

Ciudad Sanitaria 1.º de Octubre.
Sección de Cirugía Pulmonar. Madrid.

UN NUEVO CASO DE TUMORLET

J.A. Pérez Antón, J.M. Rodríguez Paniagua, J.L. Martín de Nicolás
y Serrahima y J. Toledo González.

Introducción

Es raro, pero no excepcional, encontrar sobreañadido a las infecciones crónicas pulmonares, el llamado *tumorlet* que no son más que islotes de células fusiformes u ovoides, más o menos regulares sin atipias llamativas ni mitosis anormales, pero que presentan capacidad de difusión, como en el caso que nos ocupa, que estaba presente en unas bronquiectasias generalizadas y que metastatizaba en un ganglio.

Caso clínico

M.M.M., de 39 años de edad, que desde hace 13 años refiere una historia de catarros bronquiales de repetición. Fumador de 20 cig/día.

Antes de ingresar en nuestro Servicio estuvo ingresado en otro centro a raíz de un nuevo cuadro catarral acompañándose de hemoptisis. Fue entonces diagnosticado de pulmón poliquístico.

Una semana antes de su ingreso tiene un nuevo cuadro catarral, con escalofríos, fiebre de 40° C, dolor en punta de costado izquierdo, hemoptoicos posteriormente.

En la exploración sólo se aprecia roncus diseminados y abundantes exteriores crepitantes en tercio inferior de hemitórax izquierdo. El resto de la exploración fue normal.

Análisis: 4.000.000 hemáticas; Hb.: 13,8 gr %; Hoto.: 39,9 %, 8300 leucocitos; V. de S. 90. Proteínas totales, Glucosa, Urea, Lípidos totales, ionograma, colesterol, bilirrubina, transaminasas, LDH, fosfatasa alcalinas, son normales.

Espuito: Cultivo y antibiograma: flora mixta de apariencia normal.

Espirometría: CV 62 %, VEMS/CV: 74 %. Restricción moderada con obstrucción leve. Discreta hipoxemia.

Reacción de Mantoux: 1//10.000 5 mm en 48 horas.

ECG: signos de Cor pulmonale.

Papanicolaou en esputo: grados I y II sobre una escala que llega hasta el V.

Radiología: En radiografías simples de tórax se aprecia un patrón destructivo de lóbulo inferior izquierdo y llingula (fig. 1). En las broncografías (fig. 2), se ven bronquiectasias saculares en lóbulo inferior izquierdo y llingula, con probable existencia de ellas en lóbulo superior. Broncografías derechas normales.

Evolución y tratamiento: Se instaura un tratamiento intenso con fisioterapia respiratoria, broncodilatadores, expectorantes y antibióticos mejorando el enfermo clínicamente.

El día 6 de febrero de 1975 se realiza intervención quirúrgica mediante toracotomía posterolateral izquierda a nivel de 5.º espacio intercostal, encontrando una intensa paquípleuritis. Lóbulo inferior y llingula disminuidos de volumen, alterados en su consistencia y con superficie abollonada. Lóbulo superior con las mismas características aunque con menor intensidad. Se realiza neumonectomía izquierda típica, dada la inviabilidad del resto del lóbulo superior, ampliada con extirpación de ganglios paraesofágicos y paratraqueoártericos. Postoperatorio sin complicaciones, siendo dado de alta el paciente al mes de su ingreso.

Anatomía Patológica: Pulmón izquierdo con bronquiectasias universales infectadas, más numerosas en el lóbulo inferior. Microscópicamente se ve que al practicar cortes repetidos de ambos lóbulos se aprecian acúmulos de células pequeñas que se disponen en nidos bien delimitados sin observarse atipias. En la zona correspondiente al lóbulo inferior se añade un ganglio linfático que muestra su es-

tructura conservada, pero en una pequeña zona existe un acúmulo de células como las existentes en el pulmón que presentan la morfología de un *tumorlet* (figs. 3, 4 y 5).

Discusión

Aunque ya Eloesser¹ en 1925 llamó la atención sobre el carcinoma broncogénico, revelando el posible origen de un diminuto adenocarcinoma desde el epitelio bronquial, fueron Gray y Cordonnier² en 1929 quienes incidieron notablemente sobre lo que ellos consideraban carcinoma *in situ* a partir de ductus alveolares. Más tarde Womack y Graham³ en 1941 encontraban tumores microscópicos similares en cada uno de los 3 pulmones que recogieron durante un estudio sobre enfermedades quísticas congénitas. Definieron estos tumores como proliferaciones epiteliales atípicas pero no malignas, aunque con cambios capaces de potencial maligno tardío.

Posteriormente se publicaron trabajos sobre proliferaciones epiteliales similares indistintamente considerados como carcinomas, hiperplasias, células bronquiolares o alveolares (Stewart y Allison⁴ en 1943, Petersen y Hunter⁵ en 1943, Spain y Parsonnet⁶ en 1951, Spencer y Raeburn⁷ en 1954 y Whitwell⁸ en 1955).

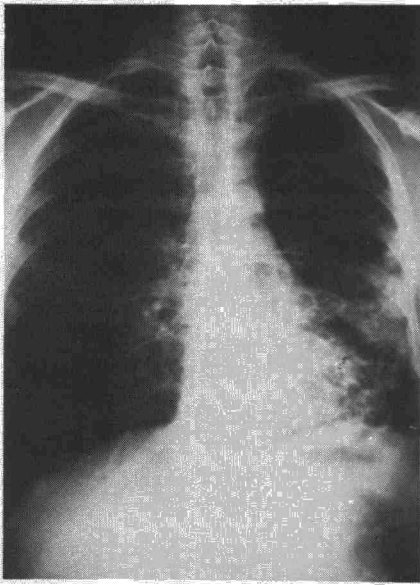


Fig. 1. Radiografía postero-anterior de tórax.

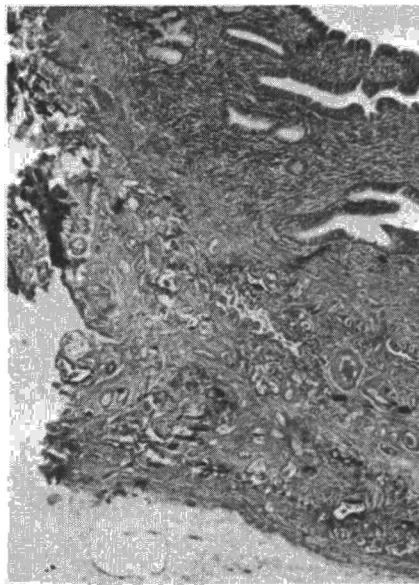


Fig. 3. Imagen a pequeño aumento de tejido pulmonar con tumorlet.

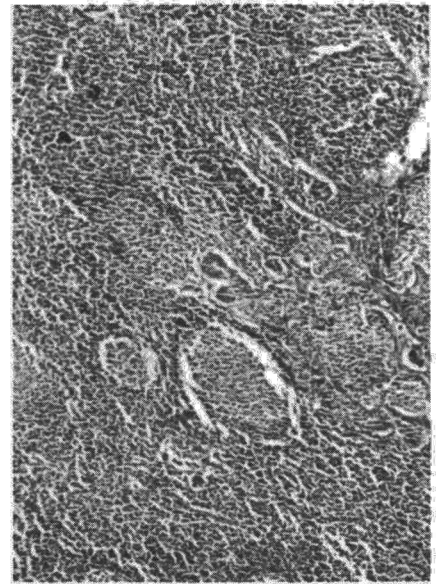


Fig. 5. Ganglio linfático metastatizado por tumorlet.

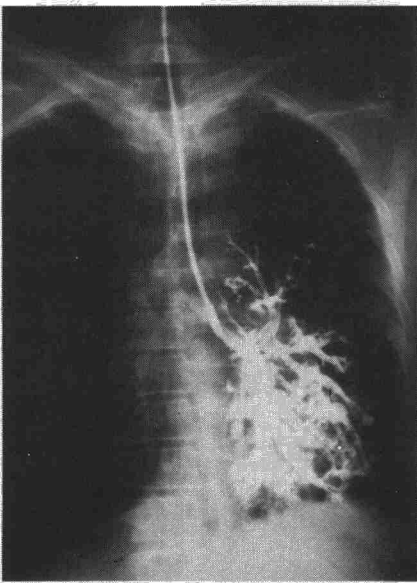


Fig. 2. Broncografías izquierdas.

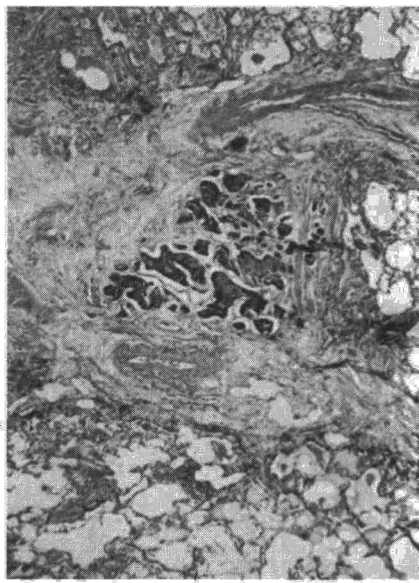


Fig. 4. Imagen a mayor aumento de tejido pulmonar con tumorlet.

Fue precisamente este último autor el que a partir de un estudio de 24 casos estableció su entidad anatomopatológica original, definiéndole como *tumorlet*. Las edades de presentación suelen variar enormemente, aunque lo que sí es habitual es su presencia fortuita sobre piezas de neumonectomía o en el curso de cualquier otro tipo de resección, aunque bien es cierto que un alto número de descubrimientos se han hecho sobre autopsias de sujetos que padecían enfermedades pulmonares crónicas, del

tipo escleroinflamatorio: bronquiectasias, tuberculosis, abscesos pulmonares, etc. Incluso como los casos de Spencer⁹ en episodios gripales o neumonías de células gigantes. En nuestra observación el *tumorlet* se encontraba dentro de una pieza de neumonectomía izquierda por bronquiectasias.

Comentarios anatomoclínicos

Generalmente el *tumorlet* es un microscópico. Aunque ya Delpuech

y Blanchard¹⁰ en 1974 describieron uno que presentaba entidad macroscópica asociado a un absceso de pulmón. Generalmente sólidos o cavitados pero de menos de 1 cm de diámetro sin manifestaciones radiológicas. En el plano estructural los aspectos suelen ser características tratándose de racimos o nidos celulares confluentes y definidos por finos tractos colágenos¹¹.

En nuestra observación se añadía la importancia de metástasis en un ganglio proximal, cosa que habitualmente no ocurre y que sólo Cureton y Hill¹² en 1955 señalan invasión de los espacios linfáticos en un caso suyo, apuntando la posibilidad, rara, de metástasis en ganglios regionales. Pero siempre presentan el mismo tipo celular, fusiforme u oval, a veces de configuración irregular, con cromatina laxa, pero sin caracteres de atipia.

A veces existe en estos acúmulos celulares pigmentación hemosiderótica intracitoplasmática probando el carácter histiocitario de estos elementos, cuya potencia péxico y fágico puede ser solicitado si hay hemorragias, cosa que ocurrió en nuestro caso y en el comunicado por Delpuech y Blanchard (1974).

La lesión con respecto a su situación en el árbol bronquial es periférica y alveolar sin ninguna participación bronquiolar. Como es lógico pensar, alrededor del *tumorlet* se aprecia toda la patología macromicroscópica correspondiente a bronquiectasias, en nuestro caso, o a otras enfermeda-

des crónicas según los trabajos publicados.

Ya es clásico apuntar que esta lesión es considerada como hiperplasia celular reactiva, metaplásica de revestimiento bronquioloalveolar que se encuentra en los tejidos esclerodistróficos pulmonares. Pero Stewart iría más allá considerándole como un carcinoma sin recidiva ni metástasis, cosa que no sucede porque se ha visto que lo puede hacer en ganglios regionales.

Spencer divide los *tumorlet* en dos tipos separados de tumores: el primero, pequeño, serían adenomas carcinoides, periféricos y pueden en ocasiones producir disturbios endocrinos, como Cushing. Las células componentes son grandes y semejan un conjunto más compacto semejante a los adenomas carcinoides de grandes bronquios. Este grupo es raro.

El segundo grupo comprendería la gran mayoría de *tumorlet* que son proliferaciones de epitelio bronquiolar o alveolar en respuesta a la lesión o irritación causado por una variedad de condiciones y que se han encontrado equitativamente en ambos sexos.

Ambos epitelios, bronquiolar y

alveolar poseen una enorme capacidad regenerativa y en presencia de una irritación siguen a la lesión, pueden proliferar formando yemas sólidas de células que pueden dar formas metaplásticas escamosas o el componente celular puede ser laxamente comprometido y ocupar espacios vacíos fibrosos. Además, cada fenómeno de crecimiento es limitado y el tumor puede regresar. Algunas yemas sólidas pueden recanalizarse.

Experimentalmente también puede producirse *tumorlet* por instalación endotraqueal en pulmones de conejos con ácido al 1 % su formación es estimulada dando a los animales cortisona.

El hecho de que *tumorlet* es una afección benigna *per se* lo atestiguan los trabajos de Stewart y Allison que siguieron a un enfermo durante 10 años. Casos parecidos se encuentran en los estudios de Whitwell.

El *tumorlet* periférico ha ocurrido rara vez en mujeres (Petersen, 1949); (Spain y Parsonnet, 1950), aunque otros trabajos apuntan lo contrario. Los *tumorlet* deben ser distinguidos de otros tumores pulmonares pequeños, como por ejemplo los quemomatosas,

a los cuales se parecen muy estrechamente, aunque éstos no se asocian a ninguna lesión pulmonar previa.

Resumen

Se trata de un tumorlet descubierto en el estudio anatomopatológico de un pulmón con bronquiectasias.

La revisión de la bibliografía sobre el tema expone la benignidad del proceso que aparece generalmente junto a infecciones pulmonares crónicas.

Summary

A NEW CASE OF TUMORLET

This paper deals with a tumorlet discovered in the anatomicopathological study of a lung with bronchiectasias.

A review of world literature on the topic shows the benign nature of the process that generally appears together with chronic pulmonary infections.

BIBLIOGRAFIA

1. ELOESSER, L.: Primary tumors of the lung *Arch. Surg.* 10: 445, 1925.
2. GRAY, S.H. y CORDONNIER, J.: Early carcinoma of the lung. *Arch. Surg.* 19: 1.618, 1929.
3. WOMACK, N.A. y GRAHAM, E.A.: Epithelial metaplasia in congenital disease of the lungs; its possible relation to carcinoma of the bronchus. *Am. J. Path.*, 17: 645, 1941.
4. STEWART, M.J. y ALLISON, P.R.: A microscopic focus of oat-cell carcinoma in a bronchiectatic lung. *J. Path. and Bact.*, 55: 105, 1943.
5. PETERSEN, A.B., HUNTER, W.C. y SNEEDEN, V.D.: Histological study of five minute pulmonary neoplasms believed to represent early bronchogenic carcinoma. *Cancer*, 1: 991, 1949.
6. SPAIN, D.M. y PARSONNET, V.: Multiple origin of minute bronchiolarbenic carcinomas. Report of a case *Cancer*, 4: 277, 1951.
7. SPENCER, H. y REABURNE, C.: Atypical proliferation of bronchiolar epithelium. *J. Path. Bact.*, 67: 187, 1954.

8. WHITEELL, F.: Tumorlets of the lung. *J. Path. Bact.*, 70: 541, 1955.
9. SPENCER, H.: Pathology of the lung. 796-799, 2.^a edition Pergamon Press Publ, Londres, 1968.
10. DELPUECH, A. y BLANCHARD, J.: Association d'un abcès du poumon et d'une turmolet. *Poumon Couer.* 30: 285, 1974.
11. INGENIO, G., LIEUTARD, R., LONGEFAIT, H. y POIRIER, R.: A propos de 5 cas de tumorlets. *Marseille med.*, 110: 189, 1973.
12. CURETON, R.J.R. y HILL, L.M.: Malignant change in bronchiectases *Thorax.* 10: 131, 1955.