



Granuloma pulmonar de células plasmáticas. Presentación de tres casos

F. Pascual Lledó, J.P. García Muñoz*, J. Terán Santos, L. Rodríguez Pascual, F. Gallo Marín, FC. de Abajo, J.L. Viejo Bañuelos y M.J. Coma del Corral**

Sección de Neumología y **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Yagüe y *Sección de Neumología. Hospital Provincial Divino Valles. Burgos.

Se presentan tres casos de granuloma de células plasmáticas de localización pulmonar. Uno de ellos fue diagnosticado por punción aspiración transtorácica con aguja fina y presentó una evolución radiológica favorable de forma espontánea. En los otros dos pacientes hubo que recurrir a la toracotomía para su diagnóstico y tratamiento. Se discuten las características clínicas, etiopatogenia y posibilidades diagnósticas y terapéuticas de esta entidad.

Arch Bronconeumol 1992; 28:303-306

Introducción

El granuloma de células plasmáticas es una lesión de naturaleza benigna que afecta al parénquima pulmonar, aunque también puede presentarse en otras localizaciones, como el árbol traqueobronquial (10 % de los casos)¹⁻⁴, mediastino^{1, 5-8}, esófago, etc. En algunos casos puede tener una presentación en múltiples sitios. El granuloma de células plasmáticas ha recibido diversas denominaciones, entre las que destacan pseudotumor inflamatorio, histiocitoma y fibroxantoma.

Es una enfermedad poco frecuente, que puede afectar a cualquier edad de la vida, con la particularidad de ser la "lesión tumoral" pulmonar más frecuente en menores de 16 años^{1, 2}.

Presentamos un estudio de tres pacientes con granuloma de células plasmáticas observados recientemente en nuestro hospital. Las particularidades anatomopatológicas del caso 3 han sido objeto de otra publicación⁹.

Pulmonary granuloma of plasma cells. Report of three cases.

We report three cases of pulmonary plasma cell granuloma. One case was diagnosed by transthoracic aspirative puncture with fine needle and presented a spontaneously favourable radiologic evolution. In the other two cases diagnosis and treatment was made by a thoracotomy. We discuss clinical characteristics, etiopathogenesis, and diagnostic and therapeutic possibilities of this entity.

Observaciones clínicas

Caso 1. Varón de 27 años, no fumador, sin antecedentes clínicos de interés y asintomático, al que se le descubrió, en un reconocimiento radiológico casual, un nódulo pulmonar de 2,5 cm de diámetro, situado en el lóbulo superior derecho (fig. 1), de contornos bien delimitados, que en el estudio tomográfico se manifestó con densidad uniforme, sin cavitación ni calcificación. Tras la revisión de una radiografía previa de tres años antes, se observó que la lesión ya existía y que había crecido de tamaño en ese tiempo. La exploración física fue normal, así como los datos analíticos practicados. La serología de hidatidosis fue negativa y la reacción de Mantoux fue de 0 mm con 2 UT de RT 23. Se practicó toracotomía y se extirpó la lesión nodular, cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de granuloma de células plasmáticas. La evolución posterior ha sido favorable, sin que se haya presentado recidiva hasta el momento actual.

Caso 2. Varón de 36 años, fumador de 20 cig/día, sin otros antecedentes de interés y asintomático, al que en un reconocimiento radiológico se le descubrió un nódulo pulmonar de unos 3 cm de diámetro, localizado en el lóbulo inferior izquierdo (fig. 2a). La exploración física fue normal. Las tomografías de tórax realizadas mostraron un nódulo de contorno irregular con espiculaciones, sin calcificación ni cavitación. La TAC pulmonar confirmó la naturaleza sólida

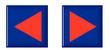


Fig. 1. Tomografía lateral del caso 1. Nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho.

de la lesión y su extensión hacia la pleura visceral (fig. 2b). La analítica practicada fue normal; la serología de hidatidosis fue negativa y la reacción de Mantoux fue positiva de 23 mm con 2 UT de RT 23. El paciente había recibido anteriormente tratamiento profiláctico con hidracidas por este motivo varios años atrás. Se realizó broncofibroscopia que no aportó hallazgos de interés. Igualmente, la baciloscopia, el cultivo en medio de Löwenstein y la citología del lavado bronquial fueron negativos, así como la biopsia transbronquial practicada bajo control radiológico. Una punción transtorácica efectuada bajo control fluoroscópico mostró una citología negativa para células tumorales. Finalmente se procedió a la toracotomía en la que se extirpó una lesión nodular cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de granuloma de células plasmáticas.

Caso 3. Varón de 58 años, fumador de 40 cigarrillos al día y bebedor moderado que acudió a su médico por presentar un cuadro de tos sin otra sintomatología de mes y medio de duración. Fue diagnosticado entonces de neumonía y recibió tratamiento con doxiciclina durante tres semanas. Ante la ausencia de mejoría clínica y radiológica fue remitido a nuestro centro para estudio de su proceso. A su ingreso, la exploración física del paciente era normal. La analítica mostró elevación discreta de la glucemia y de las transaminasas. El Mantoux fue positivo de 15 mm. Los estudios de citología y baciloscopia de esputo, así como el cultivo en medio de Löwenstein, fueron negativos. La exploración funcional pulmonar también fue normal. En la radiografía, tomografías de tórax y TAC torácica se observó un aumento de densidad localizado en el lóbulo superior derecho, de contornos irregulares, con dudoso ensanchamiento mediastínico (figs. 3a y 3b). La ecografía abdominal reveló una hepatoesplenomegalia discreta e inespecífica. En la broncoscopia se observaron

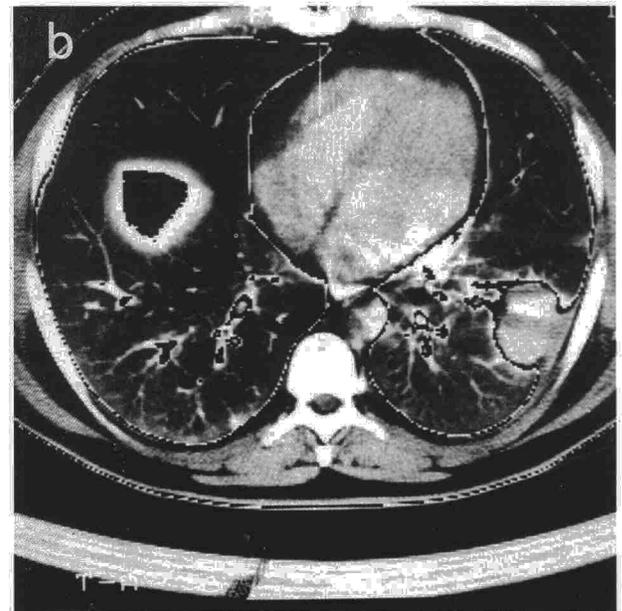
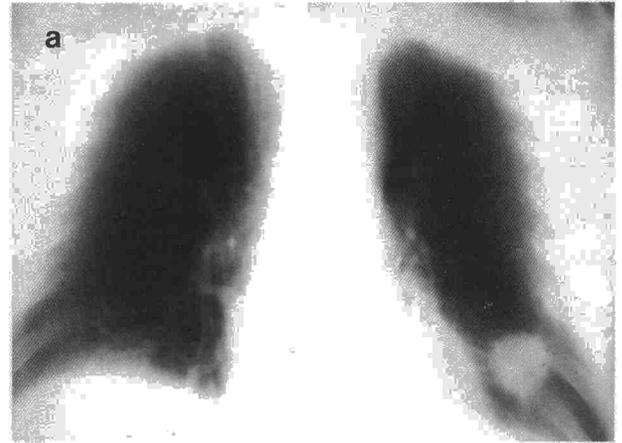


Fig. 2. Tomografía posteroanterior (a) y tomografía computarizada (b) del caso 2. Nódulo pulmonar en lóbulo inferior izquierdo.

signos de bronquitis crónica y las muestras de lavado bronquial fueron negativas para los estudios de citología, baciloscopia y cultivo del bacilo de Koch. El material extraído por punción transtorácica con aguja de Chivas bajo control radiológico rindió un estudio citológico formado por hematíes, neutrófilos, histiocitos, a veces polinucleados, y numerosas células plasmáticas, todo ello sugestivo de granuloma de células plasmáticas (fig. 4). El paciente, que no aceptó la toracotomía, permaneció asintomático en el curso del estudio. En los controles radiológicos efectuados en los meses siguientes no se detectaron cambios, pero un año después, la lesión radiológica había mejorado aunque sin llegar a desaparecer por completo. El enfermo permanece asintomático en la actualidad.

Discusión

El granuloma de células plasmáticas es una lesión pulmonar de naturaleza no aclarada. Diversos autores lo clasifican como un trastorno del sistema linfóide no linfomatoso tipo pseudolinfoma¹⁰. De hecho pueden

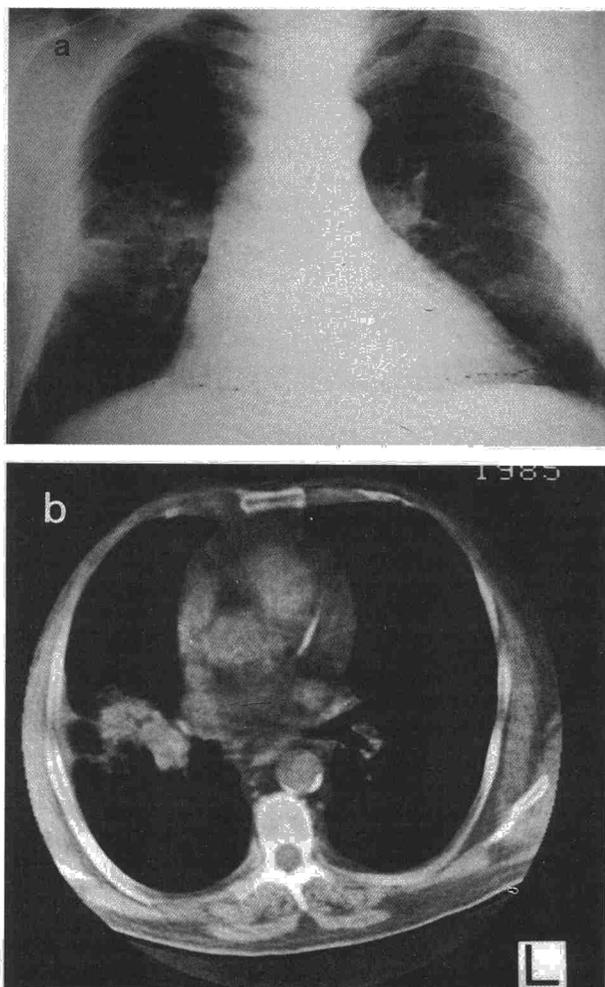


Fig. 3. Rx simple de tórax posteroanterior (a) y tomografía computarizada (b) del caso 3. Infiltrado irregular en lóbulo superior derecho.

existir problemas de diagnóstico diferencial entre ambas entidades dada la similitud de manifestaciones clínicas y radiológicas. Incluso para algunos autores se trataría de un mismo proceso con diversas formas de presentación¹¹.

El origen del granuloma de células plasmáticas parece ser reactivo, a modo de respuesta del sistema inmunitario a diversos estímulos, principalmente infecciosos^{1-3, 7, 8, 11}. En algunos casos se llega a recoger el antecedente reciente de un proceso infeccioso en la anamnesis. De hecho, hay pacientes cuyo diagnóstico inicial fue de neumonía y que recibieron tratamiento antibiótico⁸, como ocurrió en nuestra serie (caso 3). En esta línea, hay un caso en el que se ha relacionado este tipo de lesión con la fiebre Q, representando un estadio en el proceso de resolución tórpida de la neumonía¹². El origen reactivo a diversos estímulos antígenicos justificaría el pleomorfismo de las lesiones. Sin embargo, a pesar de las evidencias anteriores tampoco puede descartarse totalmente su naturaleza tumoral^{2, 4}.

Su forma de presentación habitual es la de hallazgo radiológico casual, pero en ocasiones los pacientes refieren síntomas respiratorios inespecíficos, como tos, dolor torácico y, ocasionalmente, hemoptisis^{1, 2}.

Las manifestaciones radiológicas del granuloma de células plasmáticas son en forma de nódulo o masa pulmonar y puede presentar calcificaciones o cavitaciones en su interior^{1, 2, 13}. Generalmente aparece como lesión única, aunque existen casos referidos de lesiones múltiples^{7, 8} y también se ha descrito la presentación en forma de un área de densidad radiológica homogénea mal delimitada. Cuando afecta al árbol bronquial, puede determinar la aparición de una atelectasia^{1, 2}.

El comportamiento del proceso es en general benigno, aunque hay varios casos de evolución desfavorable. Estos casos se asocian a mediastinitis fibrosante por extensión de la lesión al mediastino^{1, 2} y más raramente, por invasión vascular¹⁴, pero esta complicación es excepcional.

La evolución radiológica puede ser variable, desde la ausencia de modificación radiológica durante años, al crecimiento lento¹⁻⁴ o las remisiones espontáneas¹⁵. En algunos casos de estabilización prolongada, se ha encontrado crecimiento de la lesión tras el parto¹⁶. En nuestra casuística (casos 1 y 2), la presentación clínica y el comportamiento de la enfermedad fue el habitual: hallazgo casual en un reconocimiento radiológico; crecimiento radiológico discreto respecto a controles anteriores en un caso; apariencia nodular y diagnóstico tras exéresis de la lesión. El tercer paciente presentó algunos datos adicionales de interés, como el diagnóstico por punción aspiración transtorácica, hecho muy raramente descrito en la literatura^{17, 18} y su evolución hacia la resolución espontánea.

El diagnóstico suele efectuarse por análisis anatomopatológico de la lesión. Mandelbaum et al¹⁵ han llamado la atención sobre la posible asociación entre el granuloma de células plasmáticas y carcinoma. Ello obliga a una valoración cautelosa del diagnóstico por punción aspiración; sin embargo, no hemos encontrado ningún otro trabajo que mencione dicha asociación y además existe la posibilidad de resolución espontánea, por lo que abogamos por una actitud expectante frente a la posibilidad de exéresis, a veces extensas. De todas formas, en la mayoría de los casos, se llega al diagnóstico por toracotomía y exéresis del pseudotumor.

La extirpación quirúrgica es por tanto, el método diagnóstico de referencia y el procedimiento terapéutico de elección ya que habitualmente resulta curativo. No obstante, puede ser interesante realizar un diagnóstico preoperatorio con el objeto de buscar una resección lo más económica posible o incluso, si es técnicamente factible, realizar una enucleación^{14, 19}. Por otro lado, Mandelbaum recomienda la biopsia intraoperatoria y, si es positiva para granuloma de células plasmáticas, no considera indicada la resección. Sin embargo, esta actitud nos parece arriesgada a la vista de las comunicaciones sobre recidivas locales en las resecciones incompletas^{4, 6}.



Ciertos autores consideran que la radioterapia puede ser un tratamiento alternativo o complementario en las formas no resecables^{4, 6, 20}, pues se ha descrito evolución favorable con esta terapéutica; sin embargo, se precisan nuevos estudios para asegurar su eficacia. En las formas traqueobronquiales, el diagnóstico puede hacerse por broncoscopia y biopsia.

En conclusión, queremos resaltar: 1) aunque poco frecuente, el granuloma de células plasmáticas es la lesión tumoral más prevalente en individuos jóvenes; 2) la posibilidad de diagnóstico citológico por punción transtorácica, que permite un planteamiento conservador del tratamiento, y 3) la recomendación de un tratamiento quirúrgico lo más económico posible en todos los casos, más aún si se dispone de diagnóstico previo y se han descartado otras patologías asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bahadori M, Liebow AA. Plasma cell granulomas of the lung. *Cancer* 1973; 31:191-208.
2. Pérez Espejo GA. Patología de los tumores broncopulmonares infrecuentes. *Arch Bronconeumol* 1980; 16:8-84.
3. Spencer H. The pulmonary plasma cell/histiocytoma complex. *Histopathology* 1984; 8:903-916.
4. Lund C, Sorensen JM, Axelsen F, Larsen K. Pulmonary histiocytomas. *Eur J Respir Dis* 1983; 64:141-149.
5. Varela A, Aroce MJ, Bravo JL et al. Granuloma de células plasmáticas con afectación mediastínica. *Rev Clin Esp* 1983; 171:433-435.
6. Herman PG, Hillman B, Pinkus G, Harris GC. Unusual non-infectious granulomas of the lung. *Radiology* 1976; 121:287-292.
7. Stmtynsky N, Balthazar EJ, Klein RM. Inflammatory pseudotumors of the lung. *Radiology* 1973; 47:94-96.
8. Pearl M. Postinflammatory pseudotumor of the lung in children. *Radiology* 1982; 105:391-395.
9. Coma Del Corral MJ, Razquin Lizarraga J, García Muñoz JP, Montoya Arnaiz I. Diagnóstico citológico de un caso de granuloma de células plasmáticas del pulmón mediante punción-aspiración con aguja fina. *Citología* 1988; 10:66-72.
10. Glickstein M, Komstein MJ, Pietra GG et al. Nonlymphomatous lymphoid disorders of the lung. *AJR* 1986; 147:227-237.
11. Fraser RG, Pare JAP. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Barcelona: Ed. Salvat 1981; 1.077-1.078.
12. Vanigan DT, Manie TJ. An inflammatory pseudotumor of the lung in Q fever pneumonia. *N Engl J Med* 1983; 308:86-88.
13. Mc Call JW, Woo-Ming M. The radiological appearances of plasma cell granuloma of the lung. *Clin Radiol* 1978; 29:145-150.
14. Warter A, Satg D, Roeslin N. Angioinvasive plasma cell granulomas of the lung. *Cancer* 1981; 59:435-443.
15. Mandelbaum J, Brashear RE, Hulle MT. Surgical treatment and course of pulmonary pseudotumor (plasma cell granuloma). *J Thorac Cardiovasc Surg* 1981; 82:77-82.
16. Canalis Arrayas E, Iglesias García E, Canga González C, Alvarez Carreño F, Hernández Ortiz C, Roig Verge A. Pseudotumor inflamatorio pulmonar (fibroxantoma). *Arch Bronconeumol* 1985; 21:137-139.
17. Martínez Alvarez A, Peña Saurago JM, Saez Garmendia FM et al. Punción biopsia aspiración pulmonar. Técnica, complicaciones y valor diagnóstico. *Gaceta Médica de Bilbao*, 1984; 81:113-121.
18. García Hernández F, Egado García R, Bernardo Ll. Pseudotumores inflamatorios pulmonares. Estudio clinicopatológico de seis casos. *Arch Bronconeumol* 1988; 24:114-119.
19. Maples MD, Adkins RD, Graham BS et al. Pseudotumor of the lung. *Ann Surg* 1985; 51:84-88.
20. Hoover SV, Granston AS, Koch DF, Hudson TR. Plasma cell granuloma of the lung, response to radiation therapy. Report of a single case. *Cancer* 1977; 39:123-125.