

Pseudotumor inflamatorio de pulmón en el niño

V. Rollán Villamarín, F. Seguel Ramírez, P. Morató Robert, L. de Mingo Misena, J.C. Ollero Fresno

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario «Niño Jesús», Madrid

RESUMEN: El Pseudotumor inflamatorio es un proceso no neoplásico caracterizado por un crecimiento irregular de células inflamatorias.

Se describe el caso de un varón de 10 años, asintomático, diagnosticado por hallazgo casual en una radiografía de tórax, de una masa esférica en lóbulo inferior de pulmón derecho. Se le practicó biopsia escisional que fue informada como «pseudotumor inflamatorio».

El pseudotumor inflamatorio es un proceso poco frecuente que puede desarrollarse en diversas regiones del organismo, con localización más frecuente en pulmón. Las pruebas de imagen no son específicas para el diagnóstico que sólo es posible por biopsia. El tratamiento de elección es la resección completa.

PALABRAS CLAVE: Pseudotumor inflamatorio; Pulmón; Niño.

INFLAMATORY PSEUDOTUMOR OF THE LUNG IN CHILDREN

ABSTRACT: The Inflammatory Pseudotumor is a no neoplastic process characterised by an irregular growth of inflammatory cells.

A case of 10 years old male is described, he was asymptomatic, diagnosed by a casual chest XR, with a spheric mass in the inferior lobe of the right lung. An excisional biopsy was done with the result of «Inflammatory Pseudotumor».

The Inflammatory Pseudotumor is a rare process that can be found in different regions of the human body, with most frequent localization in the lung. The image tests are not specific for the diagnosis that only can be done by biopsy.

The recommended treatment is the complete resection.

KEY WORDS: Inflammatory pseudotumor; Lung; Children.

INTRODUCCIÓN

El Pseudotumor inflamatorio (PI) es un proceso no neoplásico caracterizado por un crecimiento irregular de células inflamatorias.

Correspondencia: V. Rollán Villamarín, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario «Niño Jesús», Av. Menéndez Pelayo, 65, 28009 Madrid.

Recibido: Septiembre 2001

Aceptado: Enero 2002

Descrito por primera vez por Brunn en 1939⁽¹⁾, ha recibido diversas denominaciones: xantogranuloma, xantoma, fibroxantoma, granuloma de células plasmáticas, histiocitoma, etc.

Su frecuencia es escasa, según la revisión de Fernández Villar y cols.⁽²⁾ se han publicado pocos más de 300 casos, siendo la localización pulmonar la más frecuente^(2,3). La escasa frecuencia nos induce a publicar este caso.

CASO CLÍNICO

Varón de 5 años. Hallazgo casual en una radiografía de tórax de una masa esférica en lóbulo inferior de pulmón derecho de evolución asintomática (Fig. 1).

TAC torácico: nódulo intrapulmonar de 2,5 cm de diámetro, ubicado en lóbulo inferior de pulmón derecho (Fig. 2).

Tratamiento: se efectúa toracotomía derecha resecando una masa esférica de 2,5 cm de diámetro, con bordes bien delimitados, alojada en lóbulo inferior de pulmón derecho.

Informe de anatomía patológica: pseudotumor inflamatorio, subtipo granuloma de células plasmáticas.

Postoperatorio sin complicaciones; los controles postoperatorios en dos años de seguimiento no evidencian signos de recidiva.

DISCUSIÓN

La etiopatogenia de PI es desconocida, habiéndose publicado diversas hipótesis como causa desencadenante: trastorno metabólico, procesos inflamatorios que desencadenarían una respuesta inmunológica y una reacción antígeno-anticuerpo^(2,4).

Su verdadera incidencia es desconocida, Pletnev y cols.⁽⁵⁾ refieren una frecuencia de 0,7% en una revisión de 1.075 tumores broncopulmonares. La revisión de Cerfolio y cols.⁽⁴⁾ recopila 23 casos entre los años 1946 y 1993, con una incidencia del 0,04% de los tumores broncopulmonares.

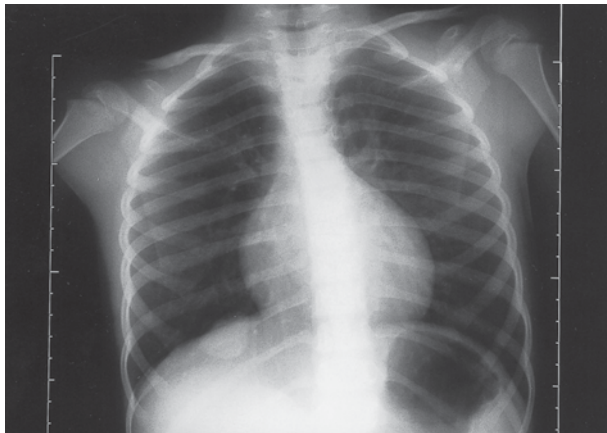


Figura 1. Radiografía a.p. de tórax: nódulo intrapulmonar en lóbulo inferior pulmón derecho.

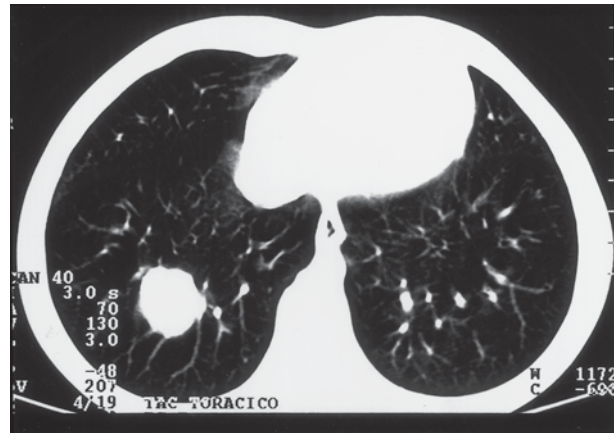


Figura 2. TAC torácico.

Está considerado como el tumor primario de pulmón más frecuente en menores de 18 años, variando su incidencia según las diversas publicaciones⁽⁶⁾.

Puede localizarse en diversos órganos de la cavidad torácica y abdominal, así como en el sistema nervioso central, órbita y glándulas salivares, siendo la localización pulmonar la más frecuente^(3-5, 7).

La sintomatología varía según las diversas series, la mayoría asintomáticos, habiéndose referido en otros casos: tos, pérdida de peso, fiebre, fatiga, hemoptisis y atelectasias.^(4, 8, 9)

Como métodos diagnósticos, las pruebas de imagen son inespecíficas y están de acuerdo casi todos los autores en que la punción aspiración con aguja fina (PAAF) y la punción con tru-cut extraen unas muestras insuficientes para el estudio histopatológico, siendo la biopsia escisional la única prueba efectiva para el diagnóstico, resultando también curativa⁽²⁻⁴⁾.

El hallazgo radiológico típico se corresponde con la imagen de un nódulo pulmonar solitario, periférico, localizado preferentemente en lóbulo inferior^(3, 5, 6). Las calcificaciones son más frecuentes en niños que en adultos^(5, 6).

La escisión completa es el tratamiento de elección, cuando no es factible debe recurrirse a la segmentectomía, lobectomía o neumonectomía si es necesario⁽⁴⁾.

Se han publicado otros tipos de tratamientos que pueden considerarse como anecdóticos, con agentes quimioterápicos, esteroides o radioterapia, con dudosos beneficios y con morbilidad y resultados variables⁽⁷⁾.

En el caso que se presenta la evolución fue asintomática, las pruebas de imagen no fueron diagnósticas, llegándose al diagnóstico definitivo por una biopsia escisional que resultó curativa.

La evolución es generalmente benigna, el crecimiento puede ser lento o rápido, habiéndose descrito algún caso de resolución espontánea.

El pronóstico es bueno con resección completa. La resección incompleta puede producir recurrencias.

Las recurrencias, metástasis, degeneración maligna y muerte por causa del tumor son raras, pero han sido comunicadas en algunas series⁽¹⁰⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunn H. Two interesting benign lung tumors of contradictory histopathology: remarks on the necessity of maintaining chest tumor registry. *J Thorac Surg* 1939;**9**:119-131.
2. Fernández Villar A, Mosteiro Añon M, Corbacho Abelaira D, Acuña Fernández A, Piñeiro Amigo L. Pseudotumor inflamatorio pulmonar: presentación de dos casos y revisión de la literatura. *An Med Interna* 1997;**14**(9): 469-472.
3. Hoer J, Steinau G, Fuzesi L, Gunawan B, Schumpelick V. Inflammatory pseudotumor of the diaphragm. *Pediatr Surg Int* 1999;**15**(5-6):387-390.
4. Cerfolio RJ, Allen MS, Nascimento AG, Deschamps C, Trastket VF, Miller DL, Pairolero PC. *Ann Thorac Surg* 1999;**67**:936-939.
5. Goldbert ZV, Pletnev SD. On pulmonary «pseudotumors». *Neoplasia* 1967;**14**:189-198.
6. Agrons GA, Rosado-de-Dhrstenson ML, Kirejezyk WM, Conran RM, Stocker JT. Pulmonary Inflammatory Pseudotumor: Radiologic Features. *Radiology* 1998;**206**:511-518
7. Bonnet JP, Basset T, Dijoux D. Abdominal Inflammatory Myofibroblastic Tumors in Children: Report of an Appendiceal case and Review of the Literature. *J Pediatr Surg* 1996;**31**:1311-1314.
8. Alexious Ch, Obuszko Z, Beggs D, Morgan WE. Inflammatory Pseudotumors of the Lung. *Ann Thorac Surg* 1998;**66**:948-950.
9. Verbeke J, Verbene A, Den Hollander JC, Robben S. Inflammatory myofibroblastic tumour of the lung manifesting as progressive atelectasis. *Pediatr Radiol* 1999;**29**:816-819.
10. Koltusuzuk U, Gürsoy MH, Mutus M, Aydin A, Aydin M, Cetin S, Ciralik H. Multifocal Omental Mesenteric Inflammatory Pseudotumor (Plasm Cell Granuloma). *Eur J Pediatr Surg* 1999;**9**: 426-429.