

## > CARTA AL DIRECTOR

### Caso clínico: Blastoma pulmonar

Diego González Rivas, Ricardo Fernández Prado, María Delgado Roel, Marina Paradela de la Morena, Jorge García Salcedo, Mercedes de la Torre Bravos, José María Borro Mate

Servicio de Cirugía Torácica y trasplante pulmonar. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña

Paciente de 29 años fumador de 20 cigarrillos/día y sin otros antecedentes de interés aumento que comenzó con dolor pleurítico derecho que ha ido en nocturna profusa, síndrome general con pérdida de peso y tos seca de mas de 1 mes de evolución.

La exploración física era normal. El hemograma, la bioquímica y la coagulación y marcadores tumorales no mostraban alteraciones.

En la Rx. Tórax se veía masa parahiliar derecha y en el TAC se objetivó masa hilar dcha que no capta contraste, de unos 7 cm. de diámetro. Aumento de densidad subpleural en segmento 3 derecho de aspecto inflamatorio. En la broncoscopia únicamente se vio ensanchamiento de carina de bronquio LSD bronquio intermedio. Presentaba unas PFR con un FEV1 de 4060 (99%).

Bajo AG e IOT selectiva se realizó toracotomía posterolateral derecha objetivando tumoración de unos 10 cm de diámetro a nivel hilar por lo que se realizó y neumonectomía derecha con linfadenectomía reglada.

El estudio anatomopatológico correspondía a un tumor bifásico muy sugestivo de blastoma pulmonar, de 6cm. De diámetro máximo en lóbulo inferior. Borde quirúrgico bronquial libre de infiltración tumoral y adenopatías de las regiones subcarínicas, prevasculares e hiliares resultaron negativos para malignidad. Inicialmente planteó diagnóstico diferencial con un sarcoma sinovial y con un tumor germinal del tipo del York sac tumor pero finalmente el diagnóstico definitivo fue de blastoma pulmonar. Se realizaron estudios inmunohistoquímicos siendo positivos para citoqueratinas, la vimentina, muy focalmente la cromogranina en el componente epitelial, el bcl-2 y CD99 principalmente en el mesenquima inmaduro focalmente y la calretinina. El índice de prolifera-

ción celular(MIB-1) fue de un 50-60%.

El post operatorio transcurrió con normalidad salvo crisis de taquicardia auricular que cedieron con tratamiento betabloqueante. La radiografía de tórax de alta no presentó otras alteraciones salvo las correspondientes a su neumonectomía siendo alta a los 7 días de la intervención quirúrgica.

Posteriormente recibió 4 ciclos de quimioterapia adyuvante según esquema Cisplatino- Etopósido. Actualmente sigue revisiones periódicas sin evidencia de recidiva.

### DISCUSIÓN

El blastoma pulmonar es un tumor primario maligno del pulmón muy raro. Fue descrito por primera vez por Barnard en 1952 como un embrioma del pulmón. Está formado por tejido mesenquimal y/o epitelial, que morfológicamente simula tejido pulmonar embrionario. El blastoma pulmonar supone el 0,25-0,50% de todos los tumores pulmonares. Histológicamente está constituido por un fondo blastomatoso indiferenciado, sobre el que asienta un doble componente mesenquimatoso y epitelial que recuerda al pulmón fetal, se pueden dividir en tres grupos: Blastoma Pulmonar Clásico, Adenocarcinoma Fetal bien diferenciado y Blastoma Pleuropulmonar. Puede aparecer a cualquier edad, aunque predomina en la edad adulta (80%), con un pico de incidencia en la cuarta década de la vida.

En la literatura no se han encontrado diferencias entre sexos. La mayor parte de los pacientes son fumadores y el hasta el 40% están asintomáticos, siendo el diagnóstico un hallazgo casual. En cuanto a su localización predomina la situación periférica sobre la central. El 45%

de los blastomas pulmonares el tamaño varía entre 5 y 10 cm. Los hallazgos clínicos son inespecíficos, pudiendo simular procesos inflamatorios pulmonares. En los casos sintomáticos, las manifestaciones clínicas se deben a la irritación bronquial, incluyendo tos, hemoptisis, disnea o dolor torácico.

Aunque la histología influye en el pronóstico, otros factores, como el tamaño superior a 5 cm y la existencia de metástasis, que se localizan habitualmente en el cerebro y el mediastino, son elementos adicionales en dicho pronóstico. El porcentaje de recurrencia del blastoma tras el diagnóstico el primer año es del 43%, lo que conlleva un peor pronóstico. Dos tercios de los pacientes fallecen en los primeros 2 años del diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa a veces seguida de quimioterapia, aunque hay estudios que dicen que la quimioterapia y la radioterapia no han demostrado eficacia hasta la actualidad.

Dado que el blastoma pulmonar es un tumor maligno poco frecuente, con un comportamiento agresivo, la decisión terapéutica debe ser individualizada teniendo en consideración todos los factores pronósticos conocidos.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Hussain M, Baig FA, Hussain S. Pulmonary blastoma. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2007 Jul;17(7):438-4. Department of Pulmonology, Liaquat National Hospital, Karachi
2. Shivastava R, Saha A, Mehera B, Batra P, Gagane NM. Pleuropulmonary blastoma: transition from type I (cystic) to type III (solid). *Singapore Med J.* 2007 Jul;48(7):e190-2.
3. Francis D, Jacobsen M. Pulmonary blastoma. *Curr Top Pathol* 1983;73:265-94. 4. Bernard M, Bayani J, Grant R, Teshima I, Thorner P, Squire J. Use of multicolor spectral karyotyping in genetic analysis of pleuropulmonary blastoma. *Pediatr Dev Pathol* 2000; 3(5): 479-86.
5. James R, Write JR. Pleuropulmonary blastoma. *Cancer.* 2000; 88(12): 2853-58.
6. Priest JR, McDermot MB, Bhatia S, Walterson J, Manivel JC, Dehner LP. Pleuropulmonary blastoma: A clinicopathologic study of 50 cases. *Cancer.* 1997; 80(1): 147-61.
7. Barret NR, Barnard WG. Some unusual thoracic tumours. *Br J Surg* 1945;32:447-57.

