

## Cartas al Director

### Lipoma extravascular de la arteria subclavia



#### Extra-Vascular Lipoma of the Subclavian Artery

Sr. Director:

El lipoma intravascular se define como un lipoma originado en la capa media vascular que contiene pocos adipocitos; puede formarse un lipoma extravascular o extraluminal a partir de tejido adiposo adyacente por invaginación. Solamente hay 9 casos descritos de lipoma de la pared vascular<sup>1</sup>.

Presentamos un caso de lipoma localizado en la arteria subclavia izquierda. No hemos encontrado casos similares en la literatura.

Un varón de 65 años de edad fue ingresado por una masa en el área de la subclavia izquierda. La exploración física evidenció la presencia de una masa profunda de 6 cm con extensión subclavia y sin deterioro neurológico ni vascular. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) de tórax (fig. 1 A-C) mostraron una masa bien circunscrita, que se pensó que podía ser un lipoma subclavio, extraordinariamente infrecuente, con un amplio contacto con la arteria subclavia, pero sin presencia de masa intravascular. Mediante una incisión subclavia se extirpó el tumor, separándolo de forma segura de las estructuras adyacentes de la arteria y vena subclavias y del nervio braquial (fig. 1 D). Se produjo una lesión mínima

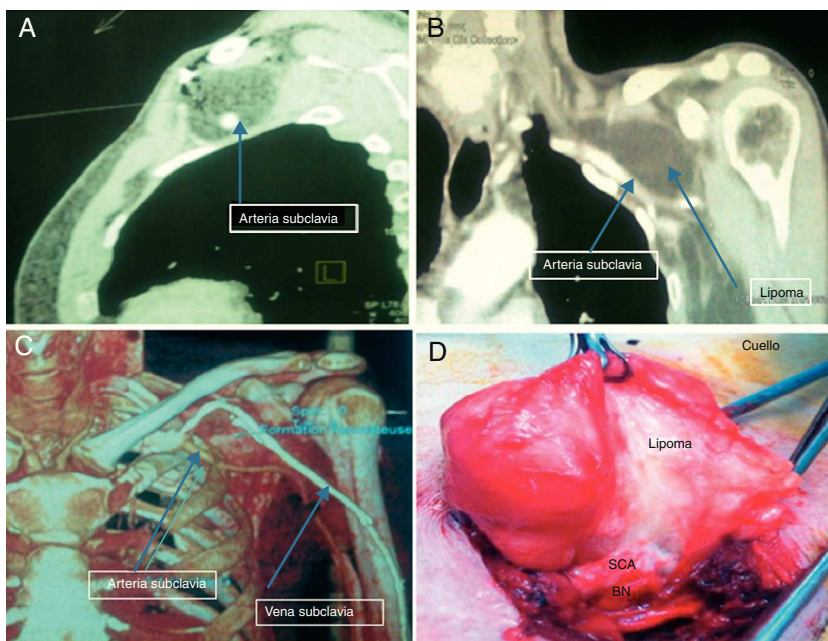
de la vena subclavia que se reparó rápidamente. El seguimiento del paciente transcurrió sin incidencias. El examen histopatológico mostró adipocitos maduros.

Los lipomas son tumores vasculares primarios muy poco frecuentes que tienen su origen en las paredes de las venas, sobre todo en la vena cava inferior, con una frecuencia del 0,5% en las exploraciones abdominales con TC<sup>2</sup>.

Los lipomas extravasculares son muy infrecuentes, y los intravasculares son extraordinariamente infrecuentes. Se ha propuesto una hipótesis para explicar la formación de estos lipomas: el tumor puede originarse en la pared vascular o en el tejido adiposo perivascular. Cuando el origen del lipoma es la pared vascular el crecimiento intravascular puede observarse incluso cuando la capa media de los vasos está poco desarrollada y tiene pocas células adiposas<sup>3</sup>. Esto sugiere que el tumor de nuestro paciente tenía su origen en el tejido perivascular y penetraba luego en la arteria sin infiltrar la pared vascular, sino mediante intrusión mecánica o invaginación.

La mayor parte de los lipomas vasculares son asintomáticos en una TC o una RM. Los tumores sintomáticos pueden causar una trombosis u oclusión<sup>4</sup>.

Aunque la ecografía puede confirmar la presencia de un lipoma no permite evaluar adecuadamente la magnitud y profundidad de las lesiones subclavias. Tanto la TC como la resonancia magnética



**Figura 1.** A. TC torácica en la que se observa una masa hipodensa en la región subclavia (proyección transversal). B. TC torácica en proyección sagital, que muestra el pequeño contacto de la masa con la arteria subclavia izquierda. C. Reconstrucción de TC torácica en la que se aprecia la vena y la arteria subclavias separadas por el lipoma. D. Imagen preoperatoria del lipoma con la adherencia dura a la arteria subclavia.

BN: nervio braquial; SCA: arteria subclavia; SCV: vena subclavia.

(RM) son útiles en la evaluación de los lipomas de subclavia. Los defensores de la RM creen que esta exploración confirma de manera fiable el carácter adiposo de la masa y define con mayor precisión la magnitud de la lesión y su relación con las estructuras circundantes. Los defensores de la TC consideran, como nosotros, que para la mayoría de las lesiones toda la información clínicamente relevante es accesible en la TC con igual claridad que en la RM, pero que la primera es preferible por razones de coste, disponibilidad y facilidad de obtención de las imágenes.

El diagnóstico diferencial incluye el angiomiolipoma, que está mal encapsulado, contiene adipocitos maduros y vasos pequeños con calcificaciones heterotópicas, el hemangioma cavernoso, una masa vascular con vasos serpiginosos pequeños y flebolitos, el hemangioma quístico, los tumores mixofibrosos y el hemangiopericitoma lipomatoso<sup>5</sup>.

El lipoma sintomático o la sospecha de malignidad constituyen indicaciones para una intervención quirúrgica.

Los lipomas situados en localizaciones atípicas no son operaciones «fáciles». Debe realizarse una planificación adecuada, debe remitirse al paciente a un cirujano cardiotorácico y deben evitarse las consecuencias iatrogénicas, como lesiones vasculares con el paciente despierto o las causadas por un cirujano poco experimentado.

### Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

### Bibliografía

1. Ryu SR, Park JY, Ryu YS, Yu YH, Yang DJ, Lee BH, et al. Intravascular lipoma of the right subclavian vein. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2009;67:154-7.
2. Lomeo A, D'arrigo G, Scolaro A, Mudanò M, Monea MC, Maucri G, et al. A case of intra and extra-vascular lipoma of the subclavian vein. *EJVES Extra*. 2007;13:37-9.
3. McClure MJ, Sarrazin J, Kapusta L, Murphy J, Arenson AM, Geerts W. Intravascular femoral vein lipoma: An unusual cause of lower limb venous obstruction. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;176:463-4.
4. Vinnicombe S, Wilson AG, Morgan R, Saunders K. Intravascular lipoma of the superior vena cava: CT features. *J Comput Assist Tomogr*. 1994;18:824-7.
5. Fuchs A, Henrot P, Walter F, Iochum S, Vignaud J, Stines J, et al. Lipomatous tumors of soft tissues in the extremities and the waist in adults. *J Radiol*. 2002;83:1035-57.

Massine El Hammoumi<sup>a,b,\*</sup>, Mustafa Taberkanet<sup>a,b</sup> y El Hassane Kabirj<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Department of Thoracic Surgery, Mohamed V Military University Hospital, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Marruecos*

<sup>b</sup> *Department of Vascular Surgery, Mohamed V Military University Hospital, Rabat, Marruecos*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [hamoumimassine@hotmail.fr](mailto:hamoumimassine@hotmail.fr) (M. El Hammoumi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.015>

### Hacer correctamente lo que es correcto



#### Do Right What Is Right

Sr. Director:

Las técnicas diagnósticas y terapéuticas que hoy nos ofrece la medicina son muy amplias, y su utilización coste-efectiva es uno de los retos más importantes de la medicina clínica. No es infrecuente que en determinadas áreas, quizás por su complejidad y por su reciente desarrollo, como la ventilación mecánica no invasiva (VNI), se expresen opiniones que pueden ser debatibles, producir confusión e incluso inducir tratamientos discutibles o incorrectos. Ejemplo de ello son:

- Discutir procesos y protocolos locales sin aportar resultados en el conjunto de la población.
- Recomendar de un modo definitivo indicaciones no contrastadas de la VNI, como en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable o en el síndrome de hipoventilación obesidad.
- Asumir la suma de prácticas individuales como criterio general de indicación.
- Proponer los beneficios positivos en un subgrupo de pacientes como criterio de indicación cuando en el global del estudio los resultados son negativos.
- Suponer que los resultados de estudios observacionales constituyen la mejor de las evidencias.
- No tener en cuenta que los actos tienen consecuencias, tanto organizativas como económicas.

La variabilidad de la práctica clínica es un problema reconocido desde hace años<sup>1</sup>. También es cierto que la práctica clínica

se construye, además de con la evidencia científica, teniendo en cuenta las circunstancias locales, las habilidades profesionales y los valores de los pacientes<sup>2</sup>. La toma de decisiones es un tema complejo, y es evidente que la respuesta a problemas específicos puede requerir indicaciones que no se ajustan a protocolos: este es el sentido de los tratamientos compasivos. Un cierto grado de variabilidad es imprescindible para estimular la innovación. Pero son sorprendentes algunos datos del Observatorio de Terapias Respiratorias de Cataluña que constatan que la prescripción de la VNI en personas de más de 65 años muestra diferencias de más de 40 veces entre las zonas de mínima y máxima prescripción.

Es importante considerar que la credibilidad profesional pasa por la consistencia de los valores compartidos. Compartir resultados del mundo real (no solo de los ensayos clínicos), considerar los tratamientos compasivos como lo que son, sin concederles la condición de canon para la práctica cotidiana, y revisar críticamente las prácticas clínicas colectivas son elementos clave para consolidar esta credibilidad. Asimismo, la credibilidad es imprescindible para construir una actitud ejemplificadora para las nuevas generaciones y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario público. En este punto las sociedades científicas deben ser pioneras en realizar autocritica y adaptarse a la exigencia de nuestros días, donde la práctica de la medicina siempre debería basarse en la evidencia contrastada. El prescriptor ha de ser consciente y responsable de sus indicaciones cuando no se dispone de esta evidencia. La credibilidad profesional, la transparencia, la autolimitación de la discrecionalidad son nuestras mejores armas para afrontar la época actual y servir mejor a nuestros pacientes.

### Bibliografía

1. Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*. 1973;182:1102-8.