



## Nota clínica

## Lipoma endobronquial: una causa poco frecuente de obstrucción bronquial

Ana Triviño<sup>a,\*</sup>, Montserrat Mora-Cabezas<sup>b</sup>, Ana Vallejo-Benitez<sup>b</sup>, Antonio García-Escudero<sup>b</sup> y Ricardo González-Cámpora<sup>b</sup><sup>a</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 21 de febrero de 2013

Aceptado el 26 de marzo de 2013

On-line el 13 de mayo de 2013

## Palabras clave:

Neoplasia endobronquial

Lipoma

Asma

## RESUMEN

El lipoma endobronquial es una neoplasia benigna del árbol traqueobronquial poco frecuente. A pesar de su naturaleza benigna, puede producir la oclusión bronquial, debido a su crecimiento polipoide endoluminal. En este artículo se presentan las consecuencias de un diagnóstico tardío en este tipo de lesiones.

© 2013 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Endobronchial Lipoma: A Rare Cause of Bronchial Occlusion

## ABSTRACT

Endobronchial lipoma is a rare benign neoplasm of the tracheobronchial tree. Despite its benign nature, associated endoluminal polypoid growth can cause bronchial occlusion. In this paper, we present the consequences of a late diagnosis of this condition.

© 2013 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Keywords:

Bronchial neoplasms

Lipoma

Asthma

## Introducción

Las neoplasias benignas del árbol traqueobronquial son poco frecuentes. El lipoma endobronquial es un tumor benigno con una incidencia del 0,1 al 0,5% de todas las neoplasias pulmonares, que se origina de las células del tejido adiposo peribronquial y, ocasionalmente, del tejido submucoso del bronquio principal. Los síntomas clínicos dependen de su localización, del grado de obstrucción bronquial y de las consecuencias morfofuncionales de dicha obstrucción sobre el parénquima distal. Así, el diagnóstico temprano y el tratamiento radical son esenciales para evitar lesiones pulmonares irreversibles. Presentamos el caso de un hombre de 63 años con lipoma endobronquial, al que se le realizó una resección pulmonar anatómica debido a su diagnóstico tardío.

## Caso clínico

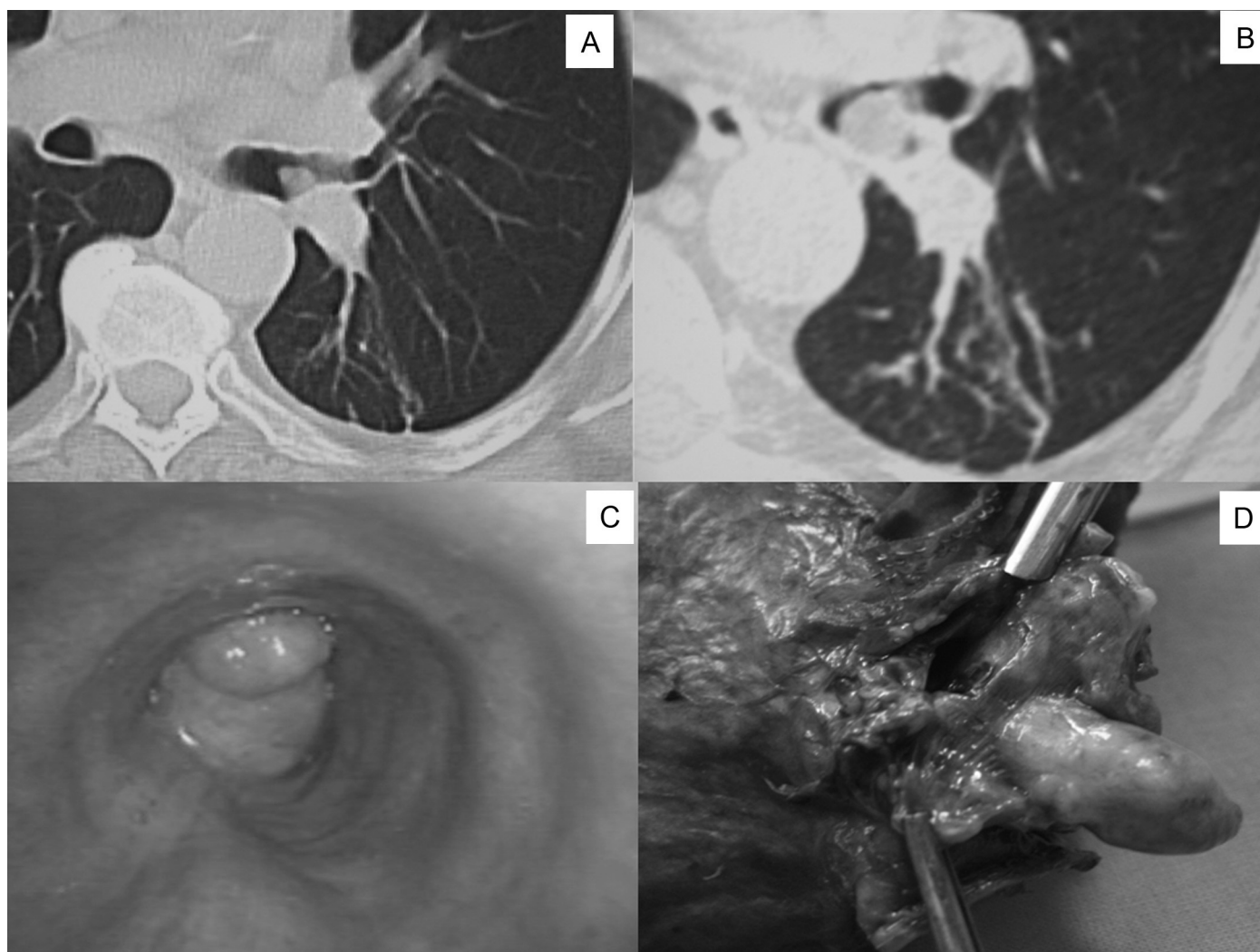
Paciente de 63 años, exfumador desde hacía 36 años (índice paquetes/año: 40), con antecedentes personales de asma bronquial,

con cuadros de tos seca y disnea intermitente, y en seguimiento en neumología por bronquiectasias. En la TAC de control por su patología respiratoria se puso de manifiesto la presencia de una lesión endobronquial en el lóbulo inferior izquierdo (fig. 1A). Posteriormente se realizó una fibrobroncoscopia, evidenciándose una lesión endoluminal en el bronquio lobar inferior. Tanto en la biopsia como en la citología no se detectaron signos neoplásicos malignos, a pesar de repetirse dichos estudios en 2 ocasiones más. Ante estos hallazgos y la ausencia de síntomas, se decidió su seguimiento clínico y radiológico. En los últimos meses presentó episodios de hemoptisis e infecciones respiratorias persistentes que mejoraron con tratamiento antibiótico. Las nuevas pruebas de imagen (fig. 1B) y la exploración endoscópica (fig. 1C) revelaron un aumento de tamaño de la lesión polipoide que se extendía hacia el bronquio principal izquierdo, a más de 2 cm de la carina principal. También en esta ocasión, tanto en el broncoaspirado como en la biopsia bronquial se observaron cambios inflamatorios agudos, sin presencia de células neoplásicas.

Ante la sospecha de una lesión maligna y la dificultad para obtener un diagnóstico, se decidió intervenir al paciente. Se realizó una exploración videotoracoscópica, observando la presencia de signos de hepatización y fibrosis en el lóbulo inferior, así como la

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: atrivi\_17@hotmail.com (A. Triviño).



**Figura 1.** A) En la TAC de tórax se observa lesión endobronquial en el lóbulo inferior izquierdo a nivel de la carina interlobar. B) TAC de tórax un año después: se aprecia un crecimiento de la lesión endobronquial hacia la luz del bronquio principal. C) Fibrobroncoscopia: lesión endobronquial que protruye y ocluye parcialmente la luz del bronquio principal. D) Pieza quirúrgica: lesión polipoide que se origina del bronquio lobar inferior.

presencia de múltiples adherencias firmes principalmente en el seno costodiafrágico, que impidieron completar la exploración. Finalmente, se realizó una lobectomía inferior izquierda por toracotomía lateral. Cuando se efectuó la sección del bronquio lobar inferior se identificó una tumoración de 2 cm, pediculada, de bordes lisos y color amarillento, que se originaba de las paredes del bronquio lobar inferior y protruía hacia la luz del bronquio principal (fig. 1D). Durante el postoperatorio no presentó ningún tipo de complicación, siendo alta el 5.º día.

El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de una neoplasia mesenquimal benigna constituida por tejido adiposo maduro y que englobaba estructuras glandulares bronquiales. Ante dichos hallazgos se emitió el diagnóstico de lipoma endobronquial.

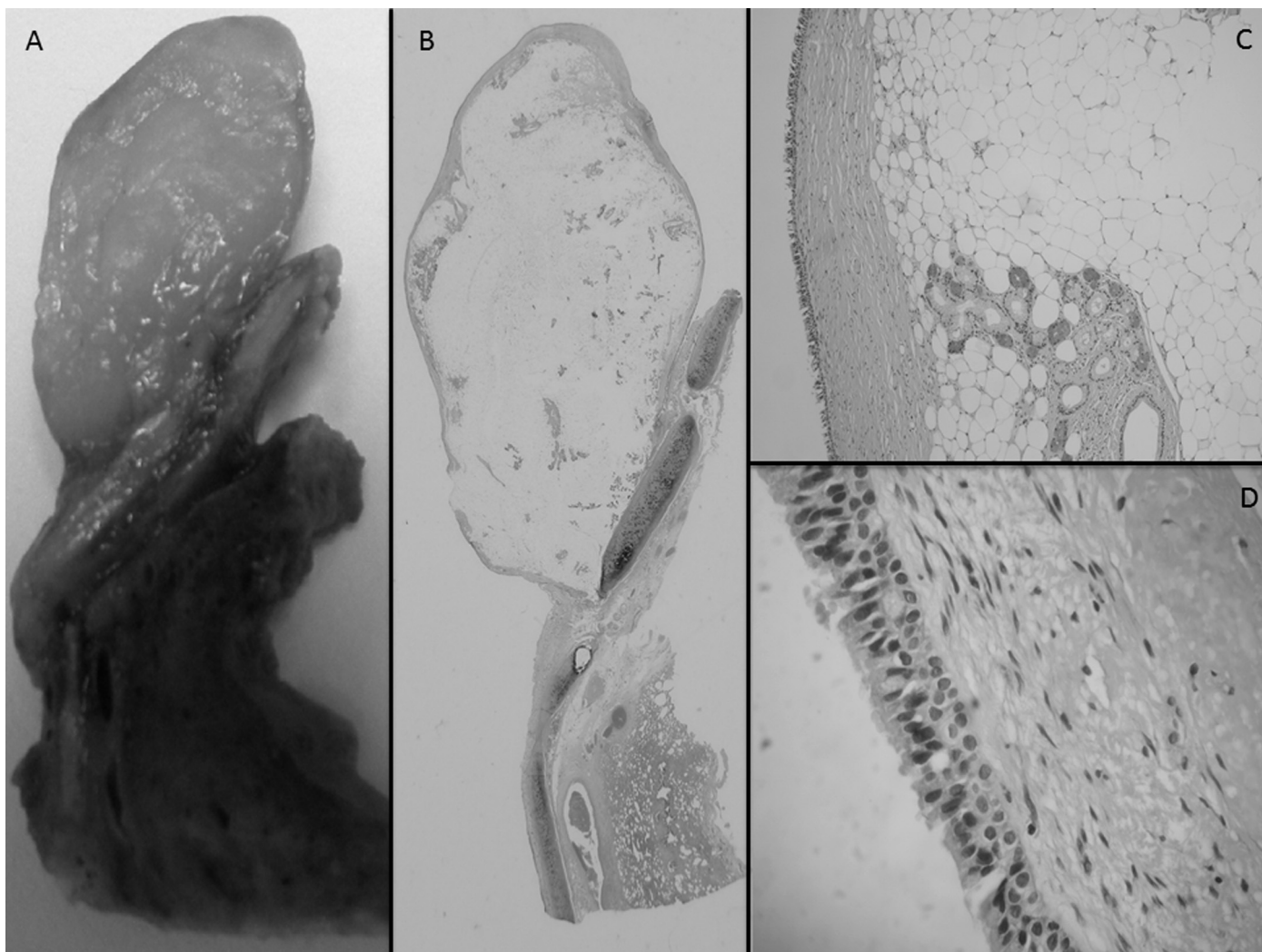
## Discusión

Los lipomas endobronquiales son tumores pulmonares benignos extremadamente raros que representan el 0,1-0,5% de todas las neoplasias del pulmón<sup>1</sup>. Son más frecuentes en varones, con un máximo de incidencia entre la quinta y la sexta décadas de la vida<sup>2</sup>. La obesidad y el tabaco son considerados factores de riesgo, aunque no existen estudios concluyentes. Los lipomas endotorácicos se clasifican en 5 grupos: cardíacos, parenquimatosos, pleurales, mediastínicos y endobronquiales, como en nuestro caso. En la

mayoría de los casos descritos en la bibliografía el tumor se localiza en las 3 primeras subdivisiones del árbol traqueobronquial y es más frecuente en el lado derecho, aunque en nuestro caso nacía del bronquio lobar inferior izquierdo<sup>1,3</sup>.

La tos, la disnea progresiva, la hemoptisis y las neumonías de repetición son las formas más frecuentes de presentación. En ocasiones estos pacientes pueden ser diagnosticados erróneamente de asma bronquial, retrasando el diagnóstico de este tipo de lesiones<sup>4,5</sup>. Para su diagnóstico, la herramienta fundamental es la fibrobroncoscopia, que permite localizar y biopsiar la lesión<sup>4,5</sup>, aunque en nuestro caso las muestras obtenidas no fueron representativas para el diagnóstico (fig. 2).

A pesar de su naturaleza benigna, su crecimiento puede producir una obstrucción parcial o total del bronquio, así como la destrucción del parénquima distal<sup>5</sup>. La resección broncoscópica debe considerarse como primera opción terapéutica, ya que se evitaría tanto una toracotomía como una resección pulmonar, con la consiguiente repercusión funcional que ello supone. Pero si existen cambios irreversibles en el parénquima, tales como fibrosis, neumonía o atelectasia, es necesaria la realización de una resección pulmonar<sup>2,4,5</sup>. En nuestro caso, la presencia de dichos hallazgos, debido al diagnóstico tardío, no permitió la realización de una resección endoscópica, siendo necesaria la realización de una lobectomía inferior.



**Figura 2.** A,B) Neoformación polipoide con base de implantación en la pared bronquial (imagen macroscópica y microscópica). C) Neoplasia constituida por tejido adiposo maduro que engloba estructuras glandulares bronquiales. D) Epitelio de revestimiento de tipo respiratorio.

### Bibliografía

1. Muraoka M, Oka T, Akamine S, Nagayasu T, Iseki M, Suyama N, et al. Endobronchial lipoma. Review of 64 cases reported in Japan. *Chest*. 2003;123:293-6.
2. Cynthia H, Klaas W, Pieter E, Tom G. Endobronchial lipoma: A series of three cases and the role of electrocautery. *Respiration*. 2000;67:689-92.
3. Casanova A, Cisneros C, Girón RM, Olivera MJ, Moreno R, Zamora E. Empiema pleural asociado a lipoma endobronquial. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:172-4.
4. Irani F, Kumar B, Reddy P, Narwal-Chadha R, Kasmani R, Tita J. An endobronchial lipoma mimicking asthma and malignancy. *Prim Care Respir J*. 2010;19:281-3.
5. Filosso PL, Giobbe R, Mossetti C, Ruffini E, Oliaro A. Hemoptysis caused by an endobronchial lipoma. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2008;135:954-5.