

Tumor fibroso solitario de la pleura: reporte de caso

Solitary fibrous tumor of the pleura: case report

VOLUMEN 41 | N° 1 | ABRIL 2023

FECHA DE RECEPCIÓN: 22/12/2022
FECHA DE APROBACIÓN: 24/05/2023
FECHA PUBLICACIÓN: 05/06/2023

Coronel Yanez Andrés Paúl¹, Cavo Frigerio Raúl Alejandro², Vidal Adrián Ramón³, Iglecia Natalia⁴, Crespo Coronel Cinthya Micaela⁵.

1. Médico. Especialista en Cirugía de Tórax. Centro de Especialidades Médicas de la Universidad de Cuenca. Cuenca - Ecuador.
2. Médico. Especialista en Cirugía General. Subespecialista en Cirugía de Tórax. Subespecialista en Cirugía Bariátrica. Hospital interzonal especializado de agudos y crónicos "San Juan de Dios". La Plata - Argentina.
3. Médico. Especialista en Cirugía General. Subespecialista en Cirugía de Tórax. Hospital interzonal especializado de agudos y crónicos "San Juan de Dios". La Plata - Argentina.
4. Médico. Especialista en Cirugía de Tórax. Hospital interzonal especializado de agudos y crónicos "San Juan de Dios". La Plata - Argentina.
5. Médica en libre ejercicio. Cuenca - Ecuador.

RESUMEN

Introducción: el tumor fibroso solitario de pleura es una patología poco frecuente, benigno y de crecimiento lento, puede presentarse a cualquier edad y en un 10% de casos registra malignidad. Es asintomático al inicio, pero puede crecer al punto de comprimir la vía aérea ocasionando severa dificultad respiratoria.

Caso clínico: paciente de 56 años de edad con disnea de medianos esfuerzos que progresó a pequeños esfuerzos, diagnosticado de un tumor fibroso solitario de pleura hace 8 años, negándose a tratamiento quirúrgico en aquel tiempo. Acude al servicio de cirugía torácica por exacerbación de disnea, asociado a tos, estridor y dolor torácico; en radiografía y tomografía de tórax se observó imagen compatible con tumor en hemitórax izquierdo con desviación de la tráquea hacia el lado contralateral. Se realiza resección de masa con evolución favorable.

Conclusiones: paciente con tumor fibroso solitario de pleura diagnosticado hace 8 años que empeora sintomatología respiratoria, se confirma el diagnóstico por imágenes, realizándose resección quirúrgica que por el tamaño obligó a ampliar el campo de intervención, se extrae la masa y ante atelectasia residual se realizan maniobras de expansión pulmonar con éxito, es dado de alta sin complicaciones.

Palabras claves: pleura, disnea, neoplasias pulmonares.

Caso Clínico | Clinical Case

<https://doi.org/10.18537/RFCM.41.01.08>

Correspondencia:
paulcoronely@gmail.com

Dirección:
Ricardo Durán y Vicente Maldonado
Esq.

Código Postal:
010206

Teléfonos:
0979125060

Cuenca - Ecuador

ABSTRACT

Introduction: the solitary fibrous tumor of the pleura is a rare, benign and slow-growing pathology, it can present at any age and in 10% of cases it is malignant. It is asymptomatic at the beginning, but it can grow until compressing the airway, causing severe respiratory distress.

Clinical case: It is a case of a 56-year-old patient with dyspnea on medium exertion that progressed to minor exertion, diagnosed with a solitary fibrous tumor of the pleura 8 years ago, refusing surgical treatment at that time. The patient went to the thoracic surgery service due to exacerbation of dyspnea, associated with cough, stridor and chest pain; Chest x-ray and tomography revealed an image compatible with a tumor in the left hemithorax with deviation of the trachea to the contralateral side. Mass resection was performed with favorable evolution.

Conclusion: a patient with a solitary fibrous tumor of the pleura diagnosed 8 years ago who worsened respiratory symptoms, the diagnosis was confirmed by imaging, a surgical resection was performed, due to its size, was necessary to expand the field of intervention, the mass was extracted and, in the event of residual atelectasis, the lung expansion maneuvers were performed successful; the patient was discharged without complications.

Keywords: pleura, dyspnea, lung neoplasms.

INTRODUCCIÓN

La primera mención de tumor fibroso solitario de pleura fue realizada por Wagner en el año de 1870, posteriormente en 1931 se publicó la primera descripción patológica detallada por Klemperer y Rabin, dividiéndolo en difuso y localizado¹.

Estos tumores se originan del tejido mesénquima, submesotelial y crecen hasta alcanzar gran tamaño, generando síntomas obstructivos y compresivos como disnea y tos²⁻⁴.

Se estima su incidencia en 2.8 casos por 100 000 habitantes¹; es más frecuente en la sexta y séptima década de la vida, pero puede encontrarse en cualquier edad y en ambos sexos.

Debido a su origen mesenquimatoso, se ha visto casos extratorácicos, alrededor del 20%, se presentan en cabeza, incluyendo meninges y cuello; 30% a nivel peritoneal, retroperitoneal y pelvis y 20% en tejidos blandos, tórax, extremidades y ocasionalmente, hueso¹.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 56 años de edad, de sexo masculino, sin patología concomitante, quien consultó hace 8 años por disnea leve. Se actualizaron estudios radiográficos y tomográficos de tórax con evidencia de masa compatible con tumor dependiente de la pleura parietal de 7 cm x 5 cm, ubicado en hemitórax izquierdo, asociado a atelectasia de lóbulo inferior izquierdo, confirmado luego de punción trans-torácica y análisis de patología, en ese momento no decide someterse a cirugía resolutive.

Ingresa a servicio de cirugía torácica, por presentar exacerbación de cuadro disneico, siendo al momento de la evaluación de clase funcional III-IV, asociado a tos, dolor torácico, alteración del estado general y dificultad para la deambulación.

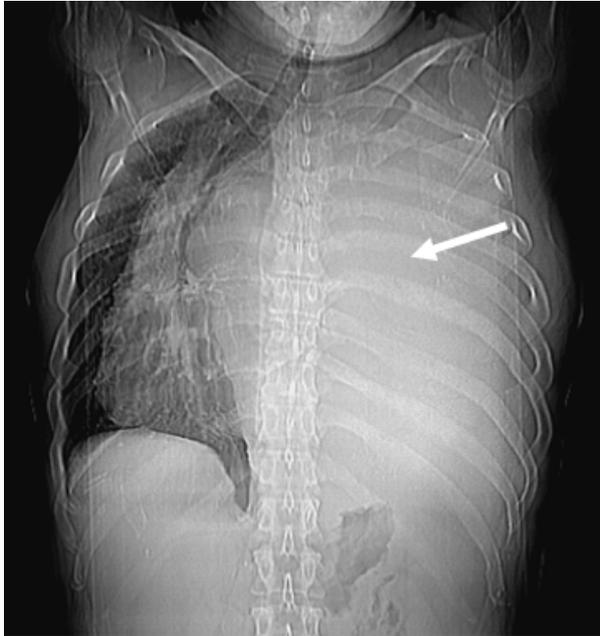
A la auscultación se aprecia abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, se solicitó exámenes de laboratorio y tomografía de tórax (Imagen N°1) observándose tumor bien definido, homogéneo, multilobulado, que ocupaba la totalidad el hemitórax izquierdo, asociada a desviación contralateral de órganos, atelectasia total de pulmón homolateral (Imagen N°2).

Se decide extirpación quirúrgica y bajo anestesia general, en decúbito lateral derecho se realizó una toracotomía posterolateral izquierda, debido al gran tamaño de la masa, que impide la manipulación del mismo, por estar en íntimo contacto con la pared torácica, y con gran base de implantación, se decide exéresis de la sexta costilla, para ampliar el campo quirúrgico; la masa resecada midió 20cm x 17cm x 12cm. multilobulado (Imágenes N°3 y N°4).

Luego de la cirugía se aprecia pulmón izquierdo completamente atelectásico, inmediatamente se solicitó al equipo de anestesia que realizara maniobras de reclutamiento alveolar logrando una incipiente expansión pulmonar. Se procedió con la colocación de dos drenajes pleurales y cierre de toracotomía por plano; en estas condiciones es derivado a unidad de terapia intensiva, en donde

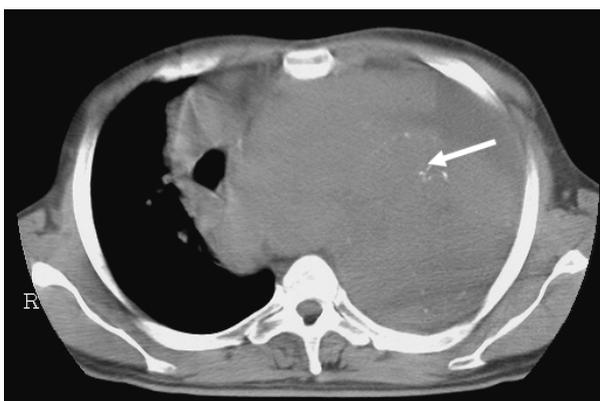
permaneció durante 20 días mejorando la función pulmonar, luego pasa a piso, siendo dado de alta 22 días luego de procedimiento quirúrgico.

Imagen N° 1



Radiografía de tórax: se observa radio opacidad izquierda, compatible con tumor en hemitórax izquierdo, que desplaza la vía aérea y estructuras vasculares al lado derecho

Imagen N° 2



Tomografía computada de tórax: se observa imagen mixta isodensa con calcificaciones en su interior que ocupa la totalidad del hemitórax izquierdo.

Imagen N° 3



Tomografía computada de tórax: se observa imagen mixta isodensa con calcificaciones en su interior que ocupa la totalidad del hemitórax izquierdo.

Imagen N°4



Cara posterior del tumor: se observa una gran base de implantación pleural.

DISCUSIÓN

El tumor solitario pleural es raro, representa menos del 5% de todas las neoplasias pleurales³. Es benigno en el 90% de los casos; no reporta predisposición genética, y en contraste con otros tipos de mesotelioma, no hay relación con la exposición al asbesto, tabaco o cualquier otro agente ambiental⁵.

El tumor solitario de pleura tiene como origen las células intersticiales dendríticas que expresan CD34, mismas que están distribuidas en el tejido conectivo del cuerpo, es por ello que puede localizarse en diferentes partes, como meninges, cavidad nasal, cavidad oral, epiglotis, glándulas salivales, glándula tiroides, glándula mamaria, riñones, vejiga, médula espinal y las extremidades⁶.

Histológicamente puede presentarse como mesotelioma pleural difuso, el mismo que se origina a partir de las células mesoteliales pluripotentes y muestra un comportamiento biológico de malignidad; mientras que el mesotelioma pleural localizado (tumor fibroso solitario de pleura) se desarrolla a partir del tejido subpleural, considerándose una enfermedad independiente⁶.

El tratamiento gold estándar para esta patología es la resección quirúrgica⁷; se la recomienda en etapas tempranas para evitar complicaciones como atelectasia pulmonar y la consecuente falla en la expansión pulmonar, como en el caso presentado; para tumores grandes o con adherencias extensas se sugiere la toracotomía⁸.

La cirugía videotoracoscópica es empleada en casos pequeños, menores de 10 cm; el sistema quirúrgico Da Vinci se utiliza para la resección completa de tumores de mediastino anterior en pacientes obesos. La resecabilidad quirúrgica es un factor pronóstico importante para esta patología obteniendo resultados satisfactorios. Cuando se invaden estructuras vecinas, se debe resear juntamente además parénquima pulmonar, pared torácica, pericardio y diafragma⁸.

El diagnóstico definitivo se basa en los hallazgos histopatológicos, corroborados por la inmunohistoquímica de las células tumorales. Las principales características de la posible malignidad incluyen el tamaño del tumor (> 10 cm), la edad del paciente (> 55 años) y la presencia de actividad mitótica > 4/10 campos de visión altos (aumento de \times 400)⁸.

La enfermedad metastásica a distancia es inusual y puede afectar hígado, hueso, cerebro, glándula suprarrenal, riñón, páncreas, tiroides, bazo, piel y ganglios linfáticos. La afectación de los ganglios hiliares y mediastínicos ocurre en menos del 50% de los pacientes¹⁰.

El tumor fibroso solitario de pleura tiene un índice de recidiva del 10% al 30% posterior a los 5 años luego de la resección quirúrgica completa. Se considera que un 61% de pacientes lo hace por segunda ocasión, dependiendo de las condiciones propias del tumor, más que del éxito de la cirugía. La exploración con tomografía o resonancia magnética debe realizarse a los tres y seis meses, y luego una vez al año durante 10 años¹¹.

Se recomiendan controles minuciosos para evitar recurrencias locales por dos años; cuadros a nivel ipsilateral, secundaria, o metástasis contralateral son extremadamente inusuales. Los factores de riesgo son: morfología sésil, resección sin margen quirúrgico, edad mayor a 60 años con recuento mitótico alto (mayor 4/10HPF), localización distinta del tumor inicial y negatividad para CD34. La resección completa es el estándar de oro, y en ocasiones se puede asociar a terapia adyuvante como radio y quimioterapia dependiendo el caso^{3,8}.

CONCLUSIONES

Paciente con masa pulmonar de 8 años de evolución con diagnóstico de tumor fibroso solitario de pleura, presenta cuadro respiratorio que progresivamente se complica, confirmación diagnóstica por imágenes antes de procedimiento quirúrgico, en el cual se reseca totalmente la masa, por el tamaño de la misma se amplía el campo de intervención; ante atelectasia residual se realizan maniobras de expansión pulmonar con éxito.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Los autores cuentan con el respectivo consentimiento informado y aprobación por parte del comité de investigación y ética.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Coronel Yanez Andrés Paúl. Médico. Especialista en Cirugía de Tórax. Centro de Especialidades Médicas de la Universidad de

Cuenca. Cuenca-Azuay-Ecuador. **e-mail:** paul-coronely@gmail.com. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-0245-4447>

Cavo Frigerio Raúl Alejandro. Médico. Especialista en Cirugía General. Subespecialista en Cirugía de Tórax. Subespecialista en Cirugía Bariátrica. Hospital interzonal especializado de agudos y crónicos "San Juan de Dios". La Plata-Buenos Aires-Argentina. **e-mail:** raulcavo@gmail.com. **ORCID:** <https://orcid.org/0009-0003-7179-3052>.

Vidal Adrián Ramón. Médico. Especialista en Cirugía General. Subespecialista en Cirugía de Tórax. Hospital interzonal especializado de agudos y crónicos "San Juan de Dios". La Plata-Buenos Aires-Argentina. **e-mail:** adrianvidal@yahoo.com.ar. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-2658-9143>

Iglecia Natalia. Médico. Especialista en Cirugía de Tórax. Hospital interzonal especializado de agudos y crónicos "San Juan de Dios". La Plata-Buenos Aires-Argentina. **e-mail:** nataliaiglecia@gmail.com. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9358-5092>.

Crespo Coronel Cinthya Micaela. Médica en libre ejercicio. Cuenca-Azuay-Ecuador. **e-mail:** cinthyacrespo7200@gmail.com. **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5222-9913>.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

CA, CR, VA, IN, CC: recopilación de información, redacción del artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

ABREVIATURAS

HPF: Campo de alta potencia (Field high power)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres S, Herrera D, Peñalongo M. Grandes tumores fibrosos solitarios de la pleura. Presentación de una serie de

casos. *Neumología y Cirugía de Tórax*. 2020;79(3):159-163. doi: 10.35366/96650

2. Sequeira C, Custódio M, Salgueiro A. Solitary fibrous tumor of the pleura. *Medicina Clínica*, Barcelona, 2019;154(1):35. doi:10.1016/j.medcli.2019.03.032
3. Kovacs T, Waxman J. Recurrence of malignant solitary fibrous tumor of the pleura 17 years after primary tumor resection – A case report. *Respiratory Medical Case Report* 2019;28:100895.. doi: 10.1016/j.rmcr.2019.100895
4. Hasnaim S, Inam H, Karim F, Khalid U. Solitary fibrous pleural tumor. A rare and challenging case. *Int J Surg Case Rep*. 2020;66:346-349. doi: 10.1016 / j.ijscr.2019.12.020
5. Ershadi R, Rahim M, Abbasi M, Erfanian R. Giant solitary fibrous tumor of the pleura. *Journal of Surgical Case Reports*. 2018;11:1-3. doi: 10.1093/jscr/rjy270
6. Tan F, Wang Y, Gao S, Xue Q, Mu, et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: A single center experience at National Cancer Center, China. *Thoracic Cancer* 2018;9(12):1763–1769. doi: 10.1111 / 1759-7714.12909
7. Gonzalez J, Sanchez E, Messa O, Cervera S. Solitary Fibrous Tumor in the Perianal Region: Report of Two Cases with an Atypical Location. *Cureus*. 2021;13(1),e12887. doi: 10.7759/cureus.12887
8. Zuo Z, Zhou H, Sun Y, Mao Q, Zhang Y, et al. Tumores fibrosos solitarios de rápido crecimiento de la pleura: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Ann Transl Med*. 2020;8(14):890. doi: 10.21037 / atm-20-4974
9. Mavridis C, Georgiadis G, Lagoudaki E, Skamagkas I, Heretis I, et al. Bladder Leiomyoma with Synchronous Solitary Fibrous Tumor of the Pleura. *Case reports in urology*, 2020,3717506. doi: 10.1155 / 2020/3717506
10. Fiore F, Stoia V, Somma F. Surgical recurrence of solitary fibrous tumor of the pleura treated with microwave (MW) thermoablation: A case report. *Thoracic Cancer*. 2020;11(2):443–446. doi: 10.1111/1759-7714.13263.

11. Mercer R, Wigston C, Banka R, Cardillo G, Benamore R, et al. Management of solitary fibrous tumours of the pleura: a systematic review and meta-analysis. *ERJ Open Res.* 2020;6(3):1-9. doi: 10.1183/23120541.00055-2020