

Presentación de caso

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Cirugía de las lesiones benignas tumorales del pulmón. 1996-2004.

Surgery of benign tumoral lesions of the lung. 1996-2004.

**Dr. Miguel A. Concepción López¹, Dra. Raissa Pineda Bombino¹, Dr. Emir Vives Balmaseda¹,
Dr. Orlando S. Rodríguez Martínez², Dr. Ricardo Álvarez Escobar³**

1. Especialista de 1^{er} grado en Cirugía General. Profesor Instructor
2. Especialista de 2^{do} grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar
3. Especialista de 1^{er} grado en Cirugía General

RESUMEN

Se presentan cuatro casos con lesiones benignas tumorales de los pulmones, operados por el grupo de cirugía torácica del Hospital Universitario "Camilo Cienfuegos" de 1996 al año 2004. Se hizo un resumen del cuadro clínico de cada una de ellas, así como un comentario científico de las lesiones. Los casos intervenidos fueron: un fibroleiomioma, granulomatosis de Wegener, un tuberculoma y una neumonía crónica en organización. A los tres primeros se les realizó lobectomía superior derecha y al último bilobectomía superior y media derecha.

DeCS: NEOPLASIAS PULMONARES / cirugía

SUMMARY

Four cases are presented with benign tumoral lesions of the lungs, operated by the group of thoracic surgery of the "Camilo Cienfuegos" University Hospital from 1996 to 2004. A summary of the clinical picture was made to each one of them, as well as a scientific comment of the lesions. The intervened cases were: a fibroleiomyoma, a Wegener's granulomatosis, a tuberculoma and a chronic pneumonia in formation. A right superior lobectomy was performed to the first three and a superior and central right bilobectomy to the last.

MeSH: LUNG NEOPLASMS / surgery

INTRODUCCIÓN

Las lesiones tumorales del pulmón son producidas por cáncer en una frecuencia importante. El cáncer pulmonar sigue siendo el tumor maligno más frecuente en varones en los Estados Unidos 1. Además constituye la causa más común de muerte por cáncer en el mundo tanto en varones como mujeres 2-8, comportándose de igual manera en Cuba, señalado en Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Pulmón del INOR*.

Los tumores benignos del pulmón constituyen menos del 1% del total de las neoplasias pulmonares y su origen es mesodérmico, siendo el hamartoma la neoplasia benigna más frecuente

9. Existen afecciones de muy escasa malignidad que incluyen hemangiopericitoma o blastoma pulmonar que se originan de tejido embrionario pulmonar; además tumores malignos de bajo grado mencionados como adenomas que incluyen al tumor carcinoide, el carcinoma adenoquístico (cilindroma) y carcinoma mucoepidermoide 10. Pero aún más se describen lesiones benignas tumorales de los pulmones no incluidos en los grupos anteriores como infecciones micóticas (más frecuentes en forma difusa), las llamadas neumonías crónicas 11 o neumonías en organización 9, los tuberculomas y algunas enfermedades granulomatosas, etc., que deben ser consideradas como lesiones tumorales que precisan tratamiento en ocasiones.

Con este término (lesiones benignas tumorales) hemos querido describir los casos operados por el grupo de cirugía torácica de nuestro hospital desde su creación en 1996 hasta la fecha actual.

En uno de los casos se presenta una granulomatosis de Wegener. Un tipo de vasculitis necrotizante sistémica consistente en: vasculitis granulomatosa necrotizante del tractus respiratorio alto y bajo, glomerulonefritis necrotizante focal y vasculitis de pequeños vasos sistémica afectando numerosos sistemas de órganos 12.

* Guía de diagnóstico y tratamiento. Cáncer de pulmón. INOR Ciudad de la Habana. Nov. 2001.

Las lesiones pulmonares en el 95% de los pacientes. Hay infiltrado pulmonar múltiple, nodular y bilateral, que frecuentemente cavita; es menos frecuente lesión endobronquial obstructiva que produce atelectasia. Múltiples órganos pueden ser afectados durante el curso de la enfermedad como: riñón, articulaciones, oídos y ojos. Para el diagnóstico es importante la biopsia de pulmón abierta y la biopsia renal percutánea. El tratamiento de la enfermedad es una combinación de esteroides y agentes citotóxicos como la ciclofosfamida.

Para explicar otro de los casos presentados es necesario recordar la llamada neumonía crónica o más recientemente llamada neumonía en organización.

La primera fue descrita en el Tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas de Diebold 11 de 1963 de la siguiente forma: "Desde hace una serie de años se ven aparecer cada vez con mayor frecuencia inflamaciones pulmonares, predominantemente inespecíficas, con fusión purulenta o sin ella, que se caracterizan por una evolución sumamente tórpida. La mayoría de estos casos no curan con tratamiento conservador, siendo necesario la práctica de una resección pulmonar para curar al enfermo de su padecimiento crónico".

Anatomopatológicamente se producirá una transformación cicatrizal con intensa retracción, fibrosis intralobular e interalveolar con infiltración linfocelular, necrosis, posible formación de abscesos e inflamación de las paredes de bronquios de pequeño y mediano tamaño.

La neumonía en organización 9 puede reemplazar al parénquima pulmonar con tejido cicatrizal, atelectasia persistente o consolidación. Al inicio se desarrolla una neumonía aguda y a continuación una sombra persistente. Cuando la sombra o la masa no desaparecen en 6 a 8 semanas debe extirparse para excluir carcinoma. Ambas formas descritas coinciden clínica y anatomopatológicamente y necesitan tratamiento quirúrgico.

Las enfermedades micóticas pulmonares pueden presentarse también como lesiones benignas tumorales y el tratamiento quirúrgico incluye el diagnóstico y la terapéutica de complicaciones de la enfermedad o para excluir cáncer u otras infecciones o confirmar trastornos benignos 9.

En la presentación aparece un tumor benigno de pulmón, el fibroleiomioma. Se considera al fibroma el tumor de origen mesodérmico más frecuente en el pulmón. Además el leiomioma no tan frecuente, pudiendo situarse endobronquial o periférico. Aquí ocurrió una combinación de ambos.

Se han realizado diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar desde épocas anteriores, pero hoy este tratamiento no es frecuente, no obstante se mantienen

algunas indicaciones que se relacionan a continuación: empiema con fístula broncopleurales, lóbulo o pulmón destruido, cavidades abiertas persistentes con esputos positivos, estenosis bronquial post-tuberculosis, hemorragia pulmonar, sospecha de carcinoma, aspergiloma y bronquiectasia 13 .

En el caso presentado se toma como indicación quirúrgica la estenosis bronquial post-tuberculosis e imagen tumoral radiológica.

PRESENTACIÓN DE CASO

presentación de casos Caso No 1:

Paciente J.S.F. de 45 años de edad, masculino, historia clínica: 52092401486.

Presentaba disnea de 1 mes de evolución y tos productiva. Murmullo vesicular disminuido globalmente y abolido en tercio medio de hemitórax derecho.

Se realizó radiografía del tórax y se observó: bulla del lóbulo superior derecho más atelectasia en dicha zona y posible tumoración. Es operado el 29-10-97 y resultó bulla y tumoración de aspecto inflamatorio en lóbulo superior derecho. Se realizó: Lobectomía superior derecha y escarificación pleural con electrocoagulador.

El paciente es dado de alta a los 6 días de operado.

Biopsia: Granulomatosis de Wegener Clásica.

Caso No 2:

Paciente E.LR. de 64 años de edad, masculino, historia clínica: 36010420527.

Presentaba proceso inflamatorio de más de 6 semanas de evolución en pulmón derecho, astenia marcada, mareos, tos, expectoración hemoptoica y dolor torácico. Se realizó radiografía del tórax y se observó: imagen radiopaca de región parahiliar derecha. BAAF: muestra no útil para diagnóstico. TAC: imagen periférica del lóbulo medio de aspecto tumoral que infiltra pared torácica. Broncoscopia: no evidencias de lesión endobronquial.

Es operado el 1-12-03 y resultó ser una tumoración del lóbulo superior derecho que infiltra lóbulo medio más adenomegalia peribronquial y mediastínica. Se realizó: Bilobectomía media y superior derecha más resección de fragmento de arco costal lesionado.

El paciente es dado de alta a los 4 días de operado.

Biopsia: Fibrosis pulmonar difusa. Engrosamiento de tabiques alveolares y proliferación vascular con engrosamiento de paredes, necrosis y hemorragia. No malignidad en ganglios examinados. Fragmento costal sin alteraciones. Estructuras parecidas a hongos en algunos cortes.

Caso No 3:

Paciente N.G.V. de 39 años de edad, femenina, historia clínica: 64032801614.

Presentaba antecedentes de asma bronquial, con manifestaciones catarrales, tos seca y dolor torácico. Murmullo vesicular tercio superior del hemitórax derecho. Se realizó radiografía del tórax y se observaron imágenes tumorales (2) bien definidas superpuestas en lóbulo superior derecho (vista A-P). Broncoscopia normal. Es operado el 22-08-03 y resultó: dos tumoraciones separadas, de 4 cms en lóbulo superior derecho.

Se realizó: Lobectomía superior derecha y exéresis de adenopatías hiliares.

El paciente es dado de alta a los 5 días de operada.

Biopsia: fibroleiomioma. Ganglios sin alteraciones metastásicas.

Caso No 4:

Paciente L.S.I. de 32 años de edad, femenina con H.C. 71110704131.

Con A.P.P. de presentar una Tb diagnosticada en octubre del 2003 la cual recibió tratamiento por un año. Baciloscopía negativa al finalizar el tratamiento.

Comienza nuevamente con tos seca y disnea moderada. Al examen físico se ausculta murmullo vesicular abolido hacia el vértice del pulmón derecho.

Rx de tórax se encuentra imagen radiopaca en cuña hacia el vértice del pulmón derecho. Broncoscopía realizada en 3 ocasiones donde se aprecia estenosis progresiva del bronquio superior derecho. BAAR negativa.

La biopsia de la estenosis informa fibrosis e inflamación severa aguda con abundante vascularización. Es operada el 8-9-04 y resulta T del lóbulo superior con atelectasia del mismo. Se le realizó lobectomía superior derecha. Evoluciono favorablemente y es dada de alta. La biopsia informó tuberculoma.

DISCUSIÓN

Las lesiones benignas tumorales del pulmón no son frecuentes. Desde el año 1996 hasta hoy el grupo de cirugía torácica ha operado más de 40 lesiones tumorales del pulmón y solo 3 (presentadas aquí) han sido benignas. Excluimos otras lesiones benignas no tumorales como el absceso, bronquiectasias, empiema, bullas y neumotórax. La granulomatosis de Wegener puede tener afecciones en múltiples órganos como son riñones, articulaciones, oídos, ojos, etc. lo que no fue demostrado en el paciente presentado a pesar de que después del resultado de la biopsia el enfermo no volvió a consulta.

En informes iniciales acerca de las neumonías crónicas quirúrgicas se incluía como parte de ellas las lesiones micóticas localizadas, lo que actualmente no se considera así 9.

El paciente analizado por su cuadro clínico y resultados patológicos del lóbulo resecado puede conducirse como un caso de neumonía crónica o neumonía en organización, aunque en algunos cortes aparecen estructuras similares a hongos. La poca frecuencia de esta afección puede dificultar el diagnóstico patológico final y la definición de agente etiológico. Los tumores benignos del pulmón son menos del 1% de los tumores pulmonares.

El caso presentado tenía estructuras histológicas de dos tumores benignos descritos por separados en la clasificación 9. Además se presentó como dos lesiones separadas en el mismo lóbulo. La paciente con tuberculosis pulmonar presentó un tumor del lóbulo superior derecho que en la biopsia resultó un tuberculoma, pero no se describieron los bronquios para definir la estenosis señalada, a pesar de habersele solicitado al patólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Putman JB, Jr MD. Pulmón (incluidas embolia pulmonar y síndrome del estrecho torácico superior). En: Sabiston. Tratado de patología quirúrgica. XVI edición. Ciudad de México: editorial McGraw Hill- Interamericana; 2003 .p. 1389-1390
2. Smith RA, Glynn ThJ. Epidemiology of lung cancer. Radiologic Clinics of North America 2000 May; 38(3): 453-70.
3. Neningen Vinageras E. Tabaquismo y cáncer de pulmón. En: Cirugía General I: UMMSM; 1999. Disponible en: URL: www.sld.cu/libros.
4. Machado Agüero T, Pérez Zavala G, Machado Cabrisas L, Cándido Monteagudo J, Torres Rivera O, Castro Valencia J. Tumores de pulmón. Medicentro 1998; 2(3).
5. Mederos Curbelo ON, Saa Vidal R, Cantero Ronquillo HA, Barrera Ortega JC, López Parajó L. Variación del estadiamiento clínico y el postquirúrgico en el cáncer pulmonar no células pequeñas. Rev Cub Oncol 2000; 16(3): 146-9. Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16_3_00/onc_02300.htm
6. Barroso Álvarez MC, Pérez Corrales A. Nuevos aspectos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer del pulmón tipo células no pequeñas. Rev Cubana Oncol 2000; 16(1): 13-21
7. Mederos Curbelo ON, Saa Vidal R, Cantero Ronquillo HA, Barrera Ortega JC, López Parajó L. Sobrevida del carcinoma de pulmón no células pequeñas sometido a cirugía en relación con el diagnóstico clínico. Rev Cubana Oncol 2001; 17(1): 39-42. Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_1_01/onc_07101.htm
8. Courtney M. Townsend, Jr. MD y col. Sabiston: Tratado de patología quirúrgica. 16 Edición. Ciudad de México: editorial McGraw- Hill Interamericana Editores; 2003 .p. 1406
9. Jarrell BE, Carabasi RA. Surgery. 3rd edition. USA. Williams & Willins. 1996 .p. 94
10. Diebold O, Zukschwerdt L, Junghanns H. Tratado de patología y clínica quirúrgica. Primera edición. Barcelona: Salvat editores, S.A; 1963 .p. 309-28
11. Kobzik L. Pulmón. En: Robins. Patología estructural y funcional. 6ta edición. Madrid: editorial McGraw Hill- Interamericana; 2000 .p. 768
12. Shoen FJ, Catran RS. Vasos sanguíneos. En: Robins. Patología estructural y funcional. 6ta edición. Madrid: editorial McGraw Hill- Interamericana; 2000 .p. 549-550
13. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ta edición. Madrid: editorial McGraw Hill- Interamericana; 2002 .p. 549-550
14. Jarrell BE, Carabasi RA. Surgery. 3rd edition. USA. Williams & Willins. 1996 .p. 89