

Mesotelioma pleural localizado. Presentación de un caso

Pleural localized mesothelioma

**Dr. Rafael Pila Pérez, Dr. Rafael Pila Peláez, Dra. Carmen Guerra Rodríguez,
Dr. Roberto Cuan Corrales, Dr. Alexis López Rivero**

Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un paciente operado de mesotelioma fibroso benigno, se revisa la literatura sobre este tipo de tumor que por lo poco publicado, sobre todo en nuestro medio, se considera como raro, así mismo se destacan los aspectos clínicos, radiológicos y pronóstico, al igual que su diagnóstico diferencial.

DECS MESOTELIOMA, CIRUGIA, RADIOGRAFIA, PRONÓSTICO.

ABSTRACT

A case of fibrous benign, operated mesothelioma is presented, and literature about this type of tumour is reviewed. It is considered a rare case, mainly in our setting because there are few published works about it. At the same time, clinical, radiographical and prognostic aspects are stressed as well as its differential diagnosis.

DeCS: MESOTHELIOMA, SURGERY, RADIOGRAPHY, PROGNOSIS.

INTRODUCCIÓN

El mesotelioma pleural localizado (o solitario) fibroso benigno es un tumor raro. Wagner (1) fue quien probablemente reconoció el mesotelioma como una entidad específica, y la primera referencia en la literatura norteamericana aparece en 1891 con la publicación de dos casos como mesotelioma pleural.

En 1953 Godwin (2) establece el criterio diagnóstico para este tipo de tumores. En 1971, Shabanay y Sayeg (3) recopilaron 153 casos de la literatura inglesa y aportaron dos casos más. Hutchison informó 17 casos y una serie de 20 pacientes estudiados (4). Desde entonces hasta la actualidad se han publicado cuatro casos más (5), en dicha lengua, en España se reportaron hasta este momento siete enfermos en cuatro publicaciones (6) y en Cuba tres con anterioridad (7-9), a ésta. Se ha discutido mucho sobre la denominación, origen, clasificación y comportamiento del mesotelioma pleural.

El objetivo de este trabajo es presentar un mesotelioma pleural localizado, el cual constituye el primero en nuestro hospital durante 35 años de labor y el cuarto en nuestro país.

CASO CLÍNICO

M.P.N. varón de 42 años, agricultor, fumador de 15 cigarrillos diarios, con antecedente de hipertensión arterial moderada y de gota primaria, que estuvo bien hasta hace 30 días antes de su ingreso, en que comenzó con tos, fiebre de 39° C y posteriormente disnea progresiva, por lo que acude a su médico, quien le indica Penicilina y Gentamicina a dosis acorde a su peso, pensado que se trataba de un proceso bronconeumónico, después de 10 días de tratamiento, el paciente es ingresado con iguales síntomas y signos.

Examen físico: buen estado general y de conciencia; tórax: ritmo cardíaco normal, TA: 150/100 mmHg, frecuencia cardíaca: 100/minutos; pulmón con abolición del murmullo vesicular y matidez en los dos tercios inferiores del hemitórax derecho, resto del examen sin interés.

Analítica: hemograma con diferencial, glicemia, creatinina, estudios de enzimas hepáticas, función renal, ionograma, conteo de addis, todos negativos. VSG 42 mm/hora, esputos bacteriológicos, citológicos, Baar, micológicos: negativos. Ecg: normal.

Radiografía de Tórax: se aprecia proceso de condensación en la base del pulmón, asociados a derrame pleural derecho. Se realiza BAAF con aguja gruesa que fue negativa, debido a que la aguja no atraviesa el proceso localizado en el pulmón

Se impone tratamiento con ceftriazona 1 gr IM cada 12 horas por siete días, el paciente mejora clínicamente, pero radiológicamente se mantiene en igual estado. Test tuberculínico con 5 u de PPD: negativa.

Durante su estancia en el Hospital presentó tos pertinaz y varios esputos hemoptoicos, así como crisis severas de hipoglicemia, que necesitaron de la administración de dextrosa hipertónica al 50 %. Después de mejorar su estado clínico se le practicó toracotomía, encontrándose una gran tumoración unida por un pedículo de 3 ½cm de longitud a la base del lóbulo inferior, con atelectasia por la compresión

Estudio Anatomopatológico: tumoración que pesa 1 650 gr y mide 12 x 20 = 8 cm Al corte está constituida por un tejido que forma nódulos bien delimitados de superficie blanco amarillenta de aspecto homogéneo. Histológicamente se observan extensas áreas de células de aspecto fibroblástico que se disponen ordenadamente en fascículos y que muestran un núcleo oval o esférico de cromatina laxa.

Diagnóstico Anatomopatológico: mesotelioma fibroso localizado.

DISCUSIÓN

El mesotelioma es el tumor más frecuente de la pleural, aparece con la misma frecuencia en ambos sexos, sobre todo entre los 40 y 60 años (10), nuestro paciente tenía 42 años. Se ha señalado la relación que puede existir entre asbestosis y el mesotelioma (11), nosotros no pudimos poner de manifiesto esta asociación con este paciente. Las formas benignas son solitarias, a diferencia de las malignas que por definición son multifocales (12). Puesto que la pleura se origina de las tres capas embrionarias, las variaciones en su patrón histológico son frecuentes y puede aparecer predominantemente fibroso (13), epitelial o mixto.

El tumor, en ocasiones se descubre accidentalmente en una radiografía en un paciente asintomático (14) y otros por síntomas asociados, tales como osteoartropatía (10). Escalofríos, fiebre, masa intratorácica (neumonía, atelectasia, dolores torácicos, compromiso vascular) y excepcionalmente por un coma hipoglicémico (15), o una hiponatremia (16). Nuestro enfermo presentó tos, expectoración con hemoptisis, dolor torácico y clínicamente signos de neumopatía inflamatoria y durante su ingreso signos de hipoglicemia severas que requirieron la administración de glucosa hipertónica.

Los mesoteliomas pleurales benignos suelen estar unidos por un pedúnculo, como aparecen en 13 de los 24 casos recogidos por Clagett y Cols (17); ello les permite una cierta motilidad dentro del tórax, cambiando de posición según la postura del paciente (10).

El diagnóstico radiológico preoperatorio se hace rara vez (18), las lesiones son esféricas, u ovales, los bordes delimitados y algunas veces lobuladas (19). Las calcificaciones son raras, así como la localización intracisural (20).

El pronóstico es bueno, aunque su benignidad no es absoluta. De los 24 casos de Clagett (17), cuatro recidivaron: dos a los seis meses y el resto a los cuatro y ocho años después de la operación.

El tratamiento es quirúrgico y al ser los tumores frecuentemente pedunculados, la extirpación es posible y simple como ocurrió en nuestro enfermo.

El diagnóstico diferencial debe ser realizado con tumoraciones pulmonares periféricas, tumoraciones costales o metastásicas. (19)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wagner J: Citado por Hutchinson WB. Intrathoracic mesothelioma. Radiology 1963; 80: 937-940
2. Godwin P. Citado por Acbertini AV. Diagnóstico histológico de los tumores del pulmón. Barcelona: Ed Toray, 1961:83-84
3. Shabanay F, Sayeg S: Solitary (localized) pleural mesothelioma: report of two cases and review of the literature. Chest 1971; 60: 558-562.
4. Hutchinson WB, Friendenber MJ. Intrathoracic mesothelioma. Radiology 1963; 80:937-940.
5. Katz S, Gordon R, Romanoff H. Gran Mass in the right diaphragmatic area. Chest 1980; 74:83-87.
6. Teran Díaz E. Mesotelioma pleural localizado. Presentación de un caso. Rev Clin Esp 1980; 2:137-139.
7. Gómez Barri H. Mesotelioma pleural localizado. Revisión de la literatura y reporte de un caso. Arch Hosp Univ 1959; 181:3-6.
8. Rodríguez Loeches J. Mesotelioma fibroso pleural localizado. Informe de un caso y revisión de la literatura. Rev. Cub. Cir 1974;13:441-446.
9. Lima Valdés E, Patterson Mustelier A, Pita Rodríguez A, Ruiz Mendez A: Mesotelioma pleural localizado. Presentación de un caso. Rev. Cub. Med 1989; 28: 135-138.
10. Fison J, Richart C, Maestre J, Morell F, Llaras C, León Roca A, Mesotelioma pleural. Revisión de 13 casos Med Clín 1986; 66:115-120
11. Heineman E, Bertein L, Stark A; Spirta R: Mesotelioma, Asbestos, and reported History of cancer in first-Degree Relatives. Cancer 1996; 77:549-554.
12. S Pencer H. Pathology of the lung. England: Pergamon press, Oxford 1998.

13. Nieto González M, Rodríguez Padilla F. Lain González A, Pawa Blanco A: Mesotelioma fibroso localizado. Presentación de un caso. Rev. Clin Esp, 1978; 148:107-109.
14. Benoit H Ackorman L. Solitary pleural Mesotheliomas. J Thoracic Surg 1983; 25: 346-350.
15. Sternon I, Paramentier G, Rutsaert J. Coma Hipoglycemiques et mesotheliome pleural benin. Acta Clin Belg 1981; 26: 44-48.
16. Perks W Stan Hope Hope R, Green M. Hyponatremia and mesothelioma Brit J Dis Chest 1979; 73:79-84.
17. Clagett O, Mc Donald S, Scyhmidt H. Localized fibrous Mesothelioma of the pleural J Thoracic Surg 1952; 24: 213-217.
18. Thomas C, Drew C. Fibroma of viceral pleural Thorax, 1973; 8:180-186.
19. Fraser R, Pare J: Diagnosis of diseases of the chest. Philadelphia: WB Saunders 1980: 367, 1162
20. Goodman L. A diagnosable coin lesion: Chest; 1986;70:406-410.

Dr. Rafael Pila Pérez Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba