

HOSPITAL BENEFICO JURIDICO

## **Granuloma plasmocitario pulmonar: Presentación de un caso**

Por los Dres.:

LUISA ARMAS PEREZ, JULIO RODRIGUEZ QUINTERO<sup>1</sup> y RAFAEL MENESES MAÑAS

Armas Pérez, L. y otros. *Granuloma plasmocitario pulmonar: presentación de un caso*. Rev Cub Med 22: 5, 1983.

Se presenta el caso de un adulto joven que presentaba una sombra pulmonar en lóbulo superior derecho y a quien mediante la técnica quirúrgica se le determinó el diagnóstico de un granuloma de células plasmocitarias. Este seudotumor es de causa desconocida y no tiene relación con el mieloma múltiple. El tratamiento debe ser quirúrgico o por radiaciones. La evolución del enfermo ha sido favorable durante un período de cuatro años.

### INTRODUCCION

Los granulomas plasmocitarios son seudotumores bastante raros de causa aún desconocida, aunque algunos atribuyen que son de origen infeccioso debido a que se componen de típicas células plasmáticas maduras e inmaduras provenientes de células mesenquimatosas, mezcladas con linfocitos y, en menor proporción, con histiocitos.<sup>1,2</sup>

Estos seudotumores se observan en tejidos blandos, ante todo en la mucosa y submucosa de los aparatos respiratorio y digestivo; son los más frecuentes los ubicados en la nasofaringe y cavidad bucal. Han sido descritos varios casos de localización pulmonar.

Su tamaño es variable y se han descrito algunos que han tomado todo un lóbulo pulmonar. Pueden ser, además, únicos o múltiples.<sup>1,2</sup>

Casi siempre evolucionan de manera asintomática, y cuando los síntomas están presentes son escasos y vagos, tales como: tos improductiva, dolor, pérdida de peso y, en ocasiones, esputos hemoptoicos.

Se hace difícil diferenciar entre los tumores de células plasmáticas, o sea, los plasmocitomas y los granulomas de células plasmocitarias por tener el mismo origen celular y similar estructura histológica, sólo que en los últimos suelen mezclarse abundantes linfocitos y grupos de histiocitos espumosos.<sup>13</sup> Desde el punto de vista clínico la diferencia estaría dada porque en los plasmocitomas, generalmente se asocian otros elementos, tales como: proteinuria en orina; aumento de las proteínas sanguíneas; y presencia de algún tumor óseo, ante todo en costillas y vértebras. En ocasiones puede demorarse años la aparición del mieloma múltiple.<sup>3\*\*</sup>

#### *Resumen de la HC 55746*

Enfermo GSB; edad: 31 años; sexo: masculino.

*Motivo de ingreso:* dolor torácico.

*Fecha de ingreso hospital "Julio Trigo":* 31-V-1976.

*HEA:* paciente de 31 años de edad, quien refiere que hace más de cinco meses comenzó a presentar dolor de tipo subagudo al nivel del hemitórax derecho localizado en la región interescapulovertebral que posteriormente aumentó su intensidad y que no se acompañó de otras manifestaciones.

Por este motivo concurre al policlínico de su área donde le realizaron Rx de tórax y le encontraron una "sombra" al nivel del mediastino. Conjuntamente le realizaron tres análisis de esputos en busca de BAR los que resultaron negativos.

Le aplicaron tratamiento con antibióticos y al no haber mejoría radiográfica lo remitieron a un centro hospitalario. Allí fue estudiado con broncografía, broncoscopia, sin haberse podido llegar a diagnóstico definitivo, motivo por el cual fue remitido a este centro para su investigación y tratamiento.

*Antecedentes patológicos personales:* no aportaron datos de interés.

Al interrogarlo sobre síntomas en los diferentes aparatos y sistemas, sólo refirió en respiratorio el dolor en hemitórax derecho con las características ya descritas en la HEA.

Al examen físico general se encontró un enfermo normolíneo, con buen estado general.

*Aparato respiratorio:* tórax de aspecto y configuración normal. FR: 16 x minuto. Buena expansión torácica. Disminuida la sonoridad pulmonar, así como las vibraciones vocales y el murmullo vesicular en la región interescapulovertebral derecha. El resto del examen fue completamente normal.

#### RESULTADO DE LAS INVESTIGACIONES

*Tórax simple posteroanterior* (31 -V-1976): proceso de condensación por infiltración del parénquima en el vértice y región paramediastinal superior del pulmón derecho.

*Tomografía posteroanterior bilateral* (7-VI-1976): proceso de infiltración pulmonar en la región paramediastinal superior derecha, sin que existan caracteres particulares de la lesión que permitan hacer un diagnóstico. No se comprueban adenopatías hiliares ni mediastinales.

*Tomografía lateral derecha* (7-VI-1976): en los cortes profundos paramediastinales se observa ligera infiltración en el segmento apical y en el segmento posterior del lóbulo superior derecho; no se observan adenopatías hiliares ni formaciones hiliomediastinales. El aspecto de estas lesiones es compatible con tuberculosis pulmonar o micobacteriosis.

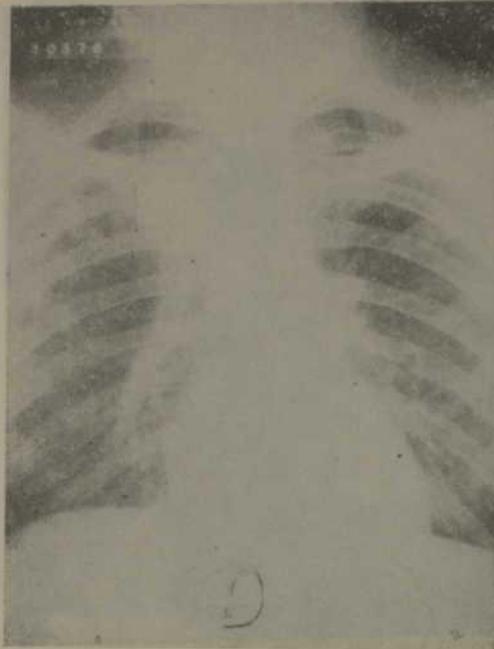


Figura 1

*Infiltración parenquimatosa paramediastinal superior derecha, de forma redondeada y aspecto tumoral.*

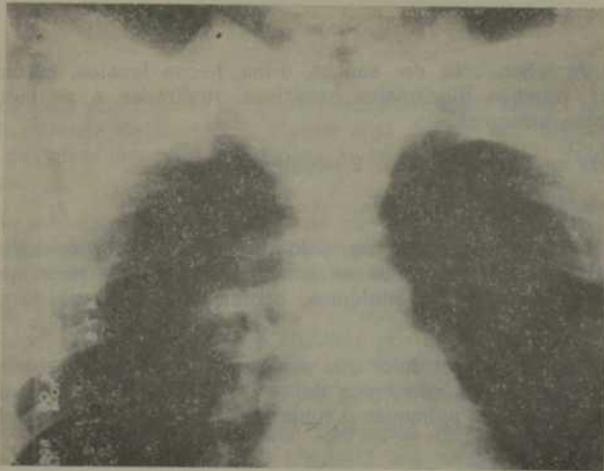


Figura 2

*La infiltración redondeada es menos aparente.*



Figura 3

*En ta tomografía frontal se observa una infiltración paramediastinal derecha con tendencia a la forma redondeada tumoral.*

*Los exámenes de laboratorio, de: sangre, orina, heces fecales, serología, urea, glicemia, coagulograma, pruebas funcionales hepáticas, realizados a su Ingreso se hallaron dentro de los valores normales.*

*Espustos directos en busca de BAR: 9 negativos.*

*Espustos bacteriológicos: 5 normales.*

*Broncoscopia (15-VI-76): bronquio izquierdo normal. Bronquio derecho con la mucosa pálida. La entrada de ambos bronquios se encontró normal. Se tomó muestra de secreción bronquial para investigación citológica, bacteriológica, búsqueda de BAR, y todo resultó negativo.*

*Como el enfermo mantenía el dolor que motivó su ingreso y febrícula de 37° a 37,5°C diario, se valoró la posibilidad quirúrgica del enfermo con propósitos diagnósticos y la sospecha clínica de neoplasia pulmonar o tuberculosis, por lo que se ordenaron entonces Recibido: 15 de julio de 1982.*

*ECG (4-VI-76): normal.*

*P. F. Vent. (3-VI-76): cuyos valores revelaron la presencia de un componente obstructivo reversible al tratamiento broncodilatador de salbutamol, compatible con broncoespasmo.*



Figura 4

*En la lomografía lateral derecha el tumor se proyecta en el segmento posterior del lóbulo superior derecho.*

*Mediastinoscopia con biopsia de grasa prescalénica (28-VI-76):* se encuentra una masa hiliar derecha rodeada de un tejido fibroso algo denso, del que se toman varios fragmentos con dificultad por ser sangrantes y se enviaron al patólogo para su estudio histopatológico.

*Descripción microscópica:* estructura de ganglios linfáticos que conservan su estructura normal. En algunos folículos linfáticos se observa tumefacción de los macrófagos. Zonas de congestión intracapilar de los tabiques conjuntivos. Tejido adiposo normal.

*Toracotomía derecha (7-VII-76):* se le realizó lobectomía superior derecha, así como exéresis de gruesos ganglios hiliares situados por debajo del bronquio del lóbulo superior derecho. La masa del lóbulo extraído tiene aspecto tumoral. Se tomaron muestras para biopsia por congelación, cuyo examen histopatológico fue informado como normal.

El estudio macroscópico de la pieza quirúrgica halló el borde posterior del lóbulo de superficie anfractuosa. Al corte se encontró una zona de consistencia dura, de color blanquecino grisáceo, que ocupaba todo el segmento posterior del lóbulo y mitad posterior del segmento apical. El diámetro apicobasal de la lesión fue de 11 centímetros; el anteroposterior, de 4 cm; y el transversal, de 6 cm. El resto del parénquima se encontraba normal.

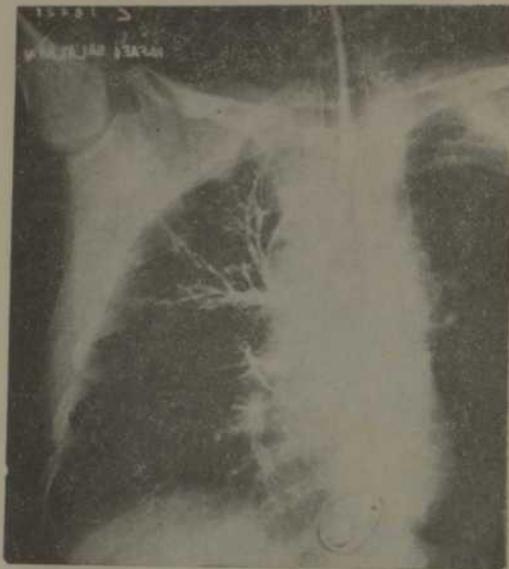


Figura 5  
*En la broncografía derecha se observa que la rama del segmentario apical del lóbulo superior derecho, se detiene en el límite inferior de la infiltración pulmonar.*

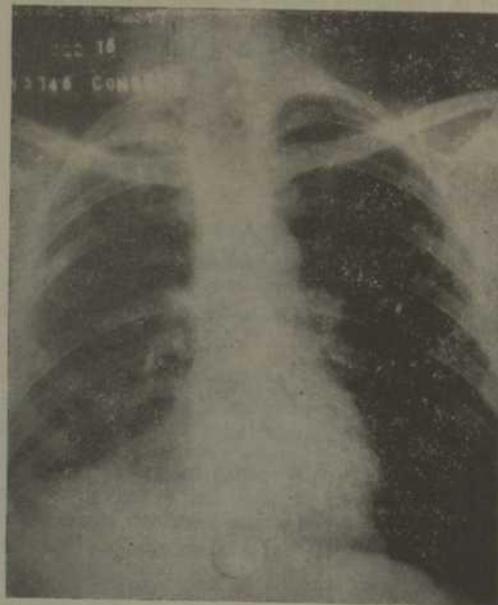


Figura 6  
*En el tórax posteroanterior posoperatorio tardío sólo se observan reliquias posoperatorias, sin otras alteraciones.*

Al examen histopatológico se hallaron en los cortes de todas las zonas de la lesión la estructura de un granuloma plasmocitario pulmonar. La estructura ganglionar estaba conservada, con signos de inflamación inespecífica. No se observaron signos de neoplasia.

La evolución posoperatoria del enfermo fue satisfactoria desde el punto de vista respiratoria. Sin embargo, a los seis días de la operación, sufrió como complicación una psicosis posanestésica con intento suicida y autoextracción de las sondas de drenaje torácico.

Todas estas eventualidades fueron resueltas por acción rápida del cirujano asociado a la valoración y tratamiento del psiquiatra y con resultados y evolución favorables.

El enfermo se encuentra bien, asintomático y no ha presentado más recidivas al cabo de cuatro años.



Figura 7  
*Predominio de plasmocitos en todos los cortes; en menor proporción se hallan linfocitos e histiocitos, con coloración de hematoxilina y eosina.*

#### COMENTARIOS

El tipo de lesión radiográfica localizada en el lóbulo superior derecho con bordes imprecisos hizo sospechar, en primer lugar, que se trataba de tuberculosis pulmonar; sin embargo, la presencia del dolor torácico obligó a plantear la posibilidad de un proceso expansivo maligno del pulmón, a pesar de la juventud del enfermo.

La lobectomía resultó de gran utilidad, tanto para el diagnóstico, como para la extirpación de la masa tumoral y los ganglios satélites que le acompañaban, tal como es recomendado por *Anderson*,<sup>1</sup> *Freid*<sup>3</sup> y *Crofton*\*.

Aunque estos seudotumores al parecer son benignos e independientes del mieloma, *Herskovic et al.*,<sup>5</sup> en un estudio de la Clínica "Mayo" hallaron que hasta el 6,9% de 303 enfermos con mieloma, tenían plasmocitoma pulmonar, por lo que recomiendan la observación estrecha durante años, de los enfermos, con el propósito de diagnosticar en tiempo alguna recidiva o la aparición de un mieloma múltiple. Ello se basa en la similitud histórica entre los granulomas y los tumores de células plasmáticas.

#### SUMMARY

Armas Pérez, L. et al. *Pulmonary plasmocyte granuloma: presentation of a case.* Rev Cub Med 22: 5, 1983.

The case of a young adult who showed a pulmonary shadow at the right upper lobe is presented. To this patient diagnosis of plasma cell granuloma was determined by surgical technique. This pseudotumor of unknown cause has not relation to multiple myeloma. Treatment must be surgical or by radiation. Evolution of the patient has been favourable for a 4 year period.

#### RÉSUMÉ

Armas Pérez, L. et al. *Granulome plasmocytaire pulmonaire: à propos d'un cas.* Rev Cub Med 22: 5, 1983.

il s'agit d'un jeune adulte qui présentait une ombre pulmonaire au niveau du lobe supérieur droit. Au moyen de la technique chirurgicale, l'on a déterminé le diagnostic d'un granulome, à cellules plasmocytaires. L'étiologie de cette pseudotumeur est inconnue et elle n'a pas de rapport avec le myélome multiple. Le traitement doit être chirurgical ou par des radiations. L'évolution du malade a été favorable au cours d'une période de quatre années.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Anderson, W. A. D.; G. M. Kissane: Pathology T-I, 7 Ed. Mosby, 1145-1146. St. Louis, \_ 1977.*
2. *Willis, R. A. Pathology of Tumors. 3 Ed. 794. Butterworths, London, 1960.*
3. *Fried, B. M.: Tumores de los Pulmones y Mediastino. 290-292. Salvat, Barcelona, 1961.*
4. *Crofton, J.; A. Douglas: Respiratory Diseases. 2 Ed. 607. Blackwell, Oxford, 1975.*
5. *Herskovic, T. et ai: Intrathoracic Plasmocytomas. Presentation of 21 cases and review of the literature, Dis Chest 47 (1): 1-6, 1965.*

Recibido: 17 de marzo de 1982.

Aprobado: 16 de septiembre de 1982.

Dra. *Luisa Armas Pérez*  
Avenida 39 No. 920 altos,  
entre 92 y 98. Marianao.