



Universitas Médica

ISSN: 0041-9095

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

RUBIO, DIEGO FERNANDO; RAMÍREZ, YULY PATRICIA; RUSSI, HERNANDO; JARAMILLO, LUIS FERNANDO; QUINTANA, HUMBERTO

Adenocarcinoma fetal bien diferenciado de pulmón en una mujer de 26 años

Universitas Médica, vol. 50, núm. 4, octubre-diciembre, 2009, pp. 484-849

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018680007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## REPORTE DE CASO

## Adenocarcinoma fetal bien diferenciado de pulmón en una mujer de 26 años

DIEGO FERNANDO RUBIO<sup>1</sup>  
YULY PATRICIA RAMÍREZ<sup>1</sup>  
HERNANDO RUSSI<sup>2</sup>  
LUIS FERNANDO JARAMILLO<sup>3</sup>  
HUMBERTO QUINTANA<sup>3</sup>

**Resumen**

El adenocarcinoma fetal bien diferenciado de pulmón es un tumor raro compuesto por glándulas neoplásicas ricas en glucógeno y túbulos que se parecen al pulmón fetal entre la semana 10 y 16 de gestación[1]. Se presenta el caso de una mujer de 26 años, con antecedentes de bronquitis aguda y tabaquismo, cuyos hallazgos clínicos, imaginológicos, macroscópicos y microscópicos fueron indicativos de esta neoplasia. Se le practicó lobectomía inferior izquierda.

**Palabras clave:** adenocarcinoma fetal bien diferenciado de pulmón, mórulas escamosas.

**Title:**

Well differentiated fetal adenocarcinoma of the lung in a 26 year old woman

**Abstract**

Well differentiated fetal adenocarcinoma is a rare lung tumour that is composed of glycogen-rich neoplastic glands and tubules that resemble fetal lung at 10 to 16 weeks of gestation. In this report, we present a case of a 26 year old woman with a history of acute bronchitis and smoking, on which the clinical, imaging, macroscopic and microscopic features were compatible with this neoplasm. Lobectomy was performed of the left lower lobe.

**Key words:** well differentiated fetal adenocarcinoma, squamous morules.

---

1 Médicos Residentes, Departamento de Patología, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

2 Profesor asistente de Cirugía General, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

3 Profesores asociados, Departamento de Patología, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

Recibido: 01-07-2009

Revisado: 01-09-2009

Aceptado: 01-10-2009

## Introducción

El adenocarcinoma fetal de pulmón es una neoplasia que se caracteriza por la presencia de túbulos revestidos por epitelio cilíndrico no ciliado y vacuolas citoplasmáticas con abundante glucógeno —que recuerdan el desarrollo de los túbulos bronquiales fetales entre la semana 10 y 16 de gestación— acompañado de mesénquima histológicamente benigno[1].

Es ligeramente más común en hombres que en mujeres, con antecedente de tabaquismo, con un pico de presentación a los 40 años[2].

Estos pacientes usualmente son asintomáticos, aunque pueden presentar sintomatología de tos, dolor torácico y hemoptisis. Los estudios radiológicos muestran una masa solitaria periférica sin presencia de adenopatías ni derrame pleural[2].

Se presenta macroscópicamente como una masa solitaria bien circunscrita, con diámetros entre 1 y 10 cm; al corte, la superficie es blanca o café, con áreas quísticas y hemorrágicas[2].

Microscópicamente, se observan túbulos revestidos por células cúbicas no ciliadas, con citoplasma amplio, claro o eosinófilo, con vacuolas de glucógeno, núcleos ovales o redondos, ligeramente hiper cromáticos y pleomorfos que, junto con la presencia

mórulas escamosas y estroma bien diferenciado, con células miofibroblásticas alargadas, permiten sospechar el diagnóstico[3].

Los estudios de inmunohistoquímica muestran positividad para los marcadores de citoqueratinas, antígeno carcinoembrionario, antígeno epitelial de membrana y alfa-feto-proteína.

El tratamiento primario es la realización de lobectomía y terapia combinada con quimioterapia cuando hay presencia de metástasis locales o a distancia. El pronóstico es, generalmente, bueno con un mortalidad de 10 a 14% a 5 años[4].

## Reporte de caso

Se presenta el caso de una mujer de 26 años que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de 8 días de evolución, consistente en tos no productiva, disnea, fiebre no cuantificada, mialgias y diaforesis nocturna.

Como antecedentes de importancia presenta un episodio de bronquitis aguda hace un año y fue fumadora de cinco cigarrillos semanales durante dos años.

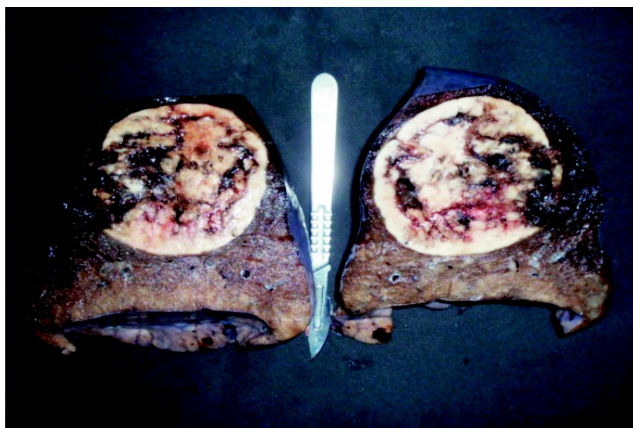
En el examen de ingreso se encontró una paciente con signos vitales estables, mucosa oral húmeda, cuello sin adenopatías, ruidos cardiacos rítmicos

sin soplos, ruidos respiratorios con roncos y sibilancias en ambos campos pulmonares. El resto del examen físico estaba dentro de límites normales.

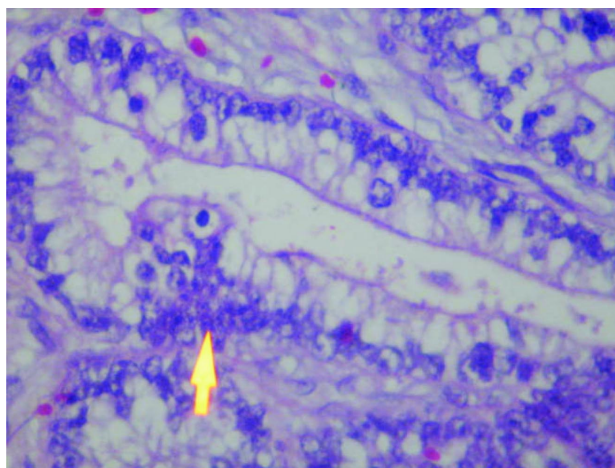
Así las cosas, las impresiones diagnósticas fueron: bronquitis aguda y síndrome broncoobstructivo secun-

dario, por lo que se inició manejo con micronebulizaciones con broncodilatadores, sin mejoría. Se solicitó radiografía de tórax.

En las imágenes radiográficas, se observó una masa redondeada de contornos bien definidos, de 8 cm de diá-



**Figura 1.** Masa semicircular blanquecina, con áreas de necrosis de 7 centímetros de diámetro mayor.



**Figura 2.** Microscopía a mayor aumento en la que se observa túbulo revestido por células cúbicas no ciliadas.

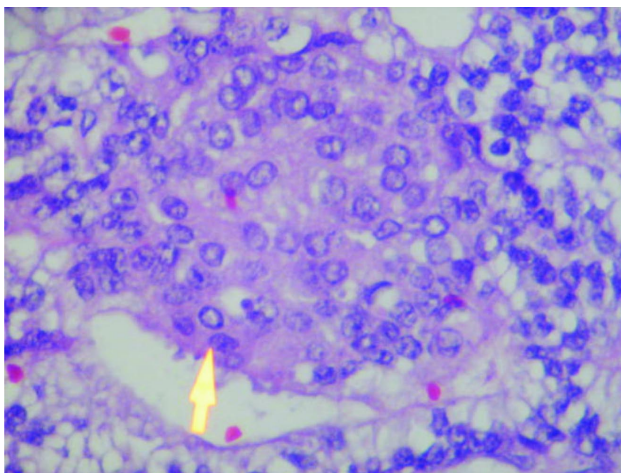
metro mayor, aproximadamente, proyectada sobre la mitad inferior del hemitórax izquierdo, sin signos de derrame pleural. Por su apariencia radiológica, parecía ser de localización intratorácica extrapulmonar.

Además, se solicitó una tomografía axial computadorizada en la que se observó una masa redondeada, aproximadamente, de 7 cm de diámetro mayor, proyectada en el área de la cisura del lado izquierdo, de localización intratorácica extrapulmonar.

Por lo anterior, se decidió interconsultar al Servicio de Cirugía General, quienes durante el procedimiento quirúrgico encontraron una masa intraparenquimatosa, por lo cual decidieron practicar lobectomía. Se envió el espécimen a patología.

Se recibió un lóbulo pulmonar de 420 g de 14 x 10 x 5 cm, provisto de pleura visceral congestiva. Al corte se identificó una lesión semicircular blanquecina, friable, con áreas de necrosis, de 7 cm de diámetro mayor (figura 1). En el examen microscópico se observó una lesión neoplásica, bien delimitada, en estrecho contacto con el bronquio fuente sin comprometerlo, constituida por túbulos y estructuras glandulares anastomosadas revestidas por células cúbicas no ciliadas, la mayoría con vacuolas, acompañadas de escaso estroma fusocelular maduro (figura 2). También, se observaron numerosas mórulas escamosas (formaciones redondas y sólidas de células escamosas con un amplio citoplasma eosinofílico) (figura 3).

Después de relacionar los hallazgos clínicos, radiológicos, macroscó-



**Figura 3.** Formaciones redondas y sólidas de células escamosas con un amplio citoplasma eosinofílico (mórula).

picos y microscópicos del caso, se reportó como adenocarcinoma fetal bien diferenciado de pulmón.

En el seguimiento, la paciente se encuentra saludable y con control en seis meses para evaluar la posibilidad de recidiva tumoral.

### Discusión

El adenocarcinoma bien diferenciado de pulmón es una neoplasia infrecuente que constituye el 0,25% al 0,5% de los tumores primarios de pulmón. La más reciente clasificación de la Organización Mundial de la Salud de 2004 eliminó este tumor de la categoría de los blastomas pulmonares bifásicos y lo clasificó como una variante del adenocarcinoma[5].

Es importante hacer el diagnóstico diferencial entre el adenocarcinoma fetal bien diferenciado y el blastoma bifásico pulmonar, porque la supervivencia a 5 años es de 80 y 30%, respectivamente.

La similitud histológica de ambas entidades está dada la presencia de túbulos revestidos por epitelio cúbico no ciliado y vacuolas citoplasmáticas con abundante glucógeno, que recuerdan el desarrollo de los túbulos bronquiales fetales entre las semanas 10 y 16 de gestación. Sin embargo, una característica histológica que ayuda a diferenciar estos dos tumores, es la

presencia de un estroma embrionario maligno en el blastoma pulmonar bifásico[1, 3].

En una revisión de la literatura de 7 casos de adenocarcinoma fetal, principalmente en el lóbulo pulmonar superior, se encontraron 2 casos en hombres y 5 en mujeres, con edades entre los 25 y los 47 años. En un caso revisado en el cual se utilizó tomografía por emisión de positrones con FDG (análogo de la glucosa) ,se encontró aumento de la captación de FDG por parte del tumor, lo que generó una hipótesis en la cual se planteaba que el tumor presenta una derivación embrionaria y que expresa proteínas transportadoras de glucosa (GLUT) [6].

Otras hipótesis plantean la relación entre las hormonas femeninas, especialmente, los estrógenos, y su acción en el receptor de estrógenos beta y la activación de los genes de la molécula de adhesión beta catenina, en el desarrollo de este tumor[7].

El tratamiento principal de este tumor es quirúrgico, aunque en casos avanzados con metástasis se utilizan radioterapia y quimioterapia, principalmente con regímenes de platino[6].

### Bibliografía

1. Sherman KM, Curran J, Kay EW, Broe P, Grace A. Well differentiated fetal adenocarcinoma of the lung in a 29 year

- old woman. *J Clin Pathol.* 2003; 56:478-9.
2. Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK, Harris CC. Pathology and genetics of tumours of the lung, pleura, thymus and heart. First edition. Lyon, France: IARC Press; 2004;40, 56-8.
  3. Hasleton PS. Spencer's pathology of the lung. Fifth edition. Manchester, United Kingdom: McGraw-Hill; 1996;1094-7.
  4. Shozo F, Yoshikuni A, Takaaki K, Shoji A, Hirofumi K. Well differentiated fetal adenocarcinoma of lung. *Lung Cancer.* 1995;13:311-6.
  5. Beastey MB, Brambilla E, Travis W. *The 2004 World Health Organization classification of lung tumors.* Geneva: WHO; 2004. p. 90-4.
  6. Paul DE, Moezzi J, Katz N. Positron emission tomography in well differentiated fetal adenocarcinoma of the lung. *Clin Nucl Med.* 2006;31(4): 213-4.
  7. Esper A, Force S, Gal A. A 36- year old woman with hemoptysis and a lung mass 3 months after delivery. *Chest* 2006;130:1620-3.