

## Bibliografía

1. Barquero-Romero J, Redondo-Moralo MJ. Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema: An uncommon complication of lung cancer. Arch Bronconeumol. 2009;45:310–1.
2. Libeer C, Verbeken E, de Wever W, Vansteenkiste J, Nackaerts K. Mediastinal emphysema and small cell lung cancer (SCLC): A case-report. Lung Cancer. 2005;47:139–42.
3. Khan S. A case of mediastinal emphysema in a 80-year old male. Lung Cancer. 2006;51:391–2.
4. Craig SR, Walker WS. Pneumomediastinum: An unusual presentation of carcinoma of the carina. Respir Med. 1995;89:385–6.

Jan Kara\*, Sarka Klimesova y Norbert Pauk

Department of Pneumology and Thoracic Surgery, Third Faculty of Medicine, Charles University, University Hospital Na Bulovce, Praga, República Checa

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jan.kara@seznam.cz](mailto:jan.kara@seznam.cz) (J. Kara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.014>

## Teratoma gigante manifestado en el embarazo y causante de insuficiencia respiratoria



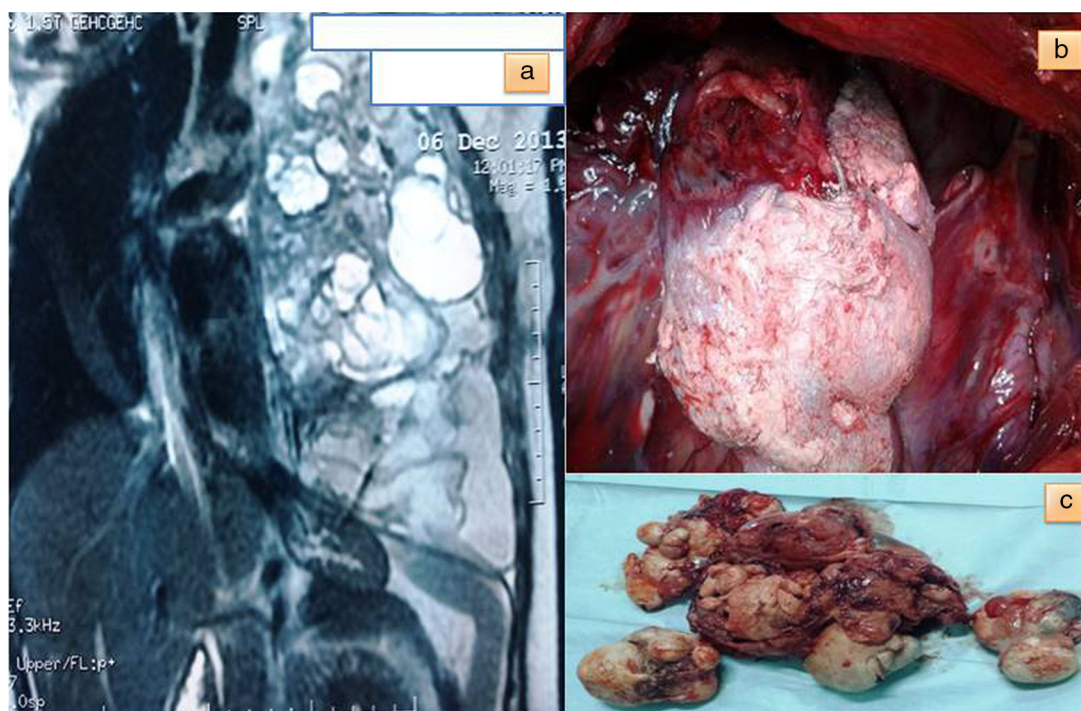
### Giant teratoma presenting with pregnancy and causing respiratory failure

Sr. Director:

El embarazo se asocia a ciertas adaptaciones fisiológicas específicas y los médicos diagnostican a menudo erróneamente algunos síntomas atípicos durante el mismo. Ello puede conducir a complicaciones graves, en especial cuando el embarazo se asocia a un tumor.

Presentamos el caso de una mujer de 21 años embarazada que fue ingresada en nuestro servicio de urgencias por disnea crónica grave, hemoptisis mínima y trabajo de parto pretérmino. Se encontraba en la semana 28 de gestación y era grávida 1, para 0. La exploración ginecológica mostró un orificio cervical externo abierto. La SaO<sub>2</sub> era del 90% y la presión arterial era de 90 mmHg/60 mmHg. A la exploración torácica se apreció una ausencia de ruidos respiratorios en el hemitórax izquierdo. La

radiografía con exposición mínima a rayos X mostró un hemitórax izquierdo totalmente opaco. Se tomó la decisión inmediata de llevar a cabo una toracocentesis dejando un drenaje torácico izquierdo, para reducir la disnea. El tubo de tórax drenó 1.500 cc de líquido pleural serohemático. Se administró un corticosteroide (betametasona) para acelerar la maduración pulmonar fetal. Tres días después se realizó con éxito una cesárea tras la detención del trabajo de parto pretérmino. Nació un niño varón sano. La TC y la RM de tórax (fig. 1a) evidenciaron la presencia de un tumor mediastínico que se extendía a la totalidad del hemitórax izquierdo con una enorme desviación mediastínica derecha. El tumor contenía espacios quísticos y zonas discretas de tejidos blandos y grasa compatibles con un probable teratoma maduro. En nuestro caso, los niveles séricos de alfafetoproteína (AFP) y de gonadotropina coriónica humana (hCG) de la paciente fueron normales. En la toracotomía posterolateral se observó que el tumor gigante tenía adherencias al pulmón izquierdo, que estaba colapsado por completo. El tumor contenía estructuras organoides (pelo) compatibles con un teratoma (fig. 1b). Nos sorprendió la obtención de una expansión satisfactoria del pulmón tras la extirpación completa del tumor (fig. 1c). Histológicamente, el tumor se diagnosticó como un teratoma maduro. Se



**Figura 1.** a) RM de tórax en la que se observa un tumor enorme del hemitórax izquierdo, con grasa, zonas quísticas y estructuras organoides; b) Imagen peroperatoria del tumor con estructuras de «pelo», y c) Imagen macroscópica del teratoma totalmente resecado.

detectaron receptores de estrógenos y de progesterona positivos en el tejido resecado.

Los teratomas son tumores del mediastino anterior en el 60% de los casos y son maduros en un 88% de las ocasiones<sup>1</sup>. El teratoma maduro es con frecuencia asintomático y protruye en un hemitórax. En la TC se observa una masa con contenido de grasa, calcificaciones o cambios quísticos. La ausencia de actividad en la FDG-PET confirma el carácter benigno de estas lesiones<sup>2</sup>. La RM permite obtener un mapa exacto de las estructuras anatómicas circundantes para la extirpación quirúrgica.

La intervención quirúrgica es el único tratamiento curativo disponible para estas lesiones. Suele realizarse una esternotomía o toracotomía para aliviar los síntomas de compresión o para prevenir una transformación maligna.

La resección total del tumor permitirá establecer el diagnóstico y tratamiento correctos, pero no es necesaria una extirpación completa puesto que la tasa de recurrencias locales es baja<sup>3</sup>. No es necesario aplicar un tratamiento adyuvante, puesto que el pronóstico de un teratoma maduro es favorable<sup>4</sup>.

En las mujeres embarazadas, si se protege el abdomen, la radiación aplicada al tórax se considera segura<sup>5</sup>, por lo que no debe diagnosticarse erróneamente la disnea inexplicada en una mujer embarazada, y está indicada formalmente la radiografía de tórax.

La función respiratoria se deteriora como consecuencia de este tumor torácico de gran tamaño, con un derrame pleural que puede aumentar a causa de los cambios hormonales y también por los factores mecánicos asociados al embarazo.

En conclusión, durante el embarazo, la aparición probable de estos tumores puede comportar dificultades diagnósticas y terapéuticas reales.

## Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

## Bibliografía

1. De Bournonville C, Maugendre S, Belleguic C, Corbineau T, Lena H, Desrues B, et al. Tératome mature du médiastin: à propos de deux cas. *Rev Pneumol Clin*. 1999;55:177-80.
2. Kikawa S, Todo Y, Minobe S. Growing teratoma syndrome of the ovary: A case report with FDG-PET findings. *J Obstet Gynaecol Res*. 2011;37:926-32.
3. Asteriou C, Barbetakis N, Kleontas A, Konstantinou D. Giant mediastinal teratoma presenting with paroxysmal atrial fibrillation. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011;12:308-10.
4. Karangelis D, Kalafati G, Liouras V, Tsilimingas N. Germ cell tumors of the mediastinum. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2010;11:829.
5. Osei EK, Faulkner K. Fetal doses from radiological examinations. *Br J Radiol*. 1999;72:773-80.

Massine El Hammoui<sup>a,c,\*</sup>, Abdelatif Benosman<sup>b,c</sup>  
y El Hassane Kabiri<sup>a,c</sup>

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

<sup>b</sup> *Department of Thoracic Surgery, Avicenne Hospital, Rabat, Marruecos*

<sup>c</sup> *Centre d'étude doctorale des sciences de la vie et de la santé, Faculté de médecine, Université Mohammed V Souissi, Rabat, Marruecos*

Autor para correspondencia.

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

(M. El Hammoui).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.017>

## A propósito del lipoma endobronquial



### Talking about Endobronchial Lipoma

En relación con el artículo «Lipoma endobronquial: una causa poco frecuente de obstrucción bronquial»<sup>1</sup>, presentamos el caso de un varón de 64 años diagnosticado previamente de SAHS severo en tratamiento con CPAP, que acude a consulta por un cuadro de tos productiva de larga evolución. Presenta una radiografía de tórax con imagen de aumento de densidad con formación redondeada paratraqueal derecha alta; la TAC torácica muestra una atelectasia parcial del lóbulo superior derecho; la broncoscopia mostró una lesión redondeada, sonrosada, vascularizada y de consistencia blanda en la entrada del bronquio de dicho lóbulo; la biopsia mostró mucosa bronquial con metaplasia, y la PET mostró captación patológica. Con el diagnóstico de lesión en el lóbulo superior derecho captante en la PET se decidió practicar una toracotomía con lobectomía superior derecha y linfadenectomía. El informe anatomopatológico fue de lipoma endobronquial con foco de metaplasia ósea, hemorragia alveolar, áreas de bronconeumonía y distorsión arquitectural de características obstructivas.

## Discusión

El lipoma endobronquial es un tumor muy poco frecuente, representando el 0,1% de todos los tumores pulmonares<sup>2</sup>. Generalmente están localizados en las primeras 3 divisiones del árbol traqueobronquial. Los síntomas más frecuentes son tos, expectoración, hemoptisis, fiebre y disnea, aunque un 25% de los casos

pueden ser asintomáticos<sup>3</sup>. Están formados por tejido adiposo maduro cubierto por epitelio bronquial normal o –como en nuestro caso– con metaplasia escamosa<sup>4</sup>. Cabe destacar la posible existencia en el seno del lipoma de tejido fibroso, glandular, áreas de cartílago o metaplasia ósea; para el patólogo, es importante realizar un diagnóstico diferencial con tumores lipomatosos atípicos y liposarcomas bien diferenciados<sup>5</sup>. El tratamiento de elección es la resección broncoscópica, contemplándose la toracotomía en casos de dificultad en el diagnóstico, destrucción parenquimatosa por atelectasia y neumonitis de larga evolución, crecimiento extrabronquial o imposibilidad técnica de resección por este medio<sup>6</sup>; sin embargo, y dada la posibilidad de recidiva a largo plazo, creemos recomendable realizar revisiones de los pacientes a los que se ha realizado resección broncoscópica.

## Bibliografía

1. Lirios Sacristán B, Fernández Robledo E, Peña Blas F. Lipoma endobronquial: una causa infrecuente de obstrucción bronquial. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:78-9.
2. Marcote Valdivieso E, Baltasar Torrejón A, Bou Pérez R, Vierna García J. Lipoma endobronquial. *Cir Esp*. 1990;4:460-4.
3. Leon C, Estrada G, Alvarez S, Puzo C, Bordes R, Cornudella R. Lipoma endobronquial. *Arch Bronconeumol*. 1983;19:217-9.
4. Huisman C, van Kralingen KW, Postmus PE, Sutedja TG. Endobronchial lipoma: A series of three cases and the role of electrocautery. *Respiration*. 2000;67:689-92.
5. Boland JM, Fritchie KJ, Erickson-Johnson MR, Oliveira AM, Colby TV, Folpe AL. Endobronchial lipomatous tumors: Clinicopathologic analysis of 12 cases with molecular cytogenetic evidence supporting classification as «lipoma». *Am J Surg Pathol*. 2013;37:1715-21.
6. 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.