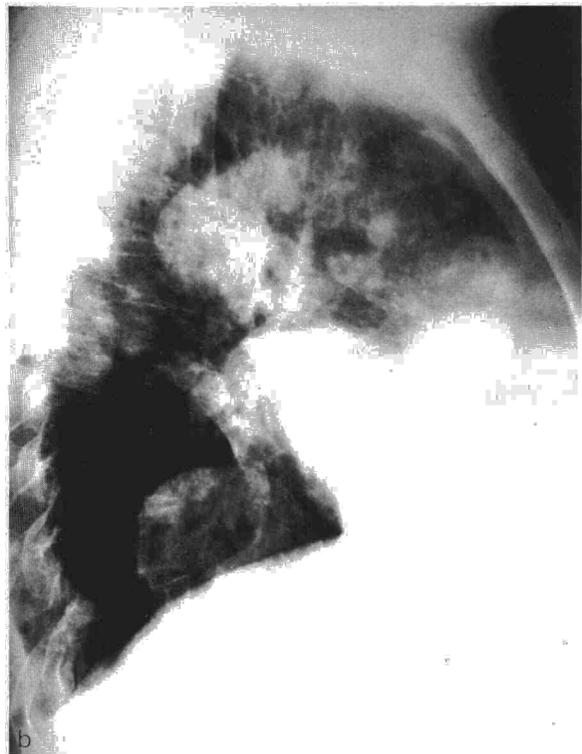
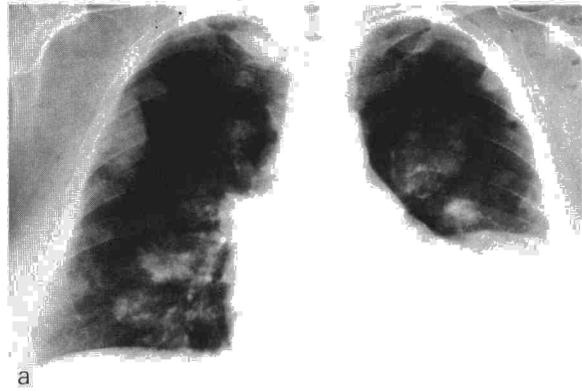
Todos los casos descritos corresponden a pacientes del sexo femenino exclusivamente.

Desde el punto de vista anatomopatológico, los nódulos pulmonares presentan una estructura constituida por un estroma de gran celularidad compuesto por fibras colágenas y musculares lisas, más un componente epitelial de células cúbicas que tapizan las hendiduras y un epitelio ciliado en su periferia. El componente glandular correspondería al epitelio alveolar y bronquiolar secuestrado al crecer el nódulo⁵. Esta composición de tejidos diferentes ha originado la denominación de hamartomas por algunos autores⁴.

Radiológicamente se manifiestan comúnmente como nódulos múltiples, más numerosos en las bases pulmonares, y rara vez como nódulo solitario¹. Su tamaño es variable, pudiendo oscilar entre va-

rios milímetros y varios centímetros. En el mismo paciente pueden alternar nódulos de diferente tamaño, lo cual puede explicarse por los intervalos de tiempo que median entre las diversas embolias metastáticas que ocasionan la formación de dichos nódulos.

En la evolución puede observarse aumentos, disminuciones o estabilizaciones del tamaño de los mismos. Generalmente durante el embarazo suelen aumentar de tamaño, para estabilizarse o incluso disminuir al finalizar el mismo. Este último comportamiento se observa también en la etapa postmenopáusica. Estas variaciones análogas a las de



Figs. 3A y 3B. Control del quinto año, donde se observa un aumento de tamaño y número de los nódulos en ambos campos pulmonares.



los miomas uterinos hace pensar en una dependencia hormonal de los leiomiomas pulmonares⁶.

Clínicamente pueden cursar de forma asintomática, con discreta insuficiencia respiratoria, que en algunos casos puede ser severa y llegar a causar el fallecimiento de la paciente³.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otros nódulos pulmonares múltiples, principalmente con fistulas arteriovenosas, enfermedades micóticas (coccidiomicosis, paragonomiasis), enfermedades neoplásicas (papilomatosis, metástasis hematógenas, linfoma y mieloma múltiple), enfermedades granulomatosas, nódulos reumatoideos, amiloidosis y quistes hidatídicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Konis EE, Belsky RD: Metastasizing leiomyoma of the uterus. Report of a case. *Obstet Gynec* 1966; 27: 442-446.
2. Becker JM: Caso de la estación de verano. *Seminarios de Roentgenología* 13: 258-260.
3. Horstmann, JP, Pietrac CG, Harman JA, Cole NG, Grinspan S: Spontaneous regression of pulmonary leiomyomas during pregnancy. *Cancer* 1977; 39: 314-321.
4. Sargent EN, Barners RA, Schwinn CP: Multiple pulmonary fibroleiomyomatous hamartomas. *Am J Roentgenol* 1970; 110: 697-700.
5. Piccaluga A, Capelli A: Fibroleiomyomatosi metatizante dell'utero. *Arch Ital Anat Istol Pat* 1967; 41: 99-164.
6. Nili M, Vidne BA, Avidor I, Paz R, Levy MJ: Multiple pulmonary hamartomas. *Scand J Thor Cardiovasc Surg* 1979; 13: 157-160.