TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA. REPORTE DE CASO

SOLITARY FIBROUS TUMOUR OF THE PLEURA. A CASE REPORT

Lilian Acosta¹, Wigberto Benítez²

RESUMEN

El tumor fibroso solitario de la pleura, es de rara presentación, constituye el 10% de los tumores primarios de pleura, con origen en el tejido conjuntivo submesotelial. Su comportamiento puede ser benigno o maligno, siendo aproximadamente en un 10-20% de naturaleza maligna. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, considerándose caso de malignidad, el tratamiento adyuvante utilizando bevacizumab y temozolomida con buenos resultados.

Palabras clave: pleura, tumor pleural, tumor fibroso solitario.

ABSTRACT

Solitary fibrous tumor of the pleura, constitutes 10% of primary tumors of the pleura with origin in the submesothelial connective tissue. The behavior can be benign or malignant, being approximately 10-20% of malignant nature. The treatment of choice is the surgical resection, considering itself in case of malignancy, the adjuvant treatment using bevacizumab and temozolomide with good results.

Key Words: pleura, pleural tumor, solitary fibrous tumor.

INTRODUCCIÓN

La pleura es la membrana serosa que recubre la cavidad celomática, se divide en parietal y visceral identificándose en ellas varias capas, teniendo en común la capa de células mesoteliales y de tejido conjuntivo submesotelial^(1,6). En 1767 Lietaud describe el tumor fibroso solitario (TFS) con la denominación de mesotelioma. Klemperer y Rabin (1931) clasifican los tumores pleurales en dos tipos: los mesoteliomas difusos (mesotelioma) y los mesoteliomas localizados (TFS)^(2,7). Se origina en células mesenquimales en el tejido conjuntivo submesotelial, presenta celularidad muy variable en contraposición a la predominancia de colágeno^(1,7,8). Es de rara presentación, afecta a hombres y mujeres por igual, más frecuente entre los 50 y 70 años^(1,2,9). La mayoría son benignos, presentando malignidad en aproximadamente un 10-20% de los casos. Generalmente cursa de forma asintomática, sin embargo puede ocasionar manifestaciones clínicas como tos, dolor o disnea a causa del crecimiento tumoral que ocasiona compresión de estructuras regionales. Puede presentar síntomas paraneoplásicos como

el Síndrome de Doege Potter (episodios de hipoglucemia refractaria) por producción tumoral de factor de crecimiento Insulinomimético II, ó el Síndrome de Pierre-Marie-Bamberberg (osteopatia pulmonar hipertrófica) por hipersecreción de ácido hialurónico^(1,3,7,10-12). En estudios radiológicos se presenta habitualmente como una imagen bien delimitada, homogénea, a nivel de la base del tórax. Áreas de necrosis, hipervascularización, derrame pleural, localización atípica puede sugerir la naturaleza maligna de la lesión. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa, en caso de resección incompleta o de naturaleza maligna, se puede emplear tratamiento adyuvante con temozolomida o bevacizumab, aunque su efectividad aun es dudosa⁽¹⁻⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 46 años, con cuadro de 4 meses de evolución de tos seca, acude a facultativo quien inicia tratamiento sintomático sin mejoría, se realiza radiografía de tórax PA donde se evidencia la presencia de una imagen radioopaca, a nivel de campo medio e inferior de hemitórax derecho (**Figura 1**). Al examen físico: murmullo vesicular disminuido a nivel de base de hemitórax derecho con matidez a la percusión. Resto sin datos de relevancia.

Laboratorio: GB: 8.398, N: 70%, Hb: 15 g/dl, Hcto: 46.7%, Pla: 291.400, Ur: 30, Cr: 0.6, Glc: 109, O.s: simple: no patológica.

En la TAC imagen hipodensa, sólida, bordes delimitados en hemitórax derecho, se realiza biopsia transparietal con resultado de tumor fibroso solitario (**Figura 2**).

Con este diagnóstico se realiza toracotomía posterolateral derecha y resección completa del tumor localizado en la cisura mayor sin adherencias a los lóbulos pulmonares con base de implantación en el hilio pulmonar con tamaño de 13 x 8 x 6 cm (**Figuras 3, 4**). Anatomía patológica: Tumor fibroso solitario (**Figura 5**).

1. Residente de 2do año. Cirugía Torácica.

2. Jefe de servicio. Cirugía Torácica.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM). Paraguay

Autor correspondiente: Dra. Lilian Acosta. Correo electrónico: lilianacostasanchez@gmail.com

Artículo recibido: 21.11.17 - Artículo aceptado: 23.12.17

Autofinanciado por los autores. Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

Figura 1: Rx tórax PA/LD: imagen radioopaca, en proyección base y campo medio de hemitórax derecho.

Figura 2: TAC simple de tórax: imagen de masa homogénea, en hemitórax derecho.

Figura 3: Tiempo quirúrgico control de la base de implantación tumoral.

Figura 4: Pieza quirúrgica, tumor resecado en su totalidad.

Figura 5: Se observa áreas de vascularización irregular, extensa fibrosis e hialinización, núcleos sin atípías. Imágenes gentileza Laboratorio Dr. Antonio L. Cubilla. Centro de Patología e Investigación.

DISCUSIÓN

El TFS es un tumor de rara presentación, afecta a hombres y mujeres por igual, por lo general de naturaleza benigna, aunque con potencial maligno. Cursa de forma asintomática, pudiendo presentar síntomas relacionados a efecto

compresivo tumoral o como síndromes paraneoplásicos, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica, considerándose el tratamiento adyuvante en caso de malignidad o resección incompleta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guijarro-Jorge R, Deu-Martin M, Álvarez-Kindelán A, editors. Patología pleural. Primera ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013. p. 193–208.
2. Ferrerira E, Díaz J. Tumor fibroso solitario de la pleura. Rev Chilena de Cirugía. octubre de 2008;60(5):465-72.
3. Vazquez Díaz Contreras R, Sotelo Robledo R. Tumor fibroso solitario de pleura: presentación de caso y revisión de la bibliografía. Anales de Radiología Méx. Enero de 2017;16(1):72-8.
4. Fuentes-Valdés E, Martín-González M. Tumor fibroso solitario de la pleura. Descripción clínica quirúrgica de 10 casos. septiembre de 2014;73(3):174-8.
5. Hohenforst-Schmidt W, Grapatsas K, Dahm M, Zarogoulidis P, Leivaditis V, Kotoulas C, et al. Solitary fibrous tumor: A centers experience and an overview of the symptomatology, the diagnostic and therapeutic procedures of this rare tumor. Respir Med Case Rep. 2017;21:99-104.
6. Rouvière H. Compendio de anatomía y disección: ilustrado con 455 figuras. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.
7. León F, Bannura F, Solovera M, Salas P. Tumor fibroso solitario de la pleura asociado a síndromes paraneoplásicos. Rev Chilena de Cirugía. 2013;65(3):255-9.
8. Soutelo J, Moldes S, Martin A, Lufti R, Leal Reina M. Hipoglicemia inducida por tumor fibroso solitario pleural: Síndrome de Doege Potter. Rev Med Chile. 2016;144:129-33.
9. Ortega M, Gualco G, Musto M, Wis R, Maggiolo R, Ardau G. Tumor fibroso solitario de pleura. Aspectos clínicos patológicos. Rev Esp Patol. 2005;38(1):21-5.
10. Meng W, Li H, Wag G, Wei D, Feng X. Solitary fibrous tumors of the pleura with Doege-Potter syndrome: a case report and three-decade review of the literature. BMC Res Notes. 2015;7:515.
11. Han G, Zhang Z, Shen X, Wang K, Zhao Y, He J, et al. Doege-Potter syndrome. Medicine (Baltimore). 2017;96(27).
12. Pinedo-Onofre J, Robles-Perez E, Peñ-Mirabal E, Hernández-Carrillo J, Téllez-Becerra J. Tumor Fibroso Solitario gigante de pleura. Cir Ciruj. 2010;78:31-43.