

# TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL. CIRUGÍA Y RECURRENCIA TARDÍA

*Marie A. Lazo-Betetta<sup>1</sup> y Edgar Amorín Kajatt<sup>2</sup>*

## RESUMEN

*Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de tumor fibroso solitario pleural derecho gigante de 30 cm de diámetro mayor, quien tuvo tratamiento quirúrgico del tumor mediante toracotomía amplia con remoción completa de la masa tumoral, se consideró cirugía R0, sin embargo, luego de 20 años más tarde presentó recurrencia de la enfermedad considerada de larga latencia.*  
**Palabras claves:** tumor fibroso, toracotomía, recurrencia.

## ABSTRACT

*A case report of a patient with a diagnosis of pleural solitary fibrous giant tumor 30 cm in diameter is presented, who underwent to surgical treatment with complete ablation of the tumor by wide thoracotomy and it was considered R0 surgery. 20 year after surgery the patient was diagnosed as later recurrence of the disease considered long latency.*  
**Key words:** fibrous tumor, thoracotomy, recurrence.

<sup>1</sup> Interno del Departamento de Cirugía de Tórax del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

<sup>2</sup> Médico Asistente del Departamento de Cirugía de Tórax del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Recepción Diciembre 2012. Aceptación Diciembre 2012

## INTRODUCCIÓN

El tumor fibroso solitario de la pleura (TFSP), es una neoplasia benigna infrecuente, tiene la característica de tener un crecimiento lento y asintomático hasta alcanzar grandes dimensiones (1), los síntomas más frecuentes son las tos y el dolor torácico. El tratamiento es quirúrgico con mínima posibilidad de recurrencia a largo plazo (2). En el presente estudio, se presenta el caso de una paciente portadora de esta enfermedad, siendo el tumor gigante pediculado que medía 30 cm de diámetro mayor, tratada con cirugía y presentó recurrencia después de más de 20 años de la cirugía. Se realiza una revisión de la literatura médica de aspectos relevantes sobre la biología del tumor, estudios radiológicos, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad, evolución y seguimiento.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 49 años, natural de Cuzco, procedente de Lima, admitida al Departamento de Tórax por presentar neoplasia maligna pulmonar.

### Antecedentes

Personales: hepatitis viral, asma bronquial. Tabaquismo menos de 10 cigarrillos durante más de 10 años.

Familiares: hijo diagnosticado de Leucemia.

### Relato de su enfermedad

Paciente refirió haber sido diagnosticada de cáncer de pulmón derecho, en otra institución, 5 años antes; con biopsia percutánea pulmonar con aguja fina, cuyo examen citológico fue informado como carcinoma indiferenciado a células pequeñas, habiendo recibido quimioterapia y radioterapia en la misma institución. En varias oportunidades tuvo evacuación de derrame pleural recurrente.

### Examen físico

La paciente lucía adelgazada, en buen estado general, sin dificultad respiratoria en reposo, con funciones vitales adecuadas, buena saturación de oxígeno. Presentaba ausencia de la transmisión del murmullo vesicular en los dos tercios inferiores del campo pulmonar derecho y disminución del pasaje de las vibraciones vocales en el tercio superior del hemitórax del mismo lado. Matidez en los dos tercios inferiores. Rales aislados en mitad superior de este pulmón además. Sibilancias en la mitad inferior del hemitórax izquierdo. La amplexación disminuida en el hemitórax derecho, con asimetría del tórax, por ligero abombamiento del HTD. El

diagnóstico clínico al ingreso fue de NM de pulmón derecho a descartar derrame pleural derecho asociado. Se solicitó revisión del estudio citológico obtenido en otra institución.

### Examen radiológico

La radiografía simple del tórax mostró opacidad densa, homogénea que comprometía casi los 2/3 inferiores del hemitórax derecho, condicionaba desplazamiento del corazón y mediastino hacia la izquierda. (Fig. 1 y 2)

La tomografía computada del tórax permitió comprobar la presencia de una neoplasia extensa heterogénea, con necrosis tumoral en algunas áreas, bordes más o menos definidos, que ocupaba los 2/3 inferiores del hemitórax derecho, rechazaba estructuras del mediastino a la izquierda, el diafragma rechazado hacia abajo, sin interfase precisa, la tráquea desviada a la izquierda y con obstrucción casi completa del bronquio derecho.

### Tratamiento quirúrgico

Por sospecha de neoplasia benigna por las características de los estudios por imágenes, la evolución de la enfermedad, condición clínica de la paciente y supervivencia de más de dos años, se decide hospitalizarla con la finalidad de realizar exploración quirúrgica, aclarar el diagnóstico, realizar biopsia por congelación y probable ablación tumoral de acuerdo a los hallazgos durante la cirugía. Existía alta sospecha de tratarse de tumor fibroso solitario de la pleura. Se le realizaron exámenes pre operatorios, incluyendo espirometría, la cual se encontraba con alteración restrictiva importante; riesgo quirúrgico el que fue aceptable y perfil hematológico y bioquímico dentro de límites normales. Fue conducida al quirófano, se le realizó broncofibroscopia flexible, apreciándose signos indirectos de neoplasia por compresión extrínseca a nivel del bronquio tronco derecho. En seguida se procedió a realizar toracotomía amplia posterolateral derecha con

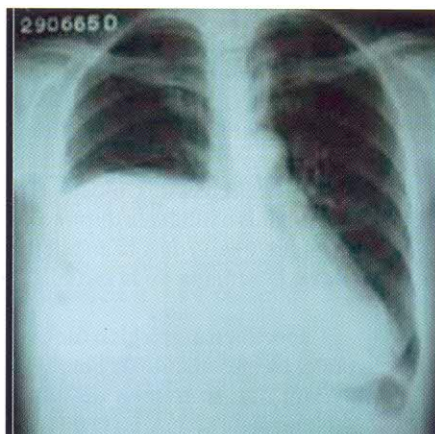


Figura N° 1 Rx de tórax P.A.

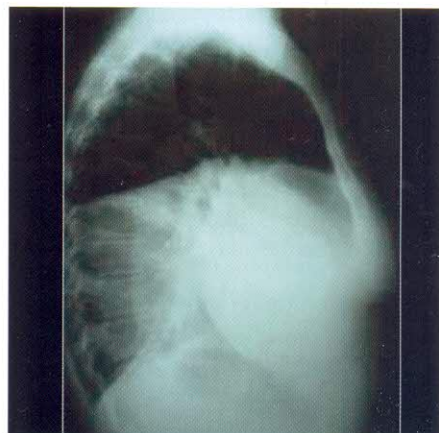


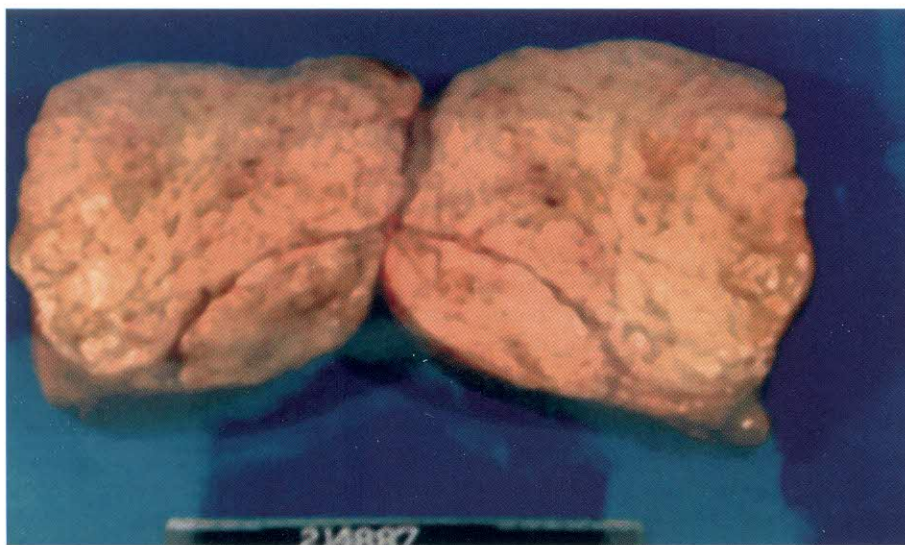
Figura N° 2 Rx lateral del tórax



Figura N° 3

Neoplasia encapsulada





**Figura N° 4**

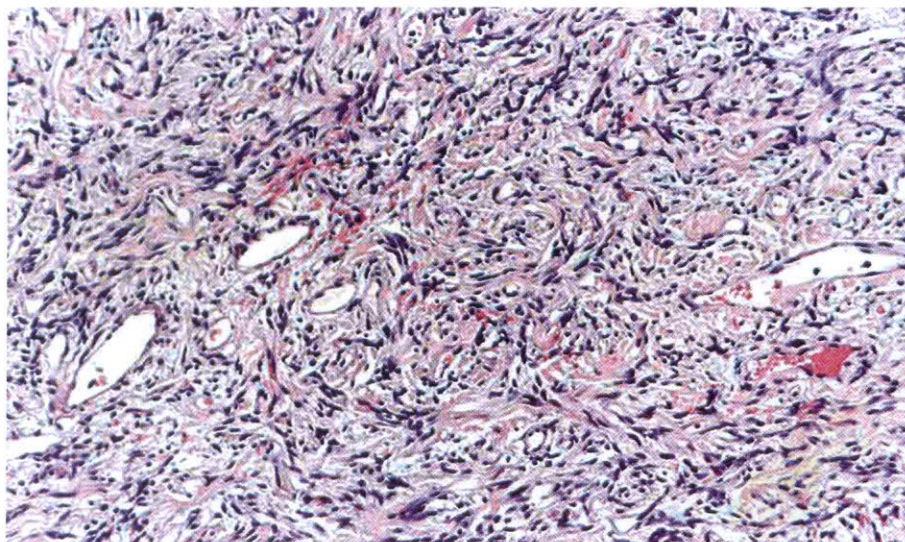
Tumor fijado en formol y seccionado

resección parcial del quinto arco costal para una mejor exposición del tumor. Durante la exploración quirúrgica se advirtió tumoración gigante de 30 x 25 cm de tamaño, de consistencia aumentada, color blanquecino nacarado, encapsulado, con mamelones en su superficie (Fig. 3 y 4), con abundante vascularización, cuyo pedículo vascular se encontraba a nivel de la crura diafragmática, el tumor presentaba adherencias firmes y laxas a estructuras de la pleura diafragmática, parietal y mediastinal.

El pulmón se encontraba laminado por compresión tumoral, no demostraba infiltración neoplásica y presentaba abundantes bulas en la superficie. El lóbulo medio e inferior se encontraban con adherencias muy firmes, sinequiadas

y con neovascularización importante entre ambos. Se realizó resección completa del tumor intratorácico (R0), resección marginal del pulmón en la vecindad del tumor, capitonaje en el lóbulo inferior, rafia pulmonar del lóbulo medio y en las áreas de bulas pulmonares. Se dejaron dos drenes torácicos 24F. La paciente tuvo adecuada tolerancia durante el trans operatorio y buena evolución luego de la cirugía. Pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos, se mantuvo intubada durante las siguientes 24 hrs y salió de alta en buenas condiciones a la semana de la cirugía.

El espécimen quirúrgico fue examinado por el Departamento de Patología y concluyeron que se trataba de tumor fibroso benigno de la pleura, en la microscopía presentaba áreas de hialinización;



**Figura N° 5**

Examen microscópico H-E

las células son de aspecto fibroblástico, entremezcladas con estroma colagenizada, con positividad inmunohistoquímica para CD34. A nivel del pedículo, tejido fibroso parcialmente hialinizado y áreas hemorrágicas.(Fig 5)

El examen radiológico del tórax en el post operatorio del primer día mostró buena re expansión pulmonar. Mejoró su capacidad funcional pulmonar de manera importante y los tejidos del mediastino regresaron a la posición habitual, incluyendo la tráquea.

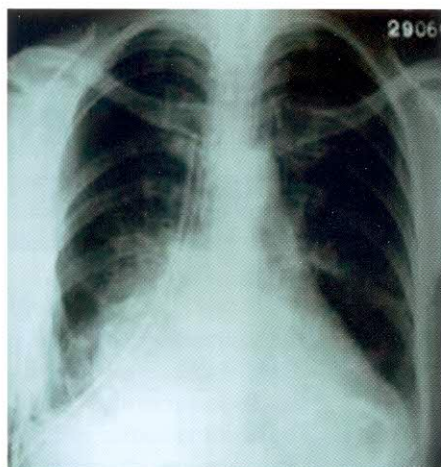
Tuvo evaluaciones regulares y seguimiento con exámenes radiológicos semestrales hasta el quinto año, posteriormente anual hasta los 20 años. En el examen anual luego de 20 años se apreció recurrencia tardía del tumor fibroso solitario, cuya biopsia corroboró la naturaleza histológica del tumor que medía 4 cm de diámetro mayor.

## DISCUSIÓN

El tumor fibroso solitario de la pleura, está catalogada por los patólogos como una entidad dependiente de la pleura, por la naturaleza histológica de la tumoración. Debido a la baja frecuencia de presentación del Tumor Fibroso Solitario de la Pleura (TFSP), Ferreira (3) realizó investigación bibliográfica sobre el tema en las bases de datos Medline, Imbiomed, Scielo y Doyma, seleccionándose artículos en español e inglés desde el año 1990. Obteniéndose como resultados que los pacientes con esta neoplasia a nivel pleural generalmente son asintomáticos (43-67%) y pueden presentar tos (8-33%), disnea (11-25%), dolor torácico (17-23%), fiebre (1-17%), hemoptisis y pérdida de peso. Además, que el tratamiento del tumor fibroso solitario de la pleura es netamente quirúrgico, se considera que la resección del tumor, ya sea por videotoracoscopia o toracotomía y con criterio curativo, con resolución de los síntomas en el corto a mediano plazo.

Los pocos casos reportados sobre esta enfermedad tumoral y TFSP resecaados, en otra serie (4) presentó 41 casos, 27 eran mujeres y 14 hombres, con edad media 60,4 años. El 24,4% de los pacientes fueron asintomáticos. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y se realizó estudio histopatológico en todas las piezas. El peso promedio de los tumores fue de 954 g y 36,5% eran tumores pediculados, el resto de base ancha. La mayoría (75,6%) se originaban de la pleura visceral. No hubo mortalidad operatoria y la morbilidad alcanzó





**Figura N° 6**

Examen radiológico de tórax de control en el P01

el 12,1%. Tres tumores recidivaron. La biopsia evidencia la presencia de células tumorales CD34 (+) y Vimentina (+), con marcadores S-100 y citoqueratina negativos.

La resección quirúrgica puede ser sencilla o compleja, dependiendo del pedículo vascular único o múltiple, sésil o difuso con o sin o infiltración a tejidos de la vecindad. El peso del tumor puede ser pequeño o gigante como el nuestro caso que llegó a medir más de 20 cm de longitud con un peso de más de 3 kgs. En el seguimiento luego de la cirugía se recomienda evaluación radiológica secuencial hasta el año. La cirugía es la elección de tratamiento para las recidivas.

Santolaya (5) en su artículo "Tumor fibroso de la pleura. Análisis de 41 casos", mostró la experiencia en el Instituto Nacional del Tórax en Santiago, Chile en el manejo quirúrgico de 41 pacientes con Tumor fibroso solitario de la pleura (TFSP) que fueron evaluados de manera retrospectiva de los pacientes que fueron admitidos al Servicio de por 14 años. La edad media fue de 60.4 años, diez pacientes asintomático tuvieron diagnóstico del tumor por un hallazgo radiográfico. Los demás pacientes presentaron tumores mayores de 20 cm como diámetro mayor. La cirugía fue mandatoria y sólo en 8 de ellos se obtuvo biopsia pre quirúrgica mediante BIPA. La toracotomía fue el abordaje realizado en la mayoría de los pacientes (36 casos). La mayoría fueron encapsulados. Tuvieron una estancia hospitalaria de 3.8 días promedio. Un paciente fue re operado por sangrado. La morbilidad fue de 12,1%, ninguna mortalidad y en 3 pacientes se documentó recurrencia de la enfermedad.

Alvarado (6) publicó el reporte de un varón de 37 años, diagnosticado de tumor fibroso solitario y gigante de pleura, habiéndose tratado con cirugía. La ablación tumoral se realizó mediante toracotomía pósterio lateral. El tumor fue pediculado de 20x15cm y 1860g, se documentó irrigación de la masa proveniente de la pared torácica. El seguimiento radiológico postquirúrgico de este tipo de neoplasias benignas pleurales se determina dependiendo de ser pediculados o sésiles. En caso de tumor pediculado se recomienda seguimiento radiológico anual, ya que la recurrencia es menor al 2%. Los tumores sésiles presentan una recurrencia anual de 8%, por lo que se sugiere seguimiento radiográfico de tórax cada 6 meses por 2 años, y posteriormente anualmente.

Pinedo-Onofre JA y colaboradores (7) incluyeron 6 pacientes en el estudio retrospectivo y demostró que la mayoría fueron del sexo femenino, la edad promedio fue de 48 años, todos sintomáticos, siendo disnea, el más frecuente. Se llevó a cabo angiografía y embolización preoperatoria en 5 de los casos, identificó aporte vascular arterial al tumor con predominio de la arteria mamaria interna. Se embolizó a 5 pacientes antes de la cirugía. El seguimiento promedio fue de 14 meses, y sólo se documentó recurrencia en el paciente no embolizado. Se documentó resección incompleta y recurrencia a los 4 meses de la cirugía.

La sobrevida global de los pacientes operados es alentadora, salvo que la cirugía sea incompleta (8). El potencial de malignización es relativamente baja por tratarse de neoplasias benignas y de bajo grado de malignidad (9).

## CONCLUSIONES

Se ha presentado el caso de una paciente con tumor fibroso solitario de la pleura con extensa masa intratorácica, cuyo pedículo dependía de la crura diafragmática, con pedículo vascular a ese nivel, encapsulado, de 30 cm de diámetro mayor, peso de 3 kg. Tuvo adecuada evolución. Después de 20 años se detecta recurrencia y presenta una nueva tumoración de 4 cm de diámetro en la base del campo pulmonar del HTD.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Briselli M, Mark EJ, Dickersin GR. Solitary fibrous tumors of the pleura: eight new cases and review of 360

cases in the literature. *Cancer* 1981; 47:2678-2689. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2. Ferreira B EJ, Díaz P JA. Tumor fibroso solitario de la pleura. *Revista chilena de cirugía [Internet]*. 2008 oct [citado 2012 mar 20];60(5).
3. Balduyck B, Lauwers P, Govaert K, Hendriks J, De Maeseneer M, Van Schil P. Solitary fibrous tumor of the pleura with associated hypoglycemia: Doege-Potter syndrome: a case report. *J Thorac Oncol* 2006;1:588-590.
4. Weynand B, Noël H, Goncette L, Noihomme P, Collard P. Solitary fibrous tumor of the pleura. A report of five cases diagnosed by transthoracic cutting needle biopsy. *Chest* 1997;112:1424-1428.
5. Santolaya C R, Meneses C M, López S J, Prats M R, Fica D M, González C C, et al. Tumor fibroso solitario de la pleura: Análisis de 41 casos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias [Internet]*. 2007 mar [citado 2012 mar 19];23 (1).
6. Alvarado A M, Estrada G C, Casco J A. Tumor fibroso solitario y gigante de pleura. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica [Internet]*. 2010 oct [citado 2012 mar 25];4(1).
7. Javier Alfonso Pinedo-Onofre, Eurídice Robles-Pérez, Erika Sagrario Peña-Mirabal, José Amado Hernández-Carrillo, José Luis Téllez-Becerra. Tumor fibroso solitario gigante de la pleura. Volumen 78, No. 1, Enero-Febrero 2010.
8. Graadt van Roggen JF, Hogendoorn PCW. Solitary fibrous tumor: the emerging clinicopathologic spectrum of an entity and its differential diagnosis. *Curr Diagn Pathol* 2004;10:229-235.
9. Ortega MV, Gualco G, Musto ML, Wins R, Maggiolo J, Ardao G. Tumor fibroso solitario de la pleura. Aspectos clínico-patológicos. *Rev Esp Patol* 2005; 38:21-25.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Marie Angélique Lazo Betetta  
lazobetetta@gmail.com