



COMUNICACIÓN BREVE

## Seudotumor inflamatorio en paciente pediátrico

M. Fernández del Castillo Ascanio\*, C. González González, S. Pascual Pérez y L.E. Rodríguez Delgado

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

Recibido el 9 de febrero de 2010; aceptado el 14 de junio de 2011  
Disponible en Internet el 1 de octubre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Seudotumor inflamatorio;  
Tumor miofibroblástico inflamatorio;  
Tumor de células plasmáticas de la granulosa

### KEYWORDS

Inflammatory pseudotumor;  
Inflammatory myofibroblastic tumor;  
Plasma cell granuloma tumor

**Resumen** Elseudotumor inflamatorio es la masa pulmonar primaria más frecuente en niños, simulando en muchos casos una neumonía organizada desde el punto de vista de la imagen. Otra localización común de este proceso patológico es la órbita, aunque puede asentar en cualquier parte del cuerpo. Se trata de una lesión poco común y casi neoplásica, ya que radiológica y clínicamente se comporta como un tumor maligno. La patogenia, su historia natural, los hallazgos por imagen y las opciones de tratamiento todavía se discuten.

© 2010 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Inflammatory pseudotumor in a five-year-old girl

**Abstract** Inflammatory pseudotumor is the most common primary lung mass in children. In many cases, it mimics organizing pneumonia on imaging tests. Another site often affected by inflammatory pseudotumors is the orbit, although they can be found in any part of the body. Inflammatory pseudotumors are rare and quasi-neoplastic, as radiologically and clinically they behave like malignant tumors. Consensus about their pathogenesis, natural history, imaging findings, and treatment options has yet to be reached.

© 2010 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El tumor miofibroblástico inflamatorio es un tumor benigno descrito por primera vez en 1939 por Brunn. A pesar de

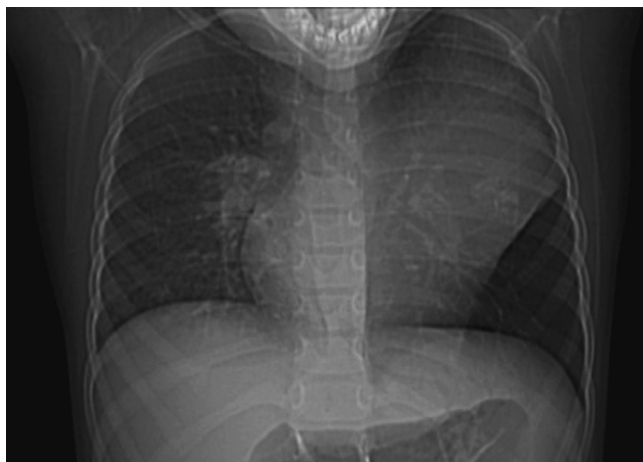
ser una entidad rara, sus localizaciones más frecuentes son el pulmón y la órbita<sup>1,2</sup>. Ha adoptado múltiples denominaciones, hecho que explica la complejidad, variabilidad histológica y el comportamiento de esta lesión. Aunque se desconoce con certeza la etiopatología de esta entidad, se han postulado varias hipótesis entre las que se incluyen la posibilidad de una lesión fibrosarcomatosa de bajo grado con células inflamatorias, origen postraumático, predisposición tras cirugía previa o proceso de base autoinmune<sup>1</sup>.

\* Autor para correspondencia.

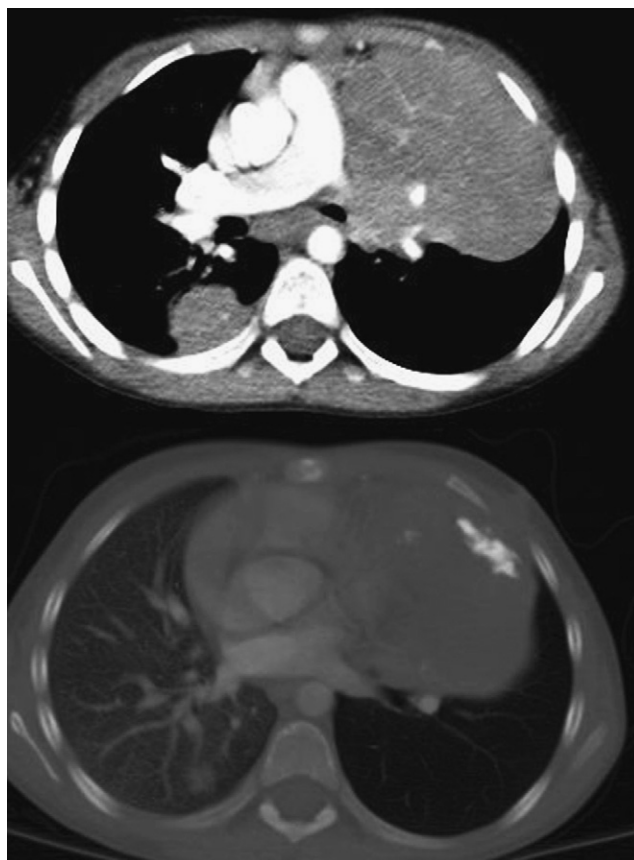
Correo electrónico: [esp272@hotmail.com](mailto:esp272@hotmail.com)  
(M. Fernández del Castillo Ascanio).

## Presentación del caso

Niña de 5 años de edad que es llevada al servicio de urgencias por presentar dolor torácico y disnea. Con esta clínica se le realiza una analítica que pone de manifiesto una alteración de los factores de la coagulación, trombocitosis y descenso de la hemoglobina. Aportaba una radiografía de tórax patológica realizada en su centro médico de referencia (no mostrada). En nuestro centro se le realizó una tomografía computarizada (TC) torácica simple y con contraste. En el estudio de planificación de la TC (fig. 1) se observa una masa pulmonar izquierda con calcificaciones que contacta con el mediastino e impide diferenciar el margen mediastínico superior izquierdo. En los cortes axiales de la TC (fig. 2) se confirma la presencia de una gran masa pulmonar izquierda con densidad de partes blandas, septos y calcificaciones groseras en su interior. En el pulmón contralateral se visualizó una lesión de similares características y base pleural (fig. 2). Ante estos hallazgos se procede al ingreso de la paciente. Se realiza una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por TC obteniendo en la citología células sospechosas de malignidad. Durante el ingreso la paciente presenta episodio de pérdida de conciencia, rigidez generalizada y movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades por lo que se le realizan TC y resonancia magnética (RM) craneal (fig. 3), que muestran al menos 7 lesiones nodulares intraparenquimatosas. En la RM las lesiones son hipointensas en las secuencias ponderadas en T1 e hiperintensas en T2, se delimita mejor el edema vasogénico asociado y las lesiones presentan un intenso realce tras la administración de gadolinio (fig. 3). Se extirparon quirúrgicamente tanto la masa pulmonar como las lesiones cerebrales (la paciente presentaba sintomatología neurológica secundaria a las lesiones descritas), obteniendo como resultado anatomopatológico en ambas el diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatorio con metástasis cerebrales. Los bordes de resección de la masa pulmonar estaban afectados en la anatomía patológica. Actualmente la paciente se encuentra ingresada para



**Figura 1** Estudio de planificación de la TC donde se observa una opacidad pulmonar izquierda, presentando un área de mayor densidad en su periferia en probable relación con calcificación. Dicha opacidad hace signo de la silueta con el borde mediastínico ipsilateral.



**Figura 2** Corte axial de TC con ventana de mediastino y ósea que nos muestra la presencia de una gran masa pulmonar con extensión al mediastino anterior-medio, sólida, heterogénea, con calcificaciones groseras en su interior, que produce una disminución de calibre de la arteria pulmonar y del bronquio principal izquierdo, con la consiguiente alteración de la ventilación y perfusión pulmonar ipsilateral. En el hemitórax derecho observamos otra lesión, de base pleural, de características similares a la masa mediastínica, en probable relación con afectación metastásica.

iniciar una nueva tanda de tratamiento quimioterápico por recidiva cerebral.

## Discusión

Elseudotumor inflamatorio es la masa pulmonar primaria más frecuente en niños, representando el 50% de los tumores benignos torácicos en la edad pediátrica<sup>3</sup>. La sintomatología típica incluye tos, disnea, fiebre y hemoptisis, y aunque existen pacientes asintomáticos, aproximadamente en el 20% se constata el antecedente de infección pulmonar<sup>1,3</sup>. No existe predilección por sexos y predomina en la segunda década de la vida. Suelen predominar los miofibroblastos y los histiocitos<sup>1,2</sup>, por lo que los términos de tumor miofibroblástico inflamatorio o proliferación inflamatoria miofibrohistiocítica son los preferidos tanto en el pulmón como en otras localizaciones<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista radiológico, elseudotumor inflamatorio aparece como una masa solitaria lobulada, de localización periférica y de bordes bien definidos<sup>1,4,5</sup>. En

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245260>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245260>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)