

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PARED TORÁCICA.

Por:

Dr. Gustavo Pérez Zavala¹, Dr. Alejandro Ruiz Méndez² y Dr. Evenecer Narteh³

1. Especialista de I Grado en Cirugía General.
2. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.
3. Residente de cuarto año de Cirugía General.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS TORACICOS/patología
MESOTELIOMA/patología

Subject headings:

THORACIC NEOPLASMS/pathology
MESOTHELIOMA/pathology

El término de tumor fibroso solitario fue descrito inicialmente por Wagner, Klemperer y Rabin, en 1931, informaron un tumor que levantó la capa mesotelial de forma localizada y proveniente del tejido fibroso submesotelial de pared torácica. Posteriormente, Clagett; introduce como término el de mesotelioma fibroso, para distinguir estos tumores de curso generalmente benigno, de otros tumores mesoteliales de carácter agresivo. Aunque existe discusión sobre su histogénesis por algunos, se aconseja el nombre de tumor fibroso solitario¹. Se ha descrito este tipo de tumor en otras localizaciones, como órbita, tiroides, pulmón y pericardio.

Presentación del paciente:

Paciente AES de 27 años de edad, mestizo y masculino, con antecedentes de haber sido intervenido quirúrgicamente hace un año en este centro por heridas de arma blanca en tórax y abdomen, ocasión en que se encontró hemoperitoneo de gran cuantía producto de lesión renal derecha, por lo que es practicada nefrectomía, y además se observó lesión puntiforme en ángulo hepático del colon, la cual se sutura y se practica precolostomía. Fue realizada también toracotomía derecha, y se halló hemotórax de gran cuantía debido a lesión de orejuela de aurícula derecha, la cual se sutura a puntos sueltos con prolene, se aspira cavidad y se colocan dos sondas de drenaje. Mantuvo un postoperatorio estable; posteriormente se reinserta el colon a la cavidad abdominal, y es egresado sin complicaciones.

Ahora acude nuevamente a nuestro hospital por presentar disnea a los moderados esfuerzos, tos no productiva, en ocasiones muy intensa, y molestias a nivel del hemitórax derecho. No se recoge la existencia de fiebre, pérdida de peso, anorexia, astenia o trastornos gastrointestinales. Se realiza radiografía simple de tórax anteroposterior, hemograma completo y EKG, y se decide su ingreso en la sala de cirugía.

Examen físico: Paciente normolíneo que deambula sin dificultad, con facies y marcha no característica de proceso patológico y que mantiene un decúbito activo indiferente.

Piel y mucosas: Normocoloreadas y húmedas.

Tejido celular subcutáneo: No infiltrado.

Aparato respiratorio. Tórax: presencia de cicatrices quirúrgicas previas. Expansibilidad torácica y vibraciones vocales disminuidas en hemitórax derecho, así como sonoridad pulmonar abolida en

los dos tercios inferiores del propio hemitórax. A la auscultación se percibe que el murmullo vesicular en el campo pulmonar derecho está marcadamente disminuido, y se auscultan estertores roncós. En el campo pulmonar izquierdo el murmullo vesicular está algo disminuido en base, y se auscultan crepitantes en dicha zona.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y no se ausculta soplo; latido de la punta algo desplazado. FC: 88 x min TA: 120-70.

Abdomen: Cicatrices quirúrgicas debidas a intervención anterior. Pared depresible y suave; no existe dolor a la palpación. No se palpa visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes.

Exámenes complementarios: Rayos X de tórax: Opacidad homogénea que ocupa los dos tercios inferiores del campo pulmonar derecho que produce desplazamiento mediastinal.

Hemograma: Hb: 14,4 g%; leucograma: 8×10^9 ; tiempo coag: 8 min; tiempo sang: 1 min; eritrosedimentación: 31 mm; glicemia: 5,7 mmol/l; creatinina: 64 mmol/l.

Ultrasonido abdominal: Hemidiafragma derecho íntegro y en su posición normal. Por encima del mismo se observa imagen ecogénica. Dado los antecedentes, la posibilidad de hematoma crónico debe valorarse. El resto del examen de abdomen no presenta alteraciones.

Tomografía axial computadorizada: Se observa gran imagen hipodensa hacia el lóbulo inferior del pulmón derecho, homogénea, similar a la densidad del área cardíaca, y existe una interfase entre ellas. Comprime y desplaza los órganos del mediastino hacia el lado contrario con diámetro de 20 cm aproximadamente. Existe pequeña reacción pleural izquierda producto de que dicha imagen comprime y colapsa zona del lóbulo inferior de ese lado.

EKG: normal.

Se realizan varias punciones pleurales, todas infructuosas.

El paciente es llevado al salón el día 5-6-02 con el diagnóstico presuntivo de colección pleural crónica, por lo que se realiza toracotomía derecha vertical infraaxilar, y se comprueba la presencia de un tumor endotorácico gigante que ocupaba los dos tercios inferiores de dicho hemitórax, y desplazaba el pulmón hacia arriba. No existía invasión a ningún órgano, solamente adherencias firmes al lóbulo medio, que se separaron con disección aguda y roma. El tumor, completamente sólido, era redondeado, con mamelones algo irregulares en algunas zonas, de color amarillento rosáceo y con base de sustentación de 8 cm de diámetro sobre la pared anteroinferior, firmemente adherida a ella. Es resecaado y se logra expansión pulmonar. Presentó una evolución postoperatoria estable, y es egresado sin complicaciones.

Resultado histológico: Biopsia 3096/2002

Pieza que mide 24 x 19 x 10 cm y pesa 3,4 kg (Figs 1 y 2).

Conclusiones: Tumor fibroso solitario de pared torácica.



Fig 1 Tumor fibroso solitario de tórax. Se hace comparación con relación a bisturí quirúrgico.

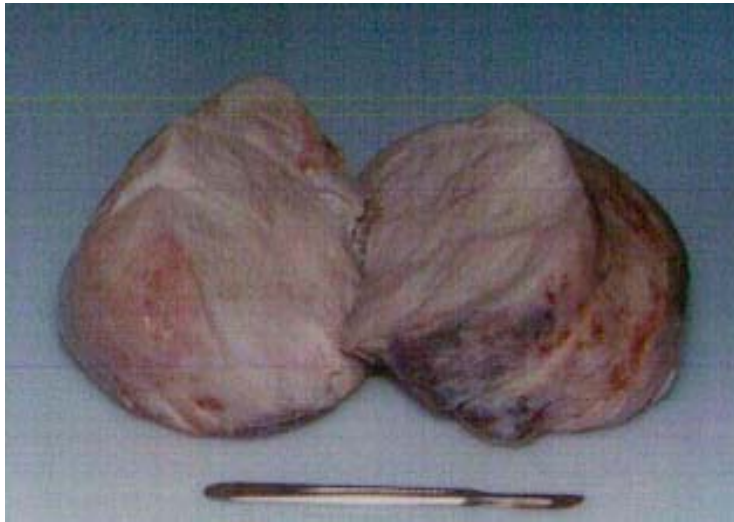


Fig 2 Corte central, donde se observa la correspondencia con una masa tumoral sólida.

Comentario:

Como referíamos en la descripción del cuadro clínico, se trataba de un hemitórax opaco, y a pesar de las investigaciones realizadas, no pudimos llegar al diagnóstico en el preoperatorio, pues con los antecedentes de haber sido intervenido quirúrgicamente de ese hemitórax un año antes, era menos probable encontrarnos un tumor de tal magnitud. Este tumor era de color blanco amarillento, con su base de sustentación de unos 8 cm en la porción anteroinferior del hemitórax derecho, no había infiltración al diafragma, pulmón o mediastino; sólo encontramos adherencias al lóbulo inferior, que se separaron con disección aguda y roma. Existía atelectasia de los lóbulos medio e inferior, los que lograron expansión al retirar la masa tumoral. El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio; actualmente lleva una vida normal, y es valorada su evolución

por consulta.

Estos tumores representan menos del 5 % de los que afectan la pared torácica; su evolución es mayoritariamente benigna y el tratamiento quirúrgico se considera suficiente². Más de la mitad de los pacientes presentan síntomas, y los más referidos son: disnea, tos y dolor torácico; como síntomas extratorácicos se hallan: la artralgia, la osteoartropatía pulmonar hipertrófica y la hipoglicemia³.

El examen más importante para el diagnóstico es la radiografía de tórax anteroposterior, la cual nos ofrece variaciones de imágenes en dependencia del tamaño y localización del tumor; la tomografía axial computadorizada nos permite obtener la densidad de la masa y su relación con otras estructuras intratorácicas, y sólo cede en sensibilidad ante la resonancia magnética nuclear^{2,3}. La biopsia aspirativa con aguja fina es a veces no concluyente, pues este tipo de tumor presenta zonas acelulares y en ocasiones áreas de necrosis intratumoral, lo que dificulta la obtención de material representativo. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante histodiagnóstico posquirúrgico, y en los casos informados el diámetro medio fue de 5-10 cm, y su peso de 100 a 400 g. El análisis inmunohistoquímico muestra negatividad para queratina, S-100, antígeno carcinoembrionario y factor VIII, y positividad para Vimentina y CD-4¹. La resección quirúrgica es curativa la mayoría de las veces y el pronóstico depende de la resecabilidad tumoral, de su tamaño, del grado de mitosis, polimorfismo y necrosis intratumoral^{1,3}.

Referencias bibliográficas

1. Rulon HS, Mick H, Marinus AP. A large thoracic mass in a 57 year old patient. Chest 2000; 117(3):122-35.
2. Desser RS, Stark P. Pictorial essay: solitary fibrous tumor of the pleura. J Thorac Imaging 1998; 13:27-35.
3. Ferretti GR. Localized benign fibrous tumors of the pleura. AJR 1997; 169:683-6.