

# LEIOMIOMA DE PULMON: A PROPOSITO DE UN CASO

N. Llobregat Poyan, J. M. Mentrída Rodríguez, A. Rábano Gutiérrez\*,  
F. González Aragonese, E. Orusco Palomino, M. Pérez Gallardo y  
E. Folque Gómez

Servicio de Cirugía Torácica y \*Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Los autores presentan un caso de leiomioma pulmonar, tumor benigno de escasa frecuencia. A propósito de ello realizan una revisión de la literatura, encontrando tan sólo 73 casos descritos, ninguno de ellos en la literatura nacional. Señalan su lugar dentro de todos los tumores benignos pulmonares (2%) y realizan una clasificación topográfica (traqueales, bronquiales y parenquimatosos) esencial para la comprensión de sus manifestaciones clínicas y para la elección del tratamiento adecuado.

*Arch Bronconeumol* 1988; 24: 215-217

## Pulmonary leiomyoma. A case report

We present a case of pulmonary leiomyoma, a benign tumor which has a low frequency. We have reviewed the current relevant literature and we have found only 73 reported cases, none of them in the national literature. We outstand its incidence within all the benign tumors of the lung (2%) and carry out a topographic classification (tracheal, bronchial and parenchymatous) which is critical in the understanding of its clinical features and in establishing an adequate treatment.

### Introducción

La primera descripción de un leiomioma pulmonar en la literatura fue realizada por Forkel en 1910. Desde entonces y hasta la fecha hemos localizado 73 casos publicados, no encontrando ninguno en la literatura nacional, motivo por el cual presentamos un caso tratado por nosotros y hacemos una revisión de la literatura de este excepcional tipo de tumor.

### Observación clínica

Paciente de 51 años, soltera y sin hijos, vista en diversas ocasiones en el Servicio de Neurología de nuestro centro siendo diagnosticada de cefaleas tensionales y crisis de ansiedad. En la última revisión realizada en agosto de 1986 se le apreció de forma causal un nódulo pulmonar solitario en campo medio de pulmón izquierdo, motivo por el que nos fue remitida. En la historia clínica no refiere patología respiratoria previa. Había sido diagnosticada de mastopatía fibroquística en 1978. La exploración física estaba dentro de la normalidad. A su ingreso presentaba la siguiente analítica: hematófíes 4.130.000; Hb 13 g%; Hto 38,3%; leucocitos 7.700 con fórmula normal; VSG normal; urea, glucosa, transaminasas y colesterol normales. Cassoni positivo. Inmunodifusión hidatídica negativa. En esputo no se observaron BAAR ni células atípicas. La Rx PA y L y las tomografías de tórax mostraron una imagen redondeada de 2,5 cm de diámetro de densidad media y uniforme con contornos nítidos, a nivel de la llingula (Fig. 1). La TAC torácica confirmó la imagen anterior, sugiriéndose como diagnósticos más probables los de hamartoma pulmonar y quiste hidatídico. No se detectaron adenopatías hiliares ni mediastínicas. Ecografía hepática normal. ECG normal. Espirometría normal. Al no poder descartar que se tratara de un quiste hidatídico, se desestimó la punción transtorácica. Por otro lado, dada su localización periférica no se realizó broncoscopia.

Con el diagnóstico de nódulo pulmonar solitario se realizó una toracotomía exploradora encontrándose a nivel de cara cisional de llingula una tumoración de 2,5 x 3 cm de diámetro, de consistencia fibroelástica. Se extirpó la tumoración siendo la exploración del resto del pulmón normal.

El informe anatomopatológico describió la tumoración como una formación nodular de 3 cm de diámetro, conformación ovoide, consistencia blanda y coloración amarillenta, tanto en superficie como al corte. No se observó cápsula. Histológicamente, el material remitido aparecía constituido en su totalidad por

una proliferación de células musculares típicas que se disponían en tractos y remolinos separados por su estroma fibroso de densidad moderada. No se observaron atipias celulares ni imágenes mitóticas. En uno de los polos de la pieza, ésta aparecía revestida por un epitelio cilíndrico monoseriado. Juicio diagnóstico: leiomioma pulmonar (Fig. 2).

El postoperatorio cursó sin complicaciones. Debido al diagnóstico histológico se realizó un estudio clínico y ecográfico del aparato genital, que fue normal.

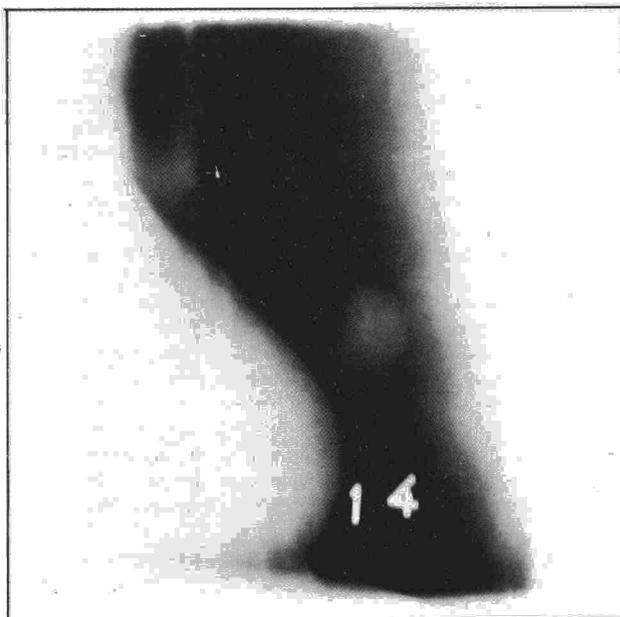


Fig. 1. Plano tomográfico que muestra la lesión pulmonar con características de benignidad.

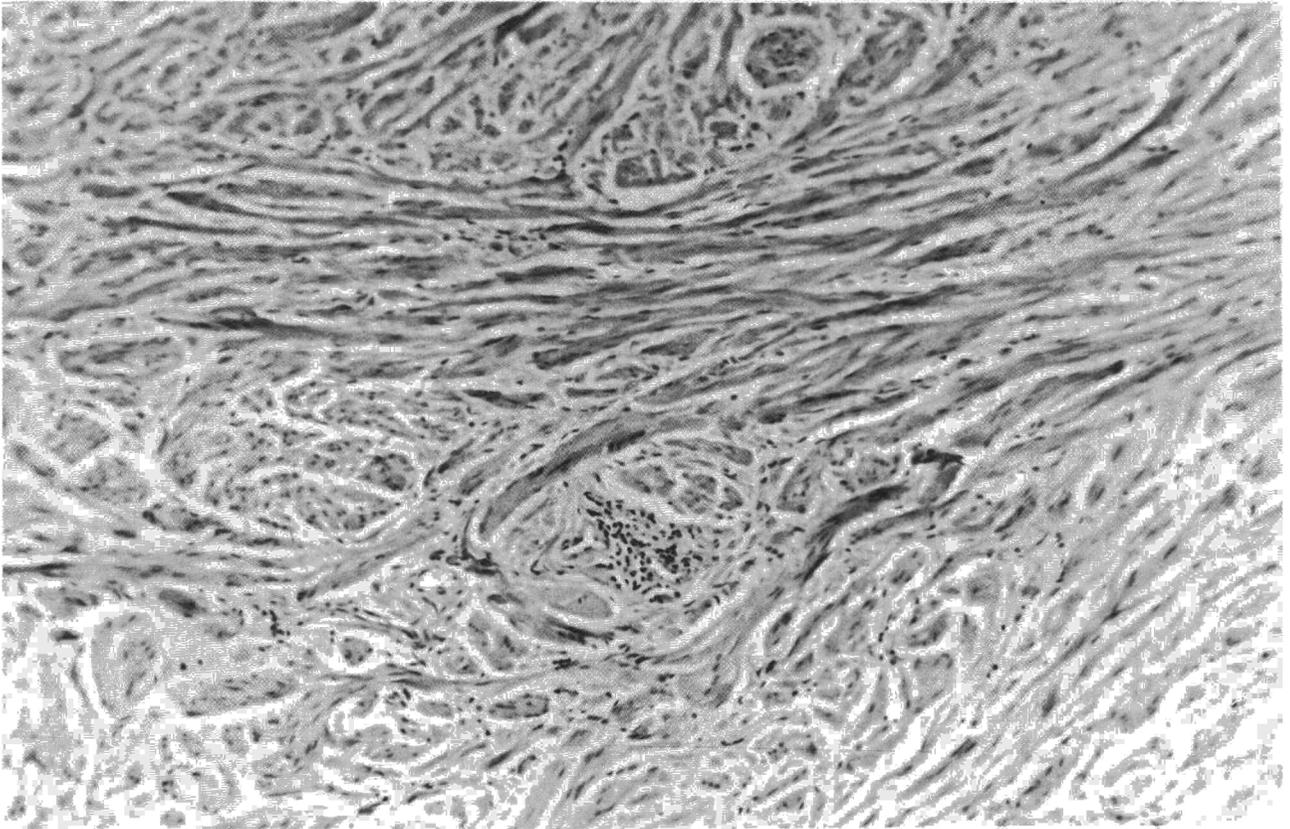
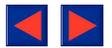


Fig. 2. Microfotografía que muestra la conformación histológica del tumor.

### Comentarios

Los tumores benignos del pulmón son raros y representan menos del 1 % del total de las neoplasias del pulmón<sup>1</sup> y el 10 % de las primarias<sup>2</sup>.

Ya nadie incluye los adenomas bronquiales dentro de los tumores benignos, ya que en un no despreciable número de casos (13 %) presentan un comportamiento claramente maligno<sup>3</sup>. El más frecuente es el hamartoma (76,9 % en la serie de Arrigoni)<sup>3</sup>, presentando el leiomioma, en esta misma serie<sup>3</sup>, una prevalencia inferior al 2 %, aunque algún grupo ha encontrado un porcentaje algo mayor<sup>4</sup>.

Con vistas a la discusión es interesante hacer una clasificación previa según la localización, ya que el comportamiento de estos tumores varía según el lugar donde estén situados en el aparato respiratorio. Así pues, podemos hablar de leiomiomas de situación traqueal, leiomiomas de situación bronquial y leiomiomas del parénquima pulmonar.

Los leiomiomas pueden aparecer en cualquier edad, siendo el paciente más joven, un niño de tres años portador de un leiomioma de tráquea<sup>5</sup> y el mayor, un paciente de 67 años en la serie de Salizzoni<sup>4</sup>; sin embargo, la mayoría de estas lesiones aparecen en la juventud y en edades medias, con una media de edad de 35 años para las lesiones bronquiales y parenquimatosas<sup>6</sup> y de 33 años para las que asientan en tráquea<sup>5,7,8</sup>.

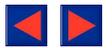
En cuanto a la distribución por sexos, encontramos una mayor frecuencia en las mujeres para las lesiones parenquimatosas, casi el 80 % para Orłowski et al<sup>6</sup>; predominio de varones en el de tráquea<sup>5</sup> e igual frecuencia en los endobronquiales<sup>9</sup>.

Respecto a la localización, estos tumores asientan preferentemente en la periferia del árbol respiratorio, habiendo encontrado en los 74 casos revisados la siguiente distribución: traqueal 12 casos (16,2 %), bronquial 23 casos (31,1 %) y parenquimatosos 39 casos (52,7 %).

La clínica de estos tumores está íntimamente relacionada con la localización de los mismos. Así, los de localización traqueal pueden dar un cuadro de obstrucción de vías aéreas altas, con disnea, estridor y tiraje, simulando en ocasiones un cuadro de asma bronquial<sup>7,8</sup>. Los que asientan en bronquios importantes producirán síntomas relacionados con el mayor o menor grado de obstrucción bronquial, así como fiebre, tos, expectoración purulenta, hemoptisis, etc., como consecuencia de los fenómenos de atelectasia, neumonitis y bronquiectasias que pudieran producirse<sup>3,4,6,10</sup>. A veces la obstrucción bronquial conduce a una hiperinsuflación por mecanismo valvular, como en un caso publicado por Shahian<sup>9</sup>, en el que una mujer de 30 años debutó con una neumotórax espontáneo secundario a la hiperinsuflación.

Por el contrario, los leiomiomas que asientan en la periferia del pulmón, como en nuestro caso, no dan síntomas en el 94 % de los casos<sup>6</sup>, apareciendo como hallazgos en radiografías de tórax realizadas por otros motivos.

Los métodos diagnósticos a emplear no varían en nada de los utilizados habitualmente para el diagnóstico de otros tumores broncopulmonares. Así, la Rx convencional de tórax nos mostrará imágenes secundarias al mayor o menor grado de obstrucción bronquial (atelectasia, neumonitis, etc.) en los tumores centrales e imagen de nódulo pulmonar solitario (NPS), con características de benignidad, en los periféricos. En los leiomiomas traqueales pueden ser muy demostrativas



las tomografías traqueales<sup>11</sup>. En algún caso se han descrito leiomiomas con calcificaciones, pero son la excepción<sup>12</sup>.

La TAC torácica no aportará datos específicos, pero sí contribuirá a orientarnos hacia el diagnóstico de NPS benigno, como en nuestro caso, que sugirió que se trataba de un hamartoma o de un quiste hidatídico.

La broncoscopia juega un papel fundamental para el diagnóstico de estas neoplasias, cuando asientan en tráquea o en bronquios de grueso calibre, no sólo por proporcionarnos el material para el estudio patológico sino también, en algún caso seleccionado, intentar la excisión endoluminal<sup>9</sup>.

La punción transtorácica, en la literatura revisada, sólo se empleó en un caso<sup>4</sup>, dando como diagnóstico probable el de carcinoma de células pequeñas.

Dado que la mayoría de los leiomiomas pulmonares periféricos se dan en mujeres y que en un no despreciable número de casos coexisten con miomas uterinos<sup>6</sup>, creemos imprescindible un examen ginecológico para descartar esta posibilidad. Además, en algunos casos, estos leiomiomas se han considerado como auténticas metástasis del tumor uterino (fibroleiomioma benigno metastatizante de útero)<sup>13</sup>, e incluso, hay casos descritos de regresión espontánea de leiomiomas pulmonares múltiples en el embarazo<sup>14</sup>. Aunque mucho más raro, el leiomioma puede coexistir con tumores idénticos en la piel<sup>15</sup>.

El tratamiento de estos tumores dependerá fundamentalmente de su localización. Al tratarse de neoplasias de comportamiento benigno, la cirugía debe ser lo más conservadora posible. Así, en los tumores endotraqueales se debe intentar primero la extirpación endoscópica, aunque quizás el tratamiento con láser pueda ser también de utilidad. De no tener éxito, se intentará la extirpación por traqueotomía, o mediante resección circunferencial con anastomosis término-terminal<sup>8</sup>.

En los localizados en los bronquios principales, además de la resección endobronquial, las técnicas broncoplásticas pueden jugar un importante papel frente a la neumonectomía, siendo la lobectomía la técnica a emplear en los leiomiomas que asientan en bronquios lobares.

En los periféricos, como en nuestro caso, la extirpación simple del tumor, o la resección atípica en cuña del mioma y del parénquima circundante, son las técnicas ideales.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Martini N, Beattie E J, Jr. Less common tumors of the lung. En: Shield T W, 2.ª ed. General Thoracic Surgery. Philadelphia. Lea & Febiger, 1983; 770-779.
2. Peleg H, Puzner Y. Benign tumors of the lung. Dis Chest 1965; 47:179-186.
3. Arrigoni M G, Woolner L B, Bernatz P E, Miller W E, Fontana R S. Benign tumors of the lung. A ten-year surgical experience. J Thorac Cardiovasc Surg 1970; 60:589-599.
4. Salizzoni M, Ardisson F, Chiampo G, Borasio P, Dei Poli M, Andron A. Ann Chir 1985; 39:131-134.
5. Foroughi E. Leiomyoma of the trachea. Dis Chest 1962; 42:230-232.
6. Orłowski T M, Stasiak K, Kolodziej J. Leiomyoma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1978; 76:257-261.
7. Sanders J S, Carnes V M. Report of a case, with a note on the diagnosis of partial tracheal obstruction. N Engl J Med 1961; 264:277-279.
8. Kitamura S, Maeda M, Kawashima Y, Masakoa A, Manabe H. Leiomyoma of the intrathoracic trachea. J Thorac Cardiovasc Surg 1969; 57:126-133.
9. Shahian D M, McEnany M T. Complete endobronchial excision of leiomyoma of the bronchus. J Thorac Cardiovasc Surg 1979; 77:87-91.
10. Taylor T L, Miller D R. Leiomyoma of the bronchus. J Thorac Cardiovasc Surg 1969; 57:284-288.
11. White S H, Ibrahim N B N, Forrester-Wood C P, Keyasingham K. Leiomyoma of the lower respiratory tract. Thorax 1985; 40:306-311.
12. Crastnopol P, Franklin W D. Fibroleiomyoma of the lung. Ann Surg 1957; 145:128-132.
13. Spiro R E, McPeak C J. On the so-called metastasizing leiomyoma. Cancer 1966; 19:544.
14. Horstmann J P, Pietra G G, Harman J A, Cole N G, Grispan S. Spontaneous regression of pulmonary leiomyomas during pregnancy. Cancer 1977; 39:314-321.
15. Castleman B, Kibbee E U. Case record of the MGH. N Engl J Med 1963; 268:550-557.