

HAGA SU DIAGNOSTICO

Dr. Francisco J. Unchalo

CASO CLINICO

Paciente de 8 años de edad, asintomático que presenta el siguiente hallazgo radiológico en la Rx

de tórax de frente que origina la posterior Rx de perfil y la TAC de tórax. (Figuras 1, 2 y 3).



Figura 1



Figura 2

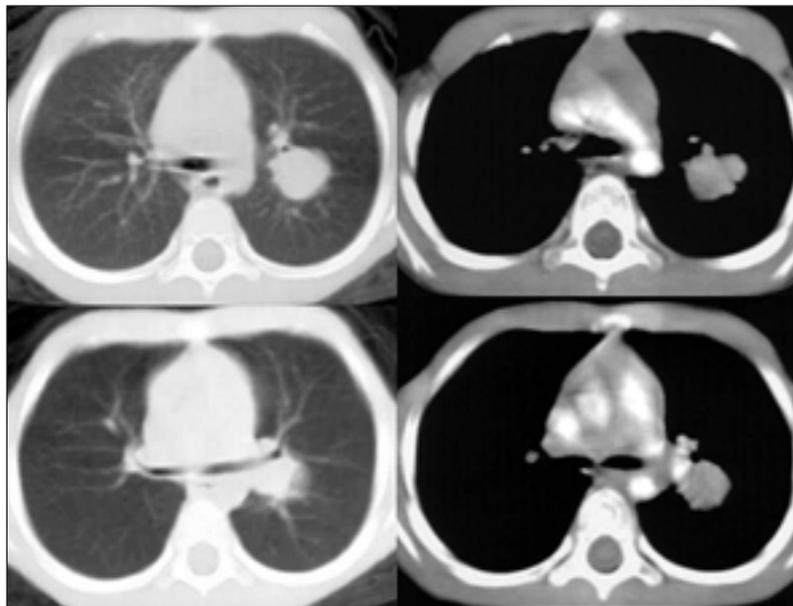


Figura 3

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

GRANULOMA DE CELULAS PLASMATICAS

Los tumores pulmonares primarios son raros en la niñez.

La proporción de tumores primarios, de neoplasias secundarias y lesiones no-neoplásicas del pulmón en niños son 1:5:60.

El granuloma de células plasmáticas (GCP) es el tumor pulmonar más común en el grupo de edad pediátrico (edad < 16 años). Se dice que comprende el 57% de los tumores pulmonares benignos y el 19.5% de todos los tumores pulmonares primarios en niños.

Se lo ha referido por otros nombres que incluyen: Seudotumor inflamatorio, fibroxantoma, histiocitoma, xantogranuloma y tumor miofibroblástico inflamatorio.

Los tumores pulmonares primarios menos comunes en niños incluyen: blastoma pleuropulmonar, carcinoma mucoepidermoideo, fibrosarcoma endobronquial, hemangioma, rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma, fibrosarcoma, papilomatosis bronquial y carcinoma broncogénico.

El GCP es una lesión reactiva no-neoplásica, postulada para ser postinflamatoria, aunque los informes de antecedentes asociados a enfermedad pulmonar es poco frecuente.

Es considerado parte del espectro de desórdenes pulmonares linfoproliferativos y se considera que representa una hiperplasia del sistema linfoide pulmonar en respuesta a un estímulo antigénico crónico. Su crecimiento es lento y progresivo comenzando como un foco de neumonía organizada con una tendencia a invadir localmente.

Raramente le han atribuido muertes debidas a la invasión local del mediastino, tráquea o pericardio. El pronóstico generalmente es considerado excelente si la lesión es completamente extirpada.

EL GCP puede presentarse a cualquier edad, si bien 2/3 de los casos ocurre en menores de 30 años; un cuarto de los casos ocurre a una edad < 10 años. La incidencia máxima es en la 3ra década. En la mayoría de los casos es asintomático y se lo descubre por hallazgos incidentales en Rx rutinarias. Cuando es sintomático, el dolor torácico, la disnea y la hemoptisis son las presentaciones más comunes.

Tratamiento: resección conservadora precoz y completa para evitar la recidiva local y la invasión de estructuras adyacentes.

Radiología

RX/TAC: Típicamente una masa redondeada parenquimatosa pulmonar solitaria y bien circunscrita de 2 a 12 cm. de diámetro, pero puede crecer hasta ocupar un pulmón entero. Puede cavitarse centralmente y contener calcificaciones.

Las adenopatías hiliares son raras y no se han informado derrames pleurales.

El GCP se presenta raramente como una masa endobronquial polipoidea.

De vez en cuando, invade el mediastino e involucra los pulmones y secundariamente la vía aérea.

Clínica

El GCP es considerado parte del espectro de desórdenes linfoproliferativos pulmonares que también incluyen:

- la enfermedad de Castleman;
- el pseudolinfoma;
- la neumonitis intersticial linfocítica (NIL);
- la linfadenopatía angioinmunoblástica;
- la granulomatosis linfomatoide.

REFERENCIAS

1. Cohen MC, Kaschula ROC. Primary pulmonary tumors in childhood: a review of 31 years' experience and the literature. *Pedi Pulm.* 1992; 130:222-232.
2. Epstein DM, Glickstein. Pulmonary lymphoproliferative disorders. *Rad Clin N Am.* 1989; 27:1077-84.