



## MESOTELIOMA FIBROSO BENIGNO: A PROPOSITO DE DOS CASOS

F. J. ORRIOLS MARTINEZ, J. J. TORRES ROVIRA, J. LODO BESSE, J. BOLDU MITJANS,  
A. LADARIA FERRER y F. DE LA CALLE DEL MORAL

Sección de Neumología Departamento de Medicina Interna de la S.S. «Virgen de Lluch».  
Palma de Mallorca.

Se describen dos casos de mesotelioma fibroso benigno en los que se destaca la rareza de los mismos, sus principales características clínico-histológicas y sus diferencias con los mesoteliomas de comportamiento maligno.

Asimismo se destaca el valor de la biopsia transtorácica que estará especialmente indicada en personas de edad avanzada en los que esta técnica es de preferencia diagnóstica a la toracotomía de entrada.

Finalmente se resalta el valor de la TAC torácica en especial cuando se realiza por tiempo real al aportar datos interesantes no sólo en la morfología y densidad de la masa sino también por su relación con estructuras vecinas.

Benign fibrous mesothelioma.  
Report of 2 cases.

Two cases of benign fibrous mesothelioma are reported. Emphasis is made on the rarity of this condition, its main clinical and pathological features and its differences with malignant mesothelioma.

In addition, the usefulness of transthoracic biopsy is stressed. This procedure is indicated in elderly patients in whom it is preferable to torachotomy as a diagnostic technique.

Finally, the value of thoracic CT scan is studied, especially with real time technique which provides interesting data not only about morphology and density of the mass but about the relation of the latter with surrounding structures.

### Introducción

La escasa incidencia de mesoteliomas benignos en nuestra literatura y el hecho de haberse obtenido el diagnóstico antes de la toracotomía, nos ha llevado a la publicación de la presente.

### Observaciones clínicas

*Caso 1:* Mujer de 80 años, con cifoescoliosis dorsal, sin otros antecedentes laborales ni patológicos. Ingresó para estudio por haberse hallado en una radiografía de tórax de rutina, una masa

en región posterior hemitórax izquierdo. La paciente relataba disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos desde hacia tres meses y dolor de características pleuríticas en hemitórax izquierdo.

La exploración física revelaba, aparte de la citada cifoescoliosis, en la auscultación respiratoria, una disminución del murmullo vesicular en tercio medio de hemitórax izquierdo, plano posterior. No existía hipocratismo digital y el resto de la exploración era anodina.

La analítica general (incluida glucemia), ECG y la gasometría arterial eran normales. Mantoux a las 48-72 horas negativo. La espirometría indicaba trastorno restrictivo y en la radiografía de tórax se observaba una «masa» bien delimitada de características extrapleurales en cara posterior de hemitórax izquierdo sin cavitación ni calcificaciones asociadas (fig. 1). La citología de la tumoración por punción-aspiración transtorácica realizada con aguja intramuscular convencional, fue compa-

Recibido el 13-1-1983.  
Aceptado el 23-5-1983.



Fig. 1. Radiografía lateral de tórax del caso clínico 1. Se aprecia tumora- ción en cara posterior de hemitórax izquierdo de características extra- pleurales y acentuada cifoescoliosis.

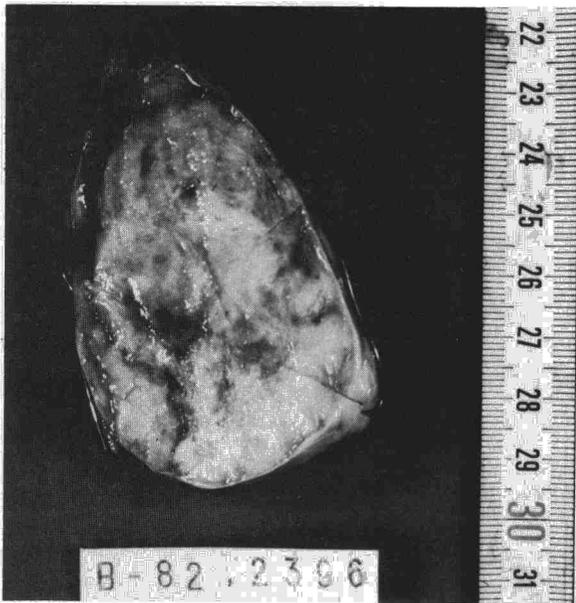


Fig. 2. Aspecto macroscópico del mesotelioma del caso 1.

tible con neoformación mesenquimal benigna. La biopsia tran- storácica realizada con aguja TRU-CUT, fue sugestiva de meso- telioma fibroso benigno.

Se procedió a toracotomía izquierda, observándose una tu- moración de 8 x cm, adherida a la pleura parietal por un fino pedículo. El examen anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico. En la actualidad la paciente está asintomática.



Fig. 3. Tomografía axial computarizada torácica del caso clínico 2.

**Caso 2:** Hembra de 54 años, sin antecedentes laborales de in- terés y con antecedentes patológicos de hipertensión arterial esencial que precisaba tratamiento medicamentoso, neumotórax terapéutico a los 20 años por TBC pulmonar derecha y desde hace aproximadamente cuatro años cuadro compatible con asma bronquial extrínseco. Se nos remite para estudio de «masa» paravertebral derecha hallada en una RX de tórax de rutina.

En la exploración física destacaba en la auscultación respira- toria roncus y sibilantes diseminados, así como una disminu- ción del murmullo vesicular en tercio medio de hemitórax de- recho, plano posterior. El resto de la exploración era normal.

La analítica general, el ECG y la gammagrafía ósea fueron normales. Gasometría arterial, discreta hipoxemia. Mantoux a las 48 horas, 10 mm de diámetro. Espirometría, trastorno venti- latorio mixto de predominio obstructivo, con buena respuesta de éste tras inhalación de hexoprenalina. La radiografía de tór- rax, «masa» paravertebral derecha, que ocupa 1/3 medio de he- mitórax derecho, de características extrapleurales. TAC toráci- co: tumoración ovoidea bien delimitada en cara posterior y ad- yacente a pleura, independiente del mediastino, con calcifica- ciones laminares en su cara postero-inferior; su densidad era compatible con tumor sólido (fig. 3). Broncofibroscopia: compresión extrínseca de todo el árbol bronquial derecho. Citología del broncoaspirado, negativa. Citología por punción- aspiración transtorácica mediante aguja intramuscular conven- cional, negativa. Biopsia transtorácica con aguja TRU-CUT, fue sugestiva de mesotelioma fibroso benigno.

Se procedió a toracotomía derecha, observándose tumora- ción intrapleural de 15 x cm, bien delimitada y encapsulada, que se resecaba fácilmente; no tenía pedículo. La biopsia de la pieza operatoria confirmó el diagnóstico.

### Comentarios

Los mesoteliomas son tumores originados pro- bablemente a partir de las células de revestimiento de las serosas celómicas o mesotelio. Por ello, tan- to la pleura, el peritoneo, pericardio y vaginal testi- cular pueden ser asientos de los mismos<sup>1</sup>.

Desde un punto de vista pronóstico, podemos dividir a los mesoteliomas pleurales entre los que tienen un comportamiento benigno y los que lo tienen desfavorable. Histológicamente pueden adoptar dos formas: de predominio epitelial o de predominio fibroso. Los datos hallados en la lite- ratura demuestran que los mesoteliomas benignos suelen ser de predominio fibroso, localizados, existiendo usualmente un pedículo que lo une a la pleura visceral, aunque pueden encontrarse tam-



bién unidos a la parietal (como uno de nuestros casos), diafragmático e incluso mediastínica<sup>1</sup>.

Macroscópicamente, los mesoteliomas fibrosos benignos son siempre bien delimitados, encapsulados y al corte, de consistencia firme, pudiéndose observar áreas hemorrágicas.

Al estudio microscópico, se hallan constituidos por tejido fibroso de celularidad muy variable según el caso, con fibras de reticulina y focos de material denso colagenizado, entremezclándose áreas con abundantes elementos vasculares. En las zonas más periféricas del tumor, se pueden encontrar acúmulos de células epiteliales de probable origen mesotelial o pulmonar que han sido englobadas por la tumoración<sup>2</sup>.

El concepto de benignidad en el mesotelioma se ha de tomar con precaución, puesto que se ha comprobado<sup>3</sup>, que en algunos casos recidivan e incluso dan metástasis años después. De ello se desprende que debe efectuarse una labor de seguimiento continuado en estos enfermos<sup>4,5</sup>.

Entre sus aspectos clínicos destaca un ligero predominio en el sexo femenino, la no existencia de antecedentes de contacto con el asbesto y que suelen ser asintomáticos hasta estadios avanzados de la enfermedad en las que los síntomas se deben a compresión mecánica principalmente<sup>6,7</sup>. En algunos casos se comprueba la presencia de hipoglucemia y/o osteoartropatía hipertrófica<sup>3</sup>.

Se ha de mencionar el resultado positivo que hemos obtenido en el diagnóstico a través de la biopsia transtorácica con aguja tru-cut. Creemos que la punción-aspiración y la biopsia transtorácica estarían especialmente indicadas como método

diagnóstico, y preferentemente a la toracotomía de entrada, en sujetos de edad avanzada en los que el riesgo operatorio es mayor.

La TAC torácica reviste un doble interés; por una parte permite comprobar la densidad, situación y morfología del tumor y por otra, cuando la TAC se realiza por tiempo real y vemos que el movimiento de la masa es simultáneo con la respiración, indicará que el tumor se encuentra unido a la pelura visceral<sup>8</sup>.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Muñoz y Fernández JR, Hernández Caballero A, Millastre A, Hernández Bello A, Borderas F, Valero M<sup>1</sup>, García Julián B: Mesoteliomas pleurales. Arch Bronconeumol 1976; 12:38-42.
2. Ankerman R: Pathol. Surg. Sixth Edition, 1980; 232-235.
3. Urquía M, Aranzadi C, Aleu M, Pérez S, Vila E, Fernández JL, Azcona P, Madariaga I, Larrinaga B, Peñueña JM: Mesotelioma pleural solitario: presentación de tres casos tratados quirúrgicamente. Arch Bronconeumol 1981; 17:115-120.
4. Okike N, Bernatz PE, Woolner LB, Minn R: Localized mesothelioma of pleura. Benignant variants. J Thorac Cardiovasc Surg 1978; 75:363-372.
5. Utley JR, Parker JC, Jr, Hanh RS, Bryant LR, Mobin-Huddin K: Recurrent benign fibrous mesothelioma of the pleura. J Thorac Cardiovasc Surg 1973; 65:830-835.
6. Frison JC, Richar C, Maestre JA, Morell F, Llaras C, León C, Rosa A: Mesotelioma pleural: revisión de 13 casos. Med Clin 1976; 66:115-120.
7. Scharifker D, Kaneko M: Localized fibrous «mesothelioma» of pleura (submesothelial fibrosa). Cancer 1979; 43:627-635.
8. Zirinsky K, Hsu J: Flopping mass in a asymptomatic women. Chest 1982; 81:733.