

Hospital de la Cruz Roja. Barcelona

## EL GRANULOMA A CELULAS PLASMATICAS O HISTIOCITOMA DEL PULMON

J. Reventós, F. Rodríguez-Méndez y Sandiumenge

### Introducción

Dentro del marco de las denominadas *coin lesions* de pulmón ocupan un lugar notable, los llamados pseudotumores, entre los que podemos incluir el Granuloma de Células Plasmáticas o Histiocitoma, el Hemanjioma Esclerosante, el Pseudolinfoma y quizás el Plasmocitoma, aunque este último con características de malignidad. Estos tipos lesionales además de intraparenquimatosos pueden aparecer también en conductos aéreos y en el mediastino, con extensión de éste al pulmón. El Histiocitoma ha recibido también los nombres de Xantoma y Fibroxantoma que serán discutidos en el texto.

Nuestro caso es el segundo publicado por autores españoles, habiendo sido el primero el de Lago y cols.!

### Caso clínico

J.A.C. 42 años, No fumador. No tiene antecedentes dignos de mención. El 4 de enero de 1975, sufre fiebre alta en agujas y expectoración negruzca, comprobándose radiológicamente una atelectasia junto a un cuadro pleuroneumático. Es tratado con antibióticos remitiendo el cuadro. Sin embargo, a pesar de producirse una cierta limpieza radiológica persiste una cierta reacción pleural residual (fig. 1), pudiendo además visualizarse una sombra hilar anterior redondeada en lóbulo superior derecho. En las semanas que siguen, la reacción pleural se resuelve casi por completo, a la vez que la imagen tumoral aparece con mayor coexistencia (fig. 2).

Practicada una citología de esputos, ésta demuestra ser de tipo inflamatorio. El 12 de marzo, se practica una fibroscopia, que resulta ser negativa, tanto funcional como morfológicamente. Por el bronquio lobar superior fluye una secreción blanquecina.

Con la sospecha de un posible carcinoma bronquial, se procede a una toracotomía superior derecha, viniendo complicada la disección de los vasos por la presencia de la reciente flogosis. El bronquio aparece rodeado por numerosos ganglios de aspecto inflamatorio.

El curso postoperatorio estuvo complicado por una atelectasia del pulmón operado, el derecho, coincidente con una aguja de fiebre. Tratado por broncoaspiración endoscópica, pudo ser dado de alta al 12.º día. El paciente siguió expectorando esputos teñidos de sangre durante varios meses. Esta sintomatología desapareció completamente al eliminar los puntos de seda de la sutura bronquial. En la actualidad, el enfermo está completamente libre de molestias.

*Pieza operatoria* (fig. 3). Lóbulo superior derecho 6 x 13 x 6 cm, pleura azulada con adherencias. Debajo de las mismas existe una masa tumoral de bordes bastante definidos

Fig. 1. Radiografía Post. Ant. del enfermo después del primitivo episodio agudo. Véanse la reacción pleural residual y la tumoración paramediastínica.



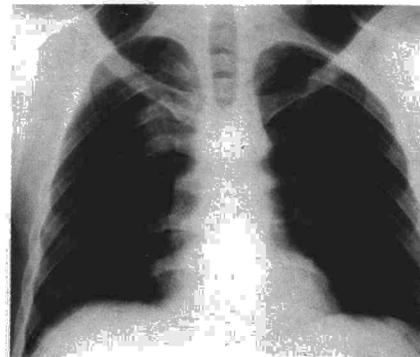
de 4 x 3 cm que llega hasta debajo de la pleura. Esta es de color amarillento rosado y dura, con bandas de tejido fibroso. El resto del parénquima es subcrepitante, dejando salir abundante líquido de color rosado.

*Microscópicamente*, en la figura 4 se ven zonas hialinizadas con células plasmáticas que adoptan un aspecto fusiforme. En la figura 5 se ven áreas formadas por linfocitos con remedo de centro germinal. Diagnóstico: Granuloma de Células Plasmáticas o Histiocitoma del pulmón.

### Discusión

La gran mayoría de los autores considera que este tipo lesional corresponde a pseudo-tumores reaccionales inflamatorios<sup>1,2</sup> aunque otros los consideran como verdaderos tumores<sup>3,4</sup> Spencer<sup>4</sup> les atribuye un origen mesenquimatoso tumoral, originándose de células mesenquimatosas alveolares indiferenciadas. Haas y

Fig. 2. Radiografía Post-Ant del enfermo una vez resuelto el episodio agudo. Obsérvese la mejor definición de la masa tumoral.



cols.<sup>5</sup> parecen atribuirles un origen epitelial. Bahadori y Liebow<sup>2</sup> exponen la posibilidad de una patogenia de origen inmunológico, dada la gran presencia de células plasmáticas.

Aunque muchos autores consideran como idénticos los tipos lesionales de Histiocitoma o granuloma de células plasmáticas, Hemangioma Esclerosante y el Pseudolinfoma<sup>1,3,6</sup>, nosotros pensamos que puede establecerse un diagnóstico diferencial.

El *Granuloma de Células Plasmáticas* o *Histiocitoma*, sería una masa con límites no demasiado precisos, ni tampoco reacción fibrosa a su alrededor. Está compuesta por células de tipo inflamatorio crónico, con manifiesto predominio de las plasmáticas. Estas últimas son de aspecto normal, con presencia de cuerpos de Rusell. Se observan áreas de tejido fibroso hialino en el que las células plasmáticas adoptan un aspecto fusiforme. Existen algunas zonas formadas por histiocitos, alguno de ellos espumoso, y otras, en menor cantidad, compuestas por acúmulos linfocitarios con esbozos de centros germinales. En la periferia se observan islotes epiteliales del pulmón atrapados por el proceso inflamatorio, que han proliferado. Las células plasmáticas pueden contener grasa en su citoplasma y de ahí el nombre que esta lesión ha recibido de *Xantoma* (Fisher y Bever<sup>7</sup>) y *Fibro-xantoma* (Dublier y cols.<sup>8</sup>).

El *Hemangioma Esclerosante*, estaría compuesto por células endoteliales y músculo liso, formando espacios vasculares rellenos de eritrocitos. Dentro de él pueden observarse depósitos de hemosiderina así como células espumosas.

El *Pseudolinfoma*, presenta una predominancia de tejido linfóide con centros germinales de vascularización característica.

El *Plasmocitoma*, sería un caso especial, ya que está compuesto por células con características malignas. Es muy raro en el pulmón y generalmente sería la manifestación a este nivel de un proceso generalizado.

El *Granuloma de Células Plasmáticas* o *Histiocitoma* puede estar localizado intraparenquimatosamente en su forma más común, pero también puede presentarse en el interior de los conductos aéreos o invadir el pulmón desde una inicial localización mediastínica (Bates y Hull<sup>9</sup>). También se ha descrito una forma que además de invadir al pulmón había provocado una fibrosis de mediastino<sup>10</sup>. Véase también a este respecto la recolección de 40 casos de



Fig. 3. Fotografía de la pieza operatoria. Véase texto.

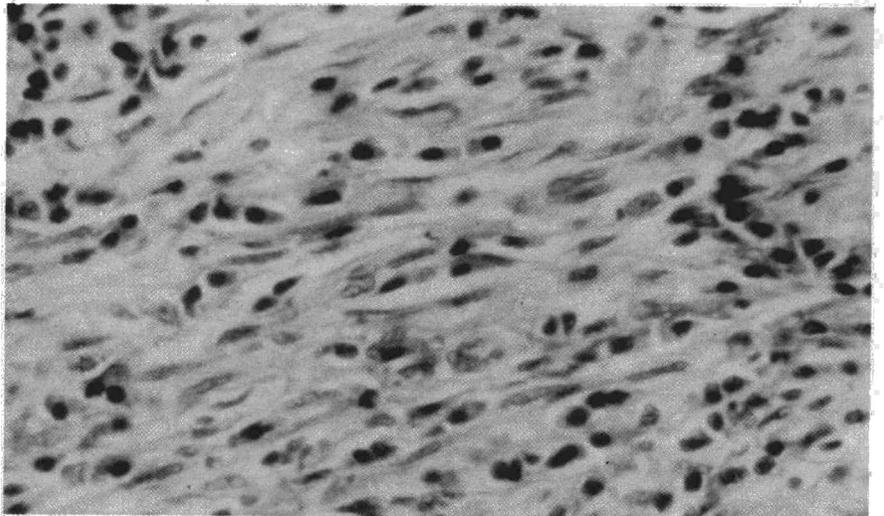
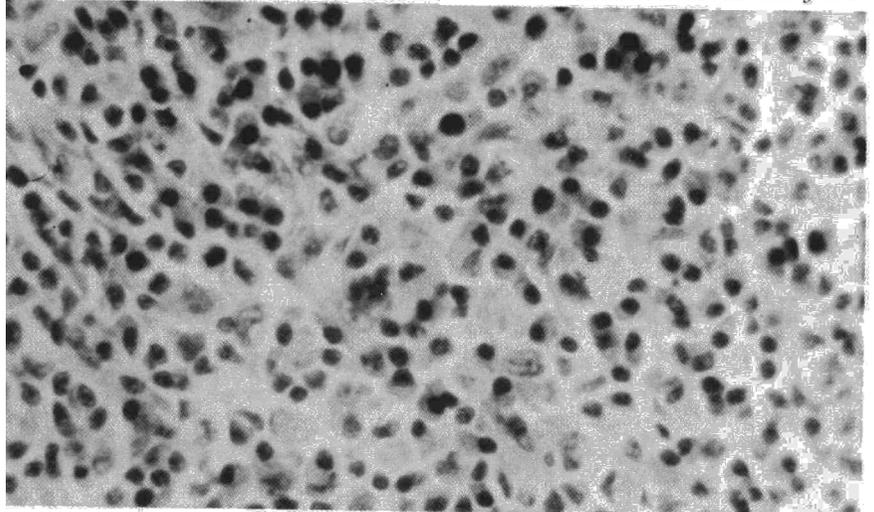


Fig. 4. Hematoxilina-Eosina. 400 aumentos. Infiltrado con predominio plasmático. En las zonas hialinizadas las células plasmáticas adoptan un aspecto fusiforme.

Fig. 5. Hematoxilina-Eosina 400 aumentos. Areas formadas por linfocitos remediando un centro germinal.





Granuloma de células plasmáticas procedentes de todo el mundo realizada por Bahadori y Liebow<sup>2</sup>).

Parece existir una similitud entre estas lesiones pulmonares y el histiocitoma cutáneo (Woringer y Kviatkowski<sup>11</sup>):

Estas lesiones son presentes sobre todo en niños y jóvenes, sobre todo de sexo femenino. Muchas veces es asintomático y se descubre como una «coin lesion» en una exploración sistemática. En nuestro caso así como en el de Lago<sup>1</sup> y cols. apareció tras un episodio pleuro-pulmonar agudo. La reacción pleural parece no ser demasiado frecuente.

El signo más común es la tos<sup>2</sup>, también se ha descrito disnea, cianosis (en casos de localización intraluminar) y dolor torácico. En dos casos, existió hipocratismo digital que desapareció al extirpar el tumor<sup>29</sup>.

Los exámenes analíticos no son significativos. Radiológicamente suele presentarse como masas circunscritas

de tamaño mediano o incluso grande, más o menos definidas, que pueden tener calcificaciones e incluso cavitaciones en su interior<sup>2</sup>.

Su crecimiento suele ser lento y una vez resecaado no suele reproducirse. Tan sólo existe un caso de reproducción «in situ» tras resección endoscópica intrabronquial.

### Resumen

Los autores exponen un caso de Granuloma de Células Plasmáticas o Histiocitoma del Pulmón. Se discute su naturaleza reaccional post-inflamatoria o tumoral, inclinándose por su primera explicación. Si piensa que se trata de un tipo lesional distinto del Hemangioma Esclerosante o del Pseudolinfoma, lesiones también post-inflamatorias, que han sido confundidos con él. Se describen sus características anatomopatológicas, haciéndose el diagnóstico diferencial histológico con aquellos procesos.

A la luz de la literatura recogida, se describe su clínica en relación con su localización y su evolutividad.

### Summary

#### GRANULOMA OF PLASMATIC CELLS OR HISTIOCYTOMA OF THE LUNG

The authors expound on a case of granuloma of plasmatic cells or histiocytoma of the lung. They discuss its nature as a post-inflammatory or tumoral reaction, being inclined towards the first explanation. They feel that it is a type of lesion distinct from sclerosing hemangioma or pseudolymphoma, that are also post-inflammatory lesions and can be confused one with the other. They describe the anatomicopathological characteristics, making the histological differential diagnosis with these processes. In the light of the medical literature reviewed, the authors describe the clinical picture in relation to its location and evolution.

### BIBLIOGRAFIA

1. LAGO, J.V., PUJOL, J.L.; REBOIRAS, J.; LARRAURI, J. y SCHACKE DE MIGUEL, I.: Fibrous Histiocytoma of the lung. *Thorax*, 31: 475, 1976.
2. BAHADORI M y LIEBOW, A.A.: Plasma Cell Granuloma of the lung. *Cancer*, 31: 191, 1973.
3. AREAN, V.M. y WHEAT, M.M.: Sclerosing Hemangioma of the Lung. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 85: 261, 1962.

4. SPENCER, H.: Pathology of The Lung. 2.<sup>a</sup> Edic. P.935. Pergamon Press, Oxford. 1968.
5. HAAS, J.E. y YUNIS, E.J.: Ultrastructure of sclerosing Hemangioma of the Lung. *Cancer*, 30: 512, 1972.
6. NAIR, S; NAIR, K. y WEISBROT, I.M.: Fibrous Histiocytoma of the Lung. (Sclerosing Hemangioma Variant?). *Chest*, 65: 465, 1974.
7. FISHER, E.R. y BEYER, F.D.: Post-inflammatory tumour (Xantoma) of the Lung. *Dis. Chest*, 36: 43, 1959.
8. DUBLIER, L.D.; BRYANT, L.R. y DANIELSON, G.K.: Hystiocytoma (Fibrous Xan-

toma) of the Lung. *Am. Journ. Surg.*, 115: 420, 1968.

9. BATES, T. y HULL, O.H.: Hystiocytoma of the Bronchus. Report of a case in a 6 year old child. *Amer. J. Dis. Child.*, 95: 53, 1958.

10. SPYKER, M.A. y KAY, S.: Plasma Cell Granuloma of mediastinal lymph node with extension to the right Lung. *J. Thor. Surg.*, 28: 55, 1954.

11. WORINGER, M.F. y KVIATKOWSKI, S.L.: Hystiocytome de la peau. *Ann. Dermat. et Syhiliograph.*, 3: 998, 1932.