

CURIOSO DIAGNÓSTICO PARA UNA HEMOPTISIS

S. Lopes, J. Maciel, P. Pinho.

Department of Cardiothoracic Surgery, São João Hospital, Porto, Portugal.

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Palabras clave: tumor pulmonar; histiocitoma fibroso angiomatoide; tumor de partes blandas.

Keywords: lung tumor; angiomatoid fibrous histiocytoma; soft tissue tumor.

Un hombre de 32 años, que gozaba de buena salud, acudió a urgencias debido a una hemoptisis masiva. Se le ingresó en la Unidad de Neumología para hacerle pruebas después de una embolización de la arteria bronquial derecha mediante arteriografía (Fig. 1) y tratamiento con antifibrinolíticos. En el TAC realizado se detectó una masa hilar derecha con hipervascularización que invadía la vena pulmonar superior, la arteria interlobular y el bronquio medio (Figura 2, Panel A). La broncoscopia, el análisis de sangre y los marcadores tumorales eran normales. La tomografía por emisión de positrones reveló una gran avidéz de la masa hilar (SUVmax = 8,6), aunque no detectó ninguna otra captación hipermetabólica. Los resultados de las biopsias transbronquial y percutánea también eran normales. En la resonancia magnética se aprecia la masa hilar vascularizada que invade los conductos mencionados anteriormente (Fig. 2 y Paneles B y C). La unidad de cirugía torácica decidió realizar una biopsia quirúrgica sin resultados. Posteriormente, se realizó una resección sublobar mediante toracotomía posterolateral, que tampoco fue concluyente. Un equipo interdisciplinar decidió hacer una neumonectomía derecha. La patología correspondía a un histiocitoma fibroso angiomatoide (HFA) idiopático localizado en el pulmón, que dio positivo a los genes EWSR1-ATF1t (12:22) en el diagnóstico molecular, con metástasis en los ganglios linfáticos regionales. El HFA es un tumor poco común de causa desconocida que supone un 0,3 % de los casos de tumores de partes blandas y que suele aparecer en la dermis profunda y la hipodermis de las

extremidades, sobre todo en pacientes de hasta 30 años. (1-5) También puede aparecer en el pulmón, aunque esto es extremadamente inusual, ya que tan solo se conocen 6 casos. (1,3-5) A menudo se detectan síntomas generales (fiebre, cansancio y pérdida de peso). (1) Detectar esta masa suele suponer un problema, ya que tiene una morfología muy variada y comparte un diagnóstico diferencial amplio con otras neoplasias. (1,5) No existen signos clínicos ni rasgos radiográficos o histopatológicos específicos (2-4). Es muy importante extirparlo de forma quirúrgica y hacer un seguimiento posterior exhaustivo. (1,2) También se hace uso de la radioterapia y la quimioterapia, ya que es frecuente la reaparición y la metástasis (< 2 %). (1-3) Lo mejor para el diagnóstico es saber que existe.



Figura 01. Arteriografía: embolización de la arteria bronquial derecha.

Recibido: 11.08.2019. Aceptado: 19.09.2019

S. Lopes
slo4395@gmail.com

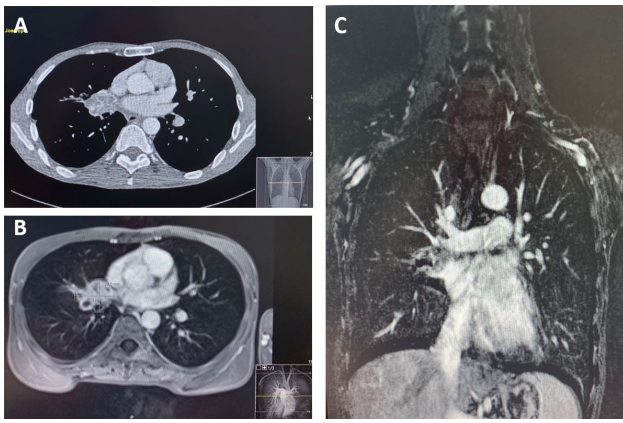


Figura 2. Panel A - TAC. Paneles B, C—Resonancia magnética.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Thway K, Fisher C. Angiomatoid Fibrous Histiocytoma: The Current Status of Pathology and Genetics. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 2015. 139(5), 674–682.
2. Saito K, Kobayashi E, Chuman H. Angiomatoid fibrous histiocytoma: a series of seven cases including genetically confirmed aggressive cases and a literature review. *BMC Musculo skeletal Disorder*. 2017. 18(1). doi:10.1186/s12891-017-1390-y
3. Tay CK, Koh MS, Takano A et al. Primary angiomatoid fibrous histiocytoma of the lung with mediastinal lymph node metastasis. *Human Pathology*. 2016. 58, 134–137.
4. Chen G, Folpe AL, Colby TV, Sittampalam K, Patey M, Chen MG et al. Angiomatoid fibrous histiocytoma: unusual sites and unusual morphology. *Modern Pathology*. 2011. 24(12), 1560–1570.
5. Ghigna MR, Hamdi S, Petitpretz P, Rohnean A, Florea V, Mussot S, et al. Angiomatoid fibrous histiocytoma of the pulmonary artery: a multidisciplinary discussion. *Histopathology*. 2014. 65(2), 278–282.