

INFORME DE CASO

Tumor pseudoinflamatorio del pulmón

Dra. María Vergara Hidalgo¹

Est. Viveity Hernández Castellón²

Est. Ernesto Javier Lagomasino Vergara²

RESUMEN

El tumor pseudoinflamatorio del pulmón es una rara enfermedad que ocurre con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes y que radiológicamente se comporta como un nódulo solitario cuyo diagnóstico se realiza por el estudio anatomopatológico tras la escisión quirúrgica, es muy poco frecuente que produzca una invasión local y recidivas. Se presenta un caso de un paciente masculino de 36 años de edad que ingresó por fiebre, toma del estado general y síntomas respiratorios, se le realizaron múltiples exámenes complementarios y de imagenología (una tomografía lineal y otra axial computadorizada) además de la broncoscopia con cepillado bronquial y la biopsia por ponchamiento; el diagnóstico presuntivo inicial fue de un tumor carcinoide de pulmón. La intervención quirúrgica, que resulta segura y de excelente supervivencia, y la resección completa de la lesión permitieron, a través de la biopsia postoperatoria, el diagnóstico definitivo de un tumor pseudoinflamatorio del pulmón; el enfermo, tras cinco años de evolución, se encuentra libre de enfermedad.

DeCS:

GRANULOMA DE CELULA PLASMATICA
ENFERMEDADES PULMONARES
TORACOTOMIA
NEUMONECTOMIA
CIRUGIA

SUMMARY

The pseudoinflammatory tumor of the lung is a rare illness occurring more commonly in children and young adults. It has the radiological presentation of a solitary nodule and its diagnosis is achieved through an anatomopathological study after surgical resection. It is not likely to cause a local invasion or a relapse. The case of a 36 year old male patient who was admitted to hospital presenting a fever, general discomfort and respiratory symptoms is presented. The patients underwent several complementary and imaging tests (a linear CT scan and an axial CT scan) as well as a bronchoscopy with bronchial brushing and a puncture biopsy. The presumptive diagnosis was a carcinoid lung tumor. The surgical intervention, which is safe and has excellent rates of survival, and the total resection of the tumor allowed by means of a postoperative biopsy to achieve the definitive diagnosis of a pseudoinflammatory lung tumor. The patient is healthy after five years of evolution.

MeSH:

GRANULOMA, PLASMA CELL
LUNG DISEASES
THORACOTOMY
PNEUMONECTOMY
SURGERY

INTRODUCCIÓN

El seudotumor inflamatorio es una enfermedad rara de origen desconocido que afecta con mayor frecuencia el parénquima pulmonar, aunque puede ocurrir en otros órganos como el cerebro, el riñón, el retroperitoneo, la vesícula, el hígado y el estómago.^{1,2} Fue descrito por primera vez en 1973 y aparece con diferentes nombres en la literatura: tumor pseudoinflamatorio, histiocitoma, xantoma, fibroxantoma, xantogranuloma y granuloma de células plasmáticas; radiológicamente se comporta como un nódulo solitario cuyo diagnóstico se realiza por el estudio anatomopatológico tras la escisión quirúrgica y es muy poco frecuente que produzca invasión local y recidivas. Este tumor conlleva una difícil decisión en cuanto a la mejor opción terapéutica ya que el diagnóstico de certeza se establece tras el estudio anatomopatológico.^{3,4}

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 36 años de edad, masculino, blanco, con antecedentes de epilepsia y una hepatopatía crónica alcohólica. En esta ocasión ingresó por fiebre elevada, tos con expectoración hemoptoica y toma del estado general; al examen físico se encontró, como dato positivo, la disminución del murmullo vesicular con estertores crepitantes en hemotórax derecho. La analítica elemental de sangre fue normal al igual que la orina; el esputo citológico negativo, el esputo BAAR directo y el cultivo negativos; en la radiografía de tórax se observó opacidad homogénea en hemotórax derecho, por lo que se indicó tratamiento con antibiótico y posteriormente se realizaron diferentes exámenes:

- Broncoscopía: el segmento B7 ocluido por lesión tumoral de superficie lisa, signos de bronquitis y lavado bronquial negativo.
- Cepillado bronquial: extendido, con inflamación crónica y atipicidades celulares no concluyentes de tumor.
- Biopsia bronquial: grupos celulares atípicos que no permiten excluir un tumor carcinoide.
- Tomografía lineal: se realizaron diferentes cortes tomográficos y se apreció buena permeabilidad traqueobronquial que provoca, a nivel del bronquiotronco principal del lóbulo superior derecho (LSD)-específicamente del segmento anterior- un detenimiento de la permeabilidad que induce a la atelectasia de ese segmento.
- Tomografía axial computadorizada (TAC) de pulmón: se observa una imagen hiperdensa que ocupa la región posterior y la base del hemotórax derecho en relación con la atelectasia y el derrame pleural asociado.

Se decidió intervenir quirúrgicamente ante el diagnóstico presuntivo de tumor carcinoide y se realizó toracotomía posterolateral derecha con neumectomía derecha y estudio anatomopatológico de la lesión para alcanzar el diagnóstico definitivo.

Diagnóstico histológico:

Extenso proceso de condensación pulmonar con neumonitis crónica, fibrosis, hiperplasia alveolar y bronquiolar; se concluye como tumor pseudoinflamatorio del

pulmón con distorsión del parénquima. Marcada hiperplasia de bronquiolos y algunos neumocitos displásicos; en bronquio no se observa lesión tumoral (figuras 1 y 2). El paciente evolucionó sin complicaciones en el postoperatorio y en la actualidad se encuentra libre de la enfermedad.

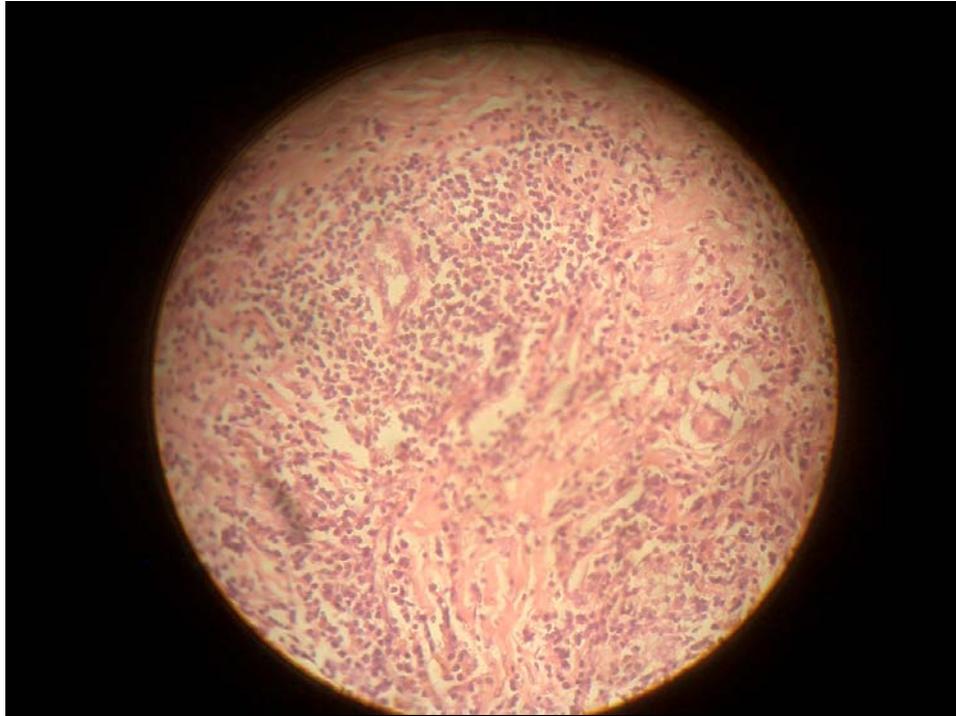


Figura 1. *Se observa fibrosis e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario*

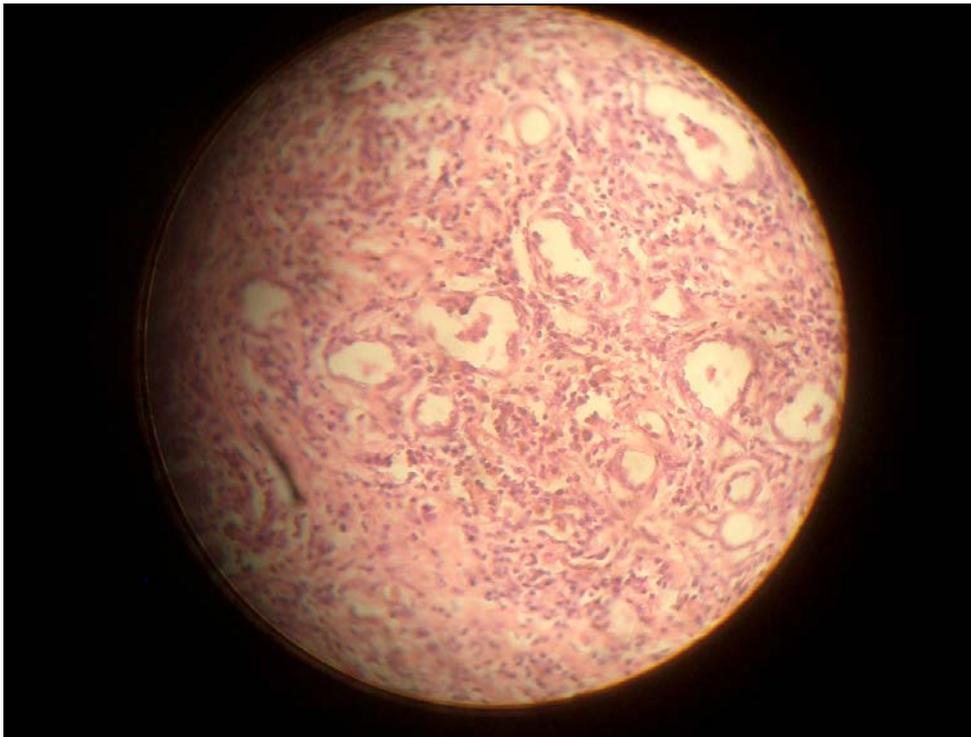


Figura 2. *Hiperplasia de bronquiolos y neumocitos displásicos*

COMENTARIO FINAL

El seudotumor inflamatorio del pulmón representa el 0.7% de los tumores pulmonares, la mayoría de los pacientes tienen menos de 40 años de edad y no existe predisposición por sexo o raza. Su etiología y patogenia son desconocidas; gran parte de los enfermos son asintomáticos, otros presentan tos, esputos hemoptoicos, disnea, dolor torácico o se descubren de forma casual en una radiografía. Radiológicamente aparecen como nódulos pulmonares solitarios o área focal de consolidación que recuerda un tumor primario o una lesión metastásica; en ocasiones son endobronquiales y producen neumonitis obstructiva.

El diagnóstico se realiza mediante toracotomía con resección en cuña, lobectomía o neumectomía para el estudio anatomopatológico de la lesión ya que algunos autores plantean que el diagnóstico por biopsia transbronquial o punción transtorácica puede llevar a confundirla, con frecuencia, con el hemangiopericitoma, el tumor carcinoide o el carcinoma metastático y proponen la resección completa de la lesión tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.⁵ En el estudio anatomopatológico el aspecto macroscópico es el de un tumor bien delimitado, no encapsulado, de consistencia firme y color blanco amarillento grisáceo al corte. Histológicamente se encuentra una mezcla variada de fibroblastos y tejido de granulación, tejido fibroso y células inflamatorias que incluyen linfocitos, histiocitos, células gigantes, macrófagos, neutrófilos, eosinófilos y gran número de células plasmáticas; los estudios con inmunohistoquímica (IHO) han demostrado la naturaleza policlonal de las células plasmáticas con predominio de IgG.

Dependiendo del tipo de célula predominante se dividen en tres grupos:

1. Tipo neumonía organizada con predominio de fibroblastos
2. Histiocitoma fibroso
3. Linfoplasmocitoma

En algunos enfermos con diagnóstico por biopsia se constata una regresión con tratamiento esteroideo o sin él, otros recidivan tras resección quirúrgica completa y una minoría presenta comportamiento agresivo con infiltración de los vasos pulmonares, la pared torácica o el mediastino. Los tratamientos alternativos a la intervención quirúrgica con radioterapia, quimioterapia y esteroides pueden tener lugar en el caso de la resección quirúrgica incompleta, la enfermedad multifocal, la recurrencia posquirúrgica o las contraindicaciones para la resección pulmonar en el individuo.^{6,7}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paya Llorens C, Galbis Carvajal JM, Mafé Madueño JJ. Seudo tumor inflamatorio pulmonar de localización intraparenquimatosa. Arch Bronconeumol. 2003;39(11):527-30
2. Medina-Archirica C, Gutiérrez de la Peña C, Gómez Menchero J. Seudotumor inflamatorio multicentrico. Cir Esp. 2007;81(83):150-152.

3. Vallee M, Al Rumien L, Rodríguez S, Hernández G, Figueroa L. Pseudotumor inflamatorio de pulmón en preescolar femenina: a propósito de un caso. Rev Venez Oncol. 2006;18 (4):242-249.
4. Rodríguez Conesa A, Castro Rodríguez E. Pseudotumor inflamatorio: una masa poco frecuente tumoral. An Med Interna. 2003;20(1): 10-14.
5. Bechars K, Blanco Rodríguez J, Vergara A. Pseudotumor inflamatorio del pulmón en la infancia. Bol Med Hosp Infantil Méx. 2000;57(2):87-91.
6. Kobzik L. El pulmón. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins patología estructural y funcional. 6ta ed. España: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 727-788.
7. Díez JM, Fernández E. Seudotumor inflamatorio multifocal del pulmón con buena respuesta a corticoides. Arch Bronconeumol. 1998;34:102-4.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grado en Anatomía Patológica. Profesora Asistente. ISCM-VC.
2. Estudiante de Medicina. ISCM-VC.