

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO EL GRAN IMITADOR. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. INFORME DE UN CASO

JUAN CARLOS ARAUJO-CUAURO

UNIVERSIDAD DEL ZULIA, MARACAIBO, VENEZUELA.

RESUMEN

OBJETIVO: El tumor miofibroblástico inflamatorio del pulmón es una afección poco común que puede imitar al cáncer de pulmón. Es un proceso no neoplásico caracterizado por crecimiento anormal de las células inflamatorias, es una entidad infrecuente representando tan solo 0,7 % de los tumores pulmonares, no existe una predisposición por sexo o raza. Su diagnóstico se considera un desafío. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 29 años quien presentó fiebre recurrente, tos, disnea, dolor torácico y hemoptisis moderada. La radiografía de tórax y la tomografía computarizada mostraron una atelectasia persistente total de los segmentos lingulares lóbulo superior izquierdo. La lesión se extirpó en su totalidad y la histopatología reveló el diagnóstico de un tumor miofibroblástico inflamatorio del pulmón. La paciente no presenta signos de recaída 1 año después de la cirugía. **CONCLUSIÓN:** Los tumores inflamatorios pulmonares son raros y se sabe poco sobre su comportamiento clínico y su resultado quirúrgico. La resección quirúrgica completa puede ser una opción tanto diagnóstica como terapéutica para los tumores fibromixoides inflamatorios, que sigue siendo el mejor tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Pulmón, tumor inflamatorio, diagnóstico, histopatología, inmunohistoquímico, cirugía.

SUMMARY

OBJECTIVE: The inflammatory myofibroblast tumor of the lung is a rare condition that can mimic lung cancer. It is a non-neoplastic process characterized by abnormal growth of inflammatory cells. It is a rare entity, representing only 0.7 % of lung tumors. There is no predisposition due to sex or race. Its diagnosis is considered a challenge. **CLINICAL CASE:** Is to report the case of a 29-year-old patient who presented with recurrent fever, cough, dyspnea, chest pain and moderate hemoptysis. The chest x-ray and the computed tomography showed persistent total atelectasis of the left upper lobe lingular segments. The lesion was completely removed, and the histopathology revealed the diagnosis of an inflammatory myofibroblastic tumor of the lung. The patient shows no signs of relapse 1 year after surgery. **CONCLUSION:** Finally, we can conclude that the inflammatory lung tumors are rare, and little is known about their clinical behavior and the surgical outcome. The complete surgical resection can be both a diagnostic and therapeutic option for the inflammatory fibromyxoid tumors, which remains the best treatment.

KEY WORDS: Lung, inflammatory tumor, diagnosis, histopathology, immunohistochemistry, surgery.

ORCID
Juan Carlos Araujo-Cuauro 0000-0002-6559-5370 jcaraujoc_65@hotmail.com

Recibido: 30/06/2026 Revisado: 12/07/2026
Aceptado para publicación: 14/08/2026

Autor de correspondencia: Juan C Araujo.
E-mail: jcaraujoc_65@hotmail.com

Esta obra está bajo una Licencia
[Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike](#)
[4.0 International License](#)

INTRODUCCIÓN

El tumor miofibroblástico inflamatorio es una patología neoplásica desarrollada a partir de células madre mesenquimales, relativamente infrecuente de causa imprecisa, generalmente considerada de procedencia reactiva constituida por un crecimiento y/o proliferación de células fusocelulares con un componente inflamatorio que es muy variable y poco discutida en la literatura científica. Tiene un comportamiento benigno, pero en ciertas circunstancias puede exhibir grados variables de agresividad. Se puede localizar en diferentes órganos en el tórax son poco frecuente; están presente en el 0,04 %-1,2 % de las toracotomías y representa el 0,7 % de los tumores pulmonares (intrapulmonar) como masas únicas o múltiples es una de sus posibles formas de presentación más frecuente, seguido por la cavidad abdominal ⁽¹⁾.

La etiología del tumor miofibroblástico inflamatorio se desconoce, factores predisponentes como infecciones, reacción inmunológica, cirugía previa, trauma, esteroides y radioterapia se han mencionado en determinados casos. El tumor miofibroblástico inflamatorio, no obstante, sigue siendo desconocido si este proceso es reactivo o neoplásico. Por lo que probablemente constituyen un patrón heterogéneo de entidades que incluyen lesiones reactivas y neoplásicas, benignas y malignas de tumores mesenquimales. Pero por lo que histológicamente, la proliferación de células fusiformes de aspecto anodino junto con fibrosis y un infiltrado inflamatorio que comprendía linfocitos y células plasmáticas son las características morfológicas comunes de este tipo de lesión. Se considera como un proceso reactivo que se ha caracterizado por un crecimiento irregular de células de carácter inflamatorio: miofibroblastos, células

plasmáticas, macrófagos, histiocitos, entre otros ⁽²⁾.

El tumor miofibroblástico inflamatorio a pesar de su baja frecuencia, este se debe tener en cuenta al momento de realizar el diagnóstico diferencial con otros nódulos pulmonares, debido a que los resultados histológicos y de los estudios de imágenes pueden llegar a ser confusos. Por lo que clínica y radiológicamente puede simular una neoplasia maligna generando un dilema diagnóstico y terapéutico. Estas lesiones afectan más frecuentemente a niños y adultos jóvenes en el 60 % de los casos son menores de 40 años es por lo tanto la causa más frecuente de tumor pulmonar en pacientes pediátricos menores de 16 años. Por lo que su comportamiento invasivo es más frecuente en la infancia hasta en el 20 % de los casos, en cuanto al sexo su distribución es por igual ⁽³⁾.

Con respecto a su prevalencia o frecuencia esta es excepcional y excéntrica, es una neoplasia única siendo múltiple solamente en el 5 % de los casos. El tumor miofibroblástico inflamatorio es una lesión pulmonar benigna infrecuente, previamente conocida como pseudotumor inflamatorio, granuloma de células plasmáticas, fibroxantoma o histiocitoma, que constituye un 0,7 % de todos los tumores torácicos.

Desde el punto de vista histológico el tumor miofibroblástico inflamatorio estriba en el crecimiento de miofibroblastos, fibroblastos e histiocitos. Es un auténtico tumor y a pesar de su esencia benigna se puede tener en cuenta como un pseudo-sarcoma más que un pseudotumor. Indistintamente de su ubicación en su totalidad están compuesto por miofibroblastos, fibroblastos, linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos y algunos neutrófilos. Donde se describen tres patrones histológicos: un patrón fibromixoides/vascular, un patrón proliferativo y un patrón esclerosante.

Estudios citogenéticos han mostrado anomalías cromosómicas (translocaciones) entre

el brazo largo del cromosoma dos y el brazo corto del cromosoma nueve en pacientes con tumor miofibroblástico inflamatorio, lo cual supone el papel de agentes genéticos en su origen etiológico ^(4,5).

El comportamiento clínico de esta patología es indiferente, aunque, puede revelarse con dolor torácico, tos, hemoptisis, fiebre, pérdida de peso y síntomas indeterminados, producto de su localización. Si el paciente presenta alguna sintomatología, estas pueden ser tos, hemoptisis, disnea y dolor torácico como sucedió en nuestro caso.

Estos por su atribución de simular al carcinoma broncopulmonar tanto en las imágenes radiológicas como en sus manifestaciones clínicas debe insertarse dentro del diagnóstico diferencial de toda masa de tipo nodular en el pulmón, principalmente cuando los métodos de estudios microbiológicos (biológicos, bioquímicos, moleculares o químicos para la detección, identificación o enumeración de microorganismos) y cuando los informe de histopatología resultasen adversos o negativos. A pesar de que es una neoplasia infrecuente de naturaleza benigna, puede ser localmente invasivo, recurrente o multifocal, por lo que sigue siendo el pulmón la estructura anatómica más asiduamente afectado ⁽⁶⁾.

En relación con su diagnóstico este representa un gran desafío un tanto difícil ya que su comportamiento en la mayoría de los pacientes cursa de manera asintomático en el 50 %-70 % de los casos, generalmente se manifiesta de manera fortuita en una radiografía efectuada por otro motivo este tiene una inclinación a imitar clínica y radiológicamente una enfermedad de carácter maligno.

En los estudios de imágenes muestran características cambiantes. Tiende a tener una aparición en el pulmón en la periferia y en los lóbulos pulmonares inferiores, y en extrañas

circunstancias suelen ser intrabronquiales en el 10 %-12 % de los casos. Igualmente pueden ser multifocales, pero la presentación más común es de una masa única hasta en el 87 % ⁽⁷⁾.

En la radiología tele de tórax frecuentemente se observan lesiones ovaladas y/o lobulado de bordes bien definidos de consistencia o densidad homogénea (lesión en forma de moneda). Mientras que en la tomografía computada detección de estas lesiones son variables, no específicas. Generalmente se aprecia a la observación de los cortes tomográficos; masas nodulares de bordes lisos o lobulados bien delimitados, con un prototipo de patrón heterogéneo de sustitución y/o magnificencia tras la administración de un medio de contraste. En ciertas ocasiones se ha reseñado o puntualizado una sustitución y/o magnificencia de preponderancia periférica e irregular. Asimismo, con gran frecuencia se pueden evidenciar calcificaciones sobre todo en los pacientes pediátricos (15 %), necrosis (10 %), afectación de la vía aérea como pólipo (10 %), cavitación (5 %), cicatriz central y raramente adenopatías (7 %) o hemorragia ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Todo esto nos remite a que el diagnóstico final suele efectuarse tras la cirugía, producto de lo inespecífico de los hallazgos y la dificultad de realizar un diagnóstico mediante biopsia transbronquial o transtorácica. Finalmente, por lo que no se conocen características diagnósticas clínicas, de laboratorio o radiológicas únicas. Además, presenta una baja malignidad con buena respuesta al tratamiento quirúrgico y en menor medida al farmacológico ⁽¹¹⁾.

El objetivo es dar a conocer el caso clínico de una paciente portadora de un tumor miofibroblástico inflamatorio de bajo grado no neoplásico de pulmón. Asimismo, discutir algunos aspectos de esta patología infrecuente, de causa imprecisa, por lo que este caso se informó junto con algunas revisiones de la literatura actualizada.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 29 años, de profesión médico cirujano, sin antecedentes médicos de importancia, quien consulta a la unidad de neumonología por presentar procesos respiratorios de vías bajas desde hace 4 años caracterizado por tos no productiva acompañada de dolor torácico, hemoptisis de escasa a

moderada cantidad y disnea a pequeños esfuerzo motivo por el cual recibe tratamiento médico a bases de broncodilatador, antileucotrieno, esteroides, antialérgico y vitamina K. Se indica radiografía de tórax y la lateral izquierda en donde se reporta un infiltrado pulmonar bilateral con mayor afectación de pulmón izquierdo acompañada en la radiografía lateral de atelectasia de segmentos lingulares (Figura 1).

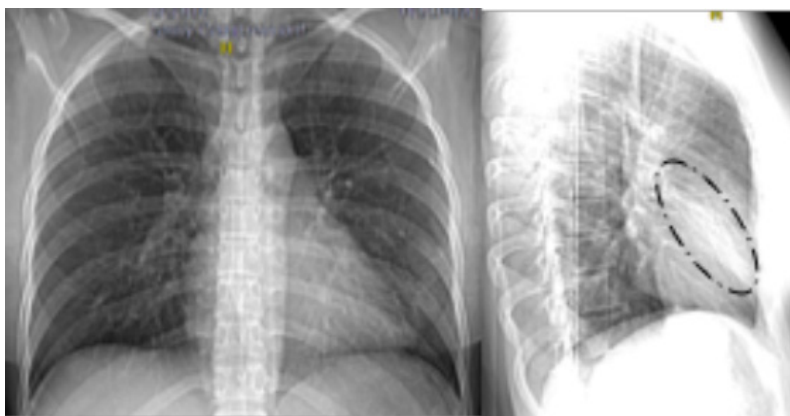


Figura 1. Radiografía tele de tórax y la lateral izquierda en donde se reporta un infiltrado pulmonar bilateral con mayor afectación de pulmón izquierdo acompañada en la radiografía lateral de atelectasia de segmentos lingulares (círculo negro).

Se le diagnosticó una neumonía adquirida en la comunidad en base pulmonar izquierda y bronquiectasias. Se le indica tratamiento con antibioticoterapia, broncodilatador, antileucotrieno, esteroides sistémicos (hidrocortisona), antialérgico y vitamina K.

A la exploración física esta era normal, así como las pruebas analíticas elemental de exámenes de laboratorio solicitadas de sangre, orina, perfil bioquímico, serología para VIH, la exploración funcional respiratoria presentaba valores dentro de la normalidad.

Hematología, PH y gases arteriales con resultados normales.

Motivo por el cual se solicita tomografía

computada torácica, videobroncofibroscopia flexible. En la tomografía computada torácica con tomógrafo Multidetector VCTXT64® se confirmó la lesión atelectásica persistente localizada a nivel de segmentos lingulares de lóbulo pulmonar superior, de contornos bien definido sin calcificaciones en su interior resto del estudio sin alteración, conclusión: nódulo pulmonar (Figura 2).

Estudio por videobroncofibroscopia flexible se realiza lavado, cepillado y biopsia endobronquial, el cultivo, los cultivos del lavado bronquial, así como la coloración de Zielh-Neelsen fueron negativos. Citología reporta grado I inflamatorio y la biopsia endobronquial reportó bronquitis crónica.

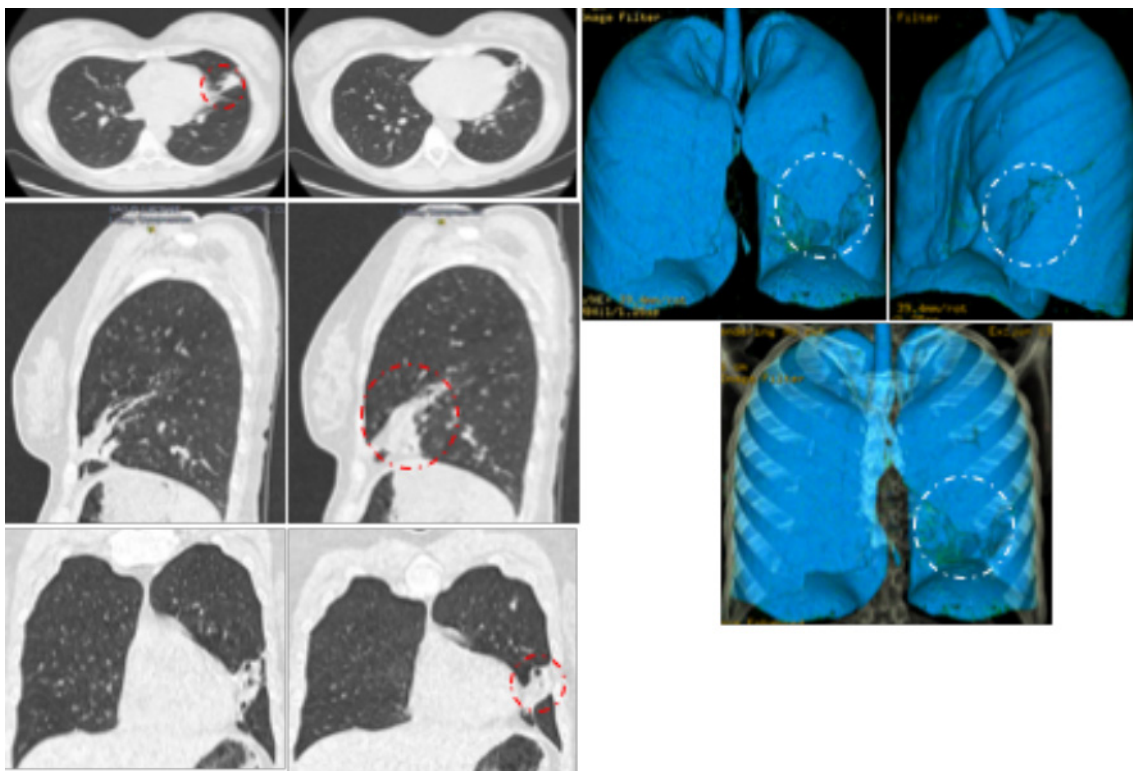


Figura 2. Tomografía computada torácica con tomógrafo Multidetector VCTXT64 Cortes axial, coronal y sagital lesión atelectásica localizada a nivel de segmentos lingulares de lóbulo pulmonar superior izquierdo, de contornos bien definidos sin calcificaciones en su interior resto del estudio sin alteración, conclusión: nódulo pulmonar atelectasia de segmentos lingulares (círculo rojo). Reconstrucción en 3D. (círculo blanco)

Es referida a la consulta de cirugía de tórax para su evaluación y decisión de conducta terapéutica; el examen físico practicado se encontró dentro de límites normales, en vista de los hallazgos radiológicos y el examen físico la cual indicaba la presencia de patología inflamatoria, o subpleural.

Por ser sus hallazgos tanto clínicos como radiológicos diversos y no específicos por lo que se le sugirió e indicó conducta quirúrgica, llevada a cabo por toracotomía postero lateral izquierda de mínimo abordaje se procede a la resección de los segmentos lingulares del lóbulo superior y del segmento apical del lóbulo inferior (Figura 3),

mediante mecanismo de engrapadora automática (endo-guía 60 mm), la lesión se extirpó en su totalidad con buenos márgenes de resección, la pieza se envió para estudio de histopatología. El curso de intraoperatorios y posoperatorios transcurrieron sin complicaciones. A las 48 h se retira catéter pleural y se decide alta médica y control por consulta.

El estudio de histopatología. Examen macroscópico: segmento llingula: constituido por un fragmento tisular, irregular, que mide 5 cm x 4 cm x 2 cm, superficie externa es anfractuosa, blanquecina, con áreas rojo-negruczas, al corte muestra iguales características a las descritas en

la superficie externa. Segmento apical inferior: constituido por un fragmento tisular, irregular, que mide 3 cm x 2,5 cm x 2 cm, anfractuoso, blanco grisáceo con áreas rojo-negruzcas.

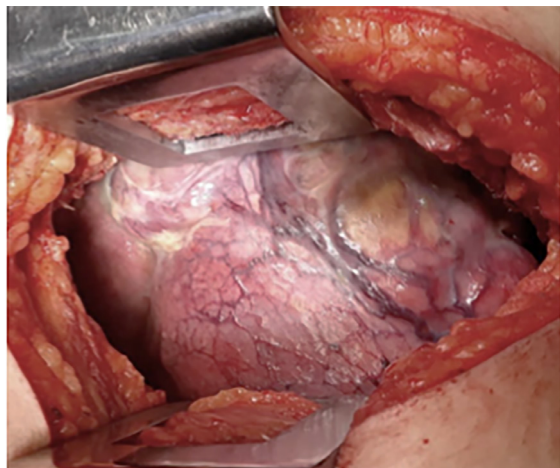


Figura 3. Lesión en pulmón izquierdo.

Secciones biópsicas de tejido pulmonar. Lesión conformada por miofibroblastos con núcleos ovoides regordetes, abundantes linfocitos y células plasmáticas, en un fondo de colágeno con áreas mixoides, con vasos sanguíneos proliferados congestivos y hemorragia focal. Se evidencian, asimismo, abundantes histiocitos y células gigantes tipo Touton y Langhans. Otras áreas están compuestas por células fusiformes, densamente empacadas, con núcleos ahusados y citoplasma acintado anfofilico. Las células se disponen en haces perpendiculares (“esqueleto de pescado”) o en patrón estoriforme separadas por escasas bandas de colágeno. Focalmente el patrón es paucicelular con áreas mixoides.

Desde el punto de vista inmunohistoquímico las células tumorales mostraron positividad para vimentina (3+), actina de musculo liso (2+), cadenas Kappa en células plasmáticas (2+), negativas para desmina, miogenina, mioglobina,

CD117, S-100. Hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos compatibles con Tumor miofibroblástico inflamatorio no neoplásico (pseudotumor inflamatorio) (Figura 4).

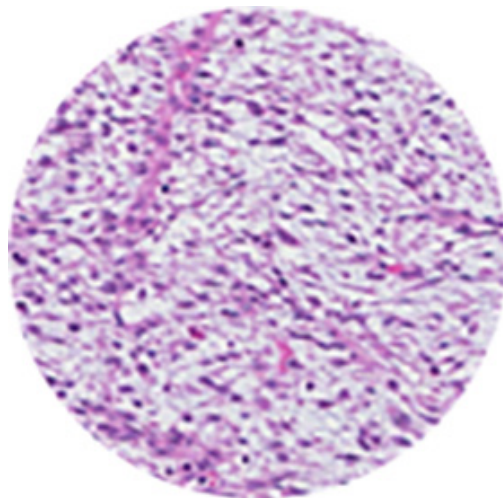


Figura 4. Microfotografía Hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos. Corte histológico tinción de hematoxilina-eosina (10x). Se evidencia neoplasia: Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes y medianas inmunofenotipo B tipo NOS (alto grado, WHO).

La paciente no ha presentado signos de recaída a 1 años después de la cirugía. Controles radiológicos (Figura 5).

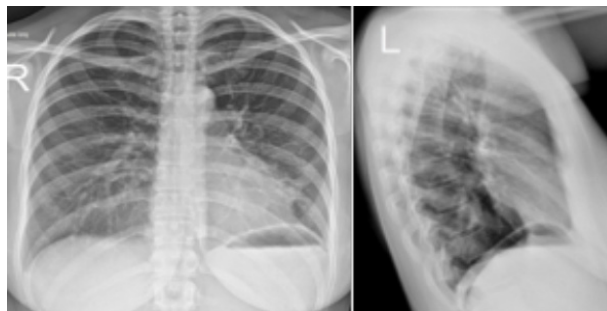


Figura 5. Radiografía tele de tórax y la lateral izquierda.

DISCUSIÓN

El tumor miofibroblástico inflamatorio se denominaba anteriormente pseudotumor inflamatorio, es un tumor raro de naturaleza limítrofe, sin embargo, varios informes sugirieron que el llamado pseudotumor inflamatorio era una verdadera neoplasia en lugar de un tejido proliferante debido a la respuesta inflamatoria por lo tanto este se puede presentarse clínicamente como una neoplasia maligna. No es raro que este invada un órgano vecino o muestre recaída después de una resección de margen grueso. Los tumores fibromixoides inflamatorios son tumores muy raros que se caracterizan por un comportamiento clínico impredecible ⁽¹²⁾.

El tumor miofibroblástico inflamatorio es una neoplasia rara que forma masas caracterizadas por la proliferación de células fusiformes fibroblásticas o miofibroblásticas con distintos grados de infiltración de células inflamatorias. Surgen en los tejidos blandos prácticamente de casi todos los órganos del cuerpo, pero el sitio más común de afectación es el pulmón, por lo que se han descrito más de doscientos (200) casos de tumor fibromixoide inflamatorio del pulmón en la literatura ⁽¹³⁾.

Los tumores miofibroblásticos inflamatorios y presentan preferentemente en niños y adultos jóvenes constituido por proliferaciones sólidas mesenquimales neoplásicas que presentan un infiltrado inflamatorio compuesto principalmente por células miofibroblásticas acompañadas de linfocitos y células plasmáticas. No obstante, recientes observaciones citogenéticas y moleculares mostraron anomalías que contienen reordenamientos cromosómicos que involucran la región del locus de la tirosina-quinasa del receptor ALK (banda cromosómica 2p23). ALK, cuya expresión normalmente está restringida a los tejidos neurales, se expresa de manera sorprendente en las células del tumor miofibroblástico inflamatorio con

reordenamientos 2p23. Ahora informamos de un mecanismo oncogénico recurrente en miofibroblástico inflamatorio, en el que los dominios superenrollados N-terminales de tropomiosina (TPM) se fusionan al dominio quinasa C-terminal de ALK. Hemos clonado dos genes de fusión de ALK, TPM4-ALK y TPM3-ALK, que codifican oncoproteínas de fusión de aproximadamente 95 kd caracterizadas por una actividad quinasa constitutiva y tirosilfosforilación ⁽¹⁴⁾.

Las correlaciones inmunohistoquímicas y moleculares, en otros tumores tumor miofibroblástico inflamatorio, implican oncoproteínas ALK no TPM que son predominantemente citoplasmáticas o nucleares, presumiblemente dependiendo de la localización subcelular del socio de fusión ALK. Cabe destacar que recientemente se informó sobre un oncogén TPM3-ALK en el linfoma anaplásico, y TPM3-ALK es, por lo tanto, el primer oncogén de fusión conocido que transforma, *in vivo*, linajes celulares humanos tanto mesenquimales como linfoides ^(14,15).

Los análisis inmunohistoquímicos realizados en secciones de tejido incluidas en parafina han mostrado expresión positiva de ALK con localización citoplasmática en la mitad de los casos de IMT que contienen el reordenamiento molecular de ALK. En conclusión, estos nuevos datos moleculares han definido un grupo de IMT de origen neoplásico caracterizado por la presencia de alteraciones de ALK. La descripción de reordenamientos del gen ALK en IMT y ALCL es el segundo ejemplo, después de la observación de ETV6-NTRK3 en fibrosarcoma congénito y en un caso de leucemia mieloide crónica, de fusiones génicas idénticas que ocurren en dos líneas celulares diferentes: hematopoyética y mesenquimal. La búsqueda de reordenamiento de ALK mediante hibridación *in situ* fluorescente (FISH) es una herramienta complementaria útil para el diagnóstico de

fibromixoides inflamatorio pulmonar. Este tumor, que presenta estas características morfológicas e inmunohistoquímicas características, se observa principalmente en el pulmón ⁽¹⁶⁾.

Las manifestaciones clínicas del tumor miofibroblástico inflamatorio o las imágenes no son específicas se diagnostica inicialmente de forma errónea y el diagnóstico se basa en hallazgos al examen histopatológico con tinción e inmunohistoquímicos para buscar la expresión de actina de músculo liso para confirmar el diagnóstico. El tratamiento es por lo general quirúrgico.

En nuestros casos la resección quirúrgica fue la conducta a seguir lo cual coincide con varios autores quienes describen que la cirugía es el tratamiento de elección y la mayoría de los pacientes tienen una evolución favorable después de una adecuada escisión y resección completa. Nuestra paciente no mostró signos de recurrencia un año después de la cirugía. Pero hay que tener presente y en cuenta, por un lado, que cuando la resección se hace de forma incompleta la recidiva local es generalmente evidente en 1 año y rara vez es fatal. Y por el otro lado, es importante evitar terapias inapropiadamente agresivas en la mayoría de los casos. El uso de quimioterapia o radioterapia no ha sido apoyado en tumores primarios ni en recurrencias. Ya que una minoría de todos los tumores fibromixoides inflamatorios producen metástasis.

El examen histológico mostró que era un tumor miofibroblástico inflamatorio. La presencia de anomalías citogénicas clonales respaldan el origen neoplásico de este proceso. Sin embargo, los médicos neumonólogos como los cirujanos de tórax deben tener presente y en cuenta que un tumor miofibroblástico inflamatorio puede imitar un proceso reactivo y ser un gran desafío diagnóstico.

Concluimos en que el tumor miofibroblástico inflamatorio es un tumor poco frecuente y de muy buen pronóstico. El diagnóstico se

basa fundamentalmente en técnicas anatómo-patológicas específicas. La cirugía tiene, en la mayoría de los casos, un papel tanto diagnóstico como terapéutico. Apesar de ser una presentación poco frecuente es importante la identificación precisa de este proceso benigno es importante para evitar tratamientos complementarios radicales agresivos innecesarios e inclusive la cirugía radical innecesaria.

Histopatológicamente, el tumor miofibroblástico inflamatorio se caracteriza por miofibroblastos mezclados con células inflamatorias crónicas, entre ellas células plasmáticas, linfocitos e histiocitos. La resección quirúrgica, cuando sea posible, puede ser el tratamiento elegido. La resección completa conduce a una excelente supervivencia.

Finalmente, los tumores inflamatorios pulmonares son raros y se sabe poco sobre su comportamiento clínico y su resultado quirúrgico. La resección quirúrgica completa puede ser una opción tanto diagnóstica como terapéutica para los tumores fibromixoides inflamatorios, que sigue siendo el mejor tratamiento.

Declaración sobre aspectos éticos. Por involucrar aspectos bioéticos, la investigación cumplió con los principios éticos-bioéticos, se llevó a cabo atento a los reparos ético-morales, e igualmente bajo el enfoque de las normativas vigentes (requisitos de las *Good Clinical Practices-GCP*-, y la adhesión a principios éticos-bioéticos con origen en la Declaración de Helsinki y la ley *habeas data*). Se le explicó las implicaciones y el propósito de la investigación. Para su realización, se diligenció el consentimiento informado por parte de la paciente mediante el cual se brindó toda la información acerca de los riesgos y los beneficios, así como el anonimato. La paciente tuvo plena autonomía para aceptar o rechazar la investigación. El caso fue aprobado por el comité de bioética.

Responsabilidades éticas, protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. El autor declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de la paciente.

Derecho a la privacidad. El autor declara que en este artículo no aparecen datos de la paciente.

Incompatibilidad. El autor declara que la investigación se llevó a cabo en ausencia de cualquier relación comercial o financiera que pudiera interpretarse como un posible conflicto de intereses.

Declaración de inteligencia artificial generativa. El autor declara que no se utilizó inteligencia artificial generativa en la creación de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Carrasco Rodríguez R, García Fontán EM, Blanco Ramos M, Benavides LJ, Otero Lozano D, Moldes Rodríguez M, et al. Inflammatory pseudotumor and myofibroblastic inflammatory tumor. Diagnostic criteria and prognostic differences. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2022;100(6):329-335. doi: [10.1016/j.cireng.2022.05.012](https://doi.org/10.1016/j.cireng.2022.05.012).
2. Delgado M, Noroño M, Figuera Z, León P, Reymundez M, González I, et al. Tumor miofibroblástico inflamatorio: presentación de dos casos pediátricos. *Gen [Internet]*. 2011;65(4):367-370. Disponible en: URL: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000400015&lng=es.
3. Flores-Trujillo GA, Abad-Licham M, Casavilca-Zambrano S, Valencia-Mariñas H, Astigueta-Pérez J, Díaz-Plasencia J. Primary gastric myofibroblastic tumor in an adult at Perú: Case report and literature review. *Medwave*. 2022; 22(10):e2529. doi: [10.5867/medwave.2022.10.2529](https://doi.org/10.5867/medwave.2022.10.2529).
4. Araujo JC, Fernández F, Sánchez M. Tumor miofibroblástico inflamatorio pulmonar intraparenquimatoso: un diagnóstico excepcional y confuso. Reporte de caso clínico. *Rev Venez Oncol*. 2023;35(1):54-61.
5. Liu X, Wang R, Li M, Chen G. IgG4-Related Inflammatory Pseudotumor Involving the Clivus: A Case Report and Literature Review. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:666791. doi: [10.3389/fendo.2021.666791](https://doi.org/10.3389/fendo.2021.666791).
6. Castelló Ruiz MJ, Contreras Jiménez A, Gorrostiaga Altuna I, Masegosa Gonzalez J. Inflammatory pseudotumor, the great mimicker: A case report. *Neurocirugia (Engl Ed)*. 2024;35(3):164-168. doi: [10.1016/j.neucie.2023.07.002](https://doi.org/10.1016/j.neucie.2023.07.002).
7. Montes-Arcón PS, Redondo de Oro KT, Cantero-Romero K, Blanco-Pertuz PM, Pérez-Mingan GC. Inflammatory myofibroblastic tumor causing intestinal obstruction in older adults due to intestinal intussusception: Case report. *Rev Gastroenterol Peru*. 2023;43(1):69-73.
8. Bhagat P, Bal A, Das A, Singh N, Singh H. Pulmonary inflammatory myofibroblastic tumor and IgG4-related inflammatory pseudotumor: A diagnostic dilemma. *Virchows Arch*. 2013;463(6):743-747. doi: [10.1007/s00428-013-1493-2](https://doi.org/10.1007/s00428-013-1493-2).
9. Takeda S, Onishi Y, Kawamura T, Maeda H. Clinical spectrum of pulmonary inflammatory myofibroblastic tumor. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2008 ;7(4):629-633. doi: [10.1510/icevts.2007.173476](https://doi.org/10.1510/icevts.2007.173476).
10. Ekinci GH, Haciomeroglu O, Sen AC, Alpay L, Guney PA, Yilmaz A. Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the Lung. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2016;26(4):331-333.
11. Matsuoka T, Fukamitsu G, Onoda M, Uesugi N, Kawano K, Katoh T. [Inflammatory myofibroblastic tumor suspected of lung cancer; report of a case]. *Kyobu Geka*. 2010;63(6):500-503.
12. Saito K, Oda M, Matsumoto I, Yachi T, Imagawa T, Nakanuma S, et al. [Inflammatory myofibroblastic tumor of the lung; report of a case]. *Kyobu Geka*. 2009;62(1):82-85.
13. Ilic V, Dunet V, Beck-Popovic M, Boubaker A. Pulmonary inflammatory myofibroblastic tumour after Hodgkin's lymphoma. *BMJ Case Rep*. 2014; 2014: bcr2013202491. doi: [10.1136/bcr-2013-202491](https://doi.org/10.1136/bcr-2013-202491).
14. Lawrence B, Perez-Atayde A, Hibbard MK, Rubin BP, Dal Cin P, Pinkus JL, et al. TPM3-ALK and TPM4-ALK oncogenes in inflammatory myofibroblastic tumors. *Am J Pathol*. 2000;157(2):377-384. doi: [10.1016/S0002-9440\(10\)64550-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9440(10)64550-6).

-
15. Tanaka M, Kohashi K, Kushitani K, Yoshida M, Kurihara S, Kawashima M, et al. Inflammatory myofibroblastic tumors of the lung carrying a chimeric A2M-ALK gene: report of 2 infantile cases and review of the differential diagnosis of infantile pulmonary lesions. *Hum Pathol*. 2017;66:177-182. doi: [10.1016/j.humpath.2017.06.013](https://doi.org/10.1016/j.humpath.2017.06.013).
 16. Sirvent N, Coindre JM, Pedeutour F. Tumeurs myofibroblastiques inflammatoires [Inflammatory myofibroblastic tumors]. *Ann Pathol*. 2002;22(6):453-460.