



extraño, el paciente recordó un episodio de atragantamiento en fechas próximas al inicio del cuadro.

En nuestro caso, únicamente con posterioridad el paciente recordó el episodio de atragantamiento; considerando que sólo en algo menos de un tercio de los casos de aspiración de cuerpos extraños, los pacientes recuerdan haberlo sufrido, es importante insistir en una anamnesis orientada en este sentido, ya que cualquier tos inexplicable, especialmente en sujetos previamente sanos y sin factores de riesgo, debe hacernos sospechar de un cuerpo extraño endobronquial. Insistimos, como han mencionado otros autores, en la importancia de la endoscopia, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos, dado que la mayoría de cuerpos extraños inhalados son radiotransparentes, pudiendo pasar desapercibidos a otras exploraciones incluso con un tamaño relativamente grande como en nuestro caso.

E. de Casimiro Calabuig, T. Lloret Pérez y T. Lluch Mota

Servicio de Neumología. Hospital General. Valencia.

1. Wolkove N, Kreisman H, Cohen C, Frank H. Occult foreign-body aspiration in adults. *JAMA* 1982; 248:1.350-1.352.

2. Pérez C, Sempere MT, Marco J. Neumonía obstructiva post-aspiración de un cacahuete. *Arch Bronconeumol* 1987; 23:153-154.

3. Inhaled foreign bodies. *Br Med J* 1981; 282:1.649-1.650.

Fibrolipoma bronquial

Sr. Director: El interés por la patología tumoral benigna bronquial ha aumentado en los últimos años, gracias al desarrollo paralelo de la endoscopia y de la cirugía torácica¹. Los lipomas endobronquiales representan unas neoformaciones benignas, muy raras (0,1% de los tumores broncopulmonares), que se desarrollan a partir del tejido graso de la pared bronquial, habiéndose descrito en la literatura anglosajona alrededor de 60 casos². Se presentan más habitualmente en bronquios principales, más en el izquierdo, siendo más rara su localización periférica, como el caso aquí referido³.

Presentamos un caso de un fibrolipoma bronquial, que viene a representar el tercer caso de nuestro grupo⁴, el cual asentaba en un paciente de 49 años, fumador de 40 cigarrillos día desde los 15 años, que comienza un mes antes de su ingreso con parestesias en mano izquierda, acompañado de dolor en hemitórax izquierdo que le ha desaparecido espontáneamente y tos seca. En la exploración física destaca únicamente una abolición del murmullo vesicular en campo superior de hemitórax izquierdo, acompañado de roncus y sibilancias diseminados por ambos hemitó-

Fig. 1. TAC: Formación nodular de 6 mm en cara posterior del bronquio del lóbulo superior izquierdo de baja densidad.



rax. Analítica de sangre, orina y hemostasia dentro de la normalidad. En la radiología aparece una opacidad paramediastínica de densidad más o menos uniforme en lóbulo superior izquierdo con pérdida de volumen y marcada participación pleural. En el TAC con corte fino (2 mm) aparece una formación nodular de 6 mm que asienta en cara posteroinferior del bronquio del lóbulo superior izquierdo a 1 cm de la carina secundaria. El nódulo es redondeado y tiene amplia base de implantación, siendo de densidad muy baja (fig. 1). En la fibrobroncoscopia se aprecia una neoformación pediculada que ocupa la luz del bronquio del culmen, de superficie lisa y consistencia dura, siendo la biopsia bronquial compatible con un fibrolipoma bronquial. Espirometría y gasometría dentro de la normalidad. Se procede a toracotomía por 5.º espacio intercostal, encontrándose una paquipleuritis importante a nivel del lóbulo superior izquierdo y tras su liberación se encuentra un parénquima distal atelectásico y claramente patológico. Dada la imposibilidad de la práctica de una broncoplastia, se efectúa una lobectomía superior izquierda reglada con sutura automática bronquial. El postoperatorio cursó con atelectasia del lóbulo inferior izquierdo, resuelta con endoscopia aspirativa. En el estudio de anatomía patológica se encontró una tumoración endobronquial, polipoide, amarillenta, de 6 mm de diámetro máximo, constituida por tejido adiposo maduro y escasa cantidad de tejido fibroso, recubierto por epitelio respiratorio, estando el parénquima distal con signos de neumonitis obstructiva. Diagnóstico: Fibrolipoma endobronquial.

La TAC como hemos podido ver representa una gran ayuda diagnóstica⁵. Cuando exista un diagnóstico de certeza, el tumor sea pequeño con pedículo accesible y no existan

lesiones distales, el tratamiento inicial será la resección endoscópica, si bien cuando ello no sea posible habrá que pasar a la cirugía, debiéndose de intentar inicialmente la broncotomía. Cuando el tumor sea grande o existan lesiones distales irreversibles, como en nuestro caso, no habrá más remedio que llegar a la lobectomía, planteándose recientemente por otros grupos el papel terapéutico del láser como alternativa importante⁶.

J. Zapatero Gaviria, R. Peñalver Pascual y A. Pacheco Galván*

Servicios de Cirugía Torácica y *Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

1. Viejo Bañuelos JL, Gallo Marín F, Santos Barajas J, Velasco Osés A, Coma del Corral MJ. Lipoma bronquial. Revisión de la literatura a propósito de una observación. *Rev Clin Esp* 1980; 157:57-61.

2. Iannicello CM, Shoenut JP, Sharma GP, McGoey JS. Endobronchial lipoma: report of three cases. *Canadian Jour Surg* 1987; 30:430-431.

3. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, De Cock R, Stengel BF, Choi H. Intrathoracic lipomas: report of three cases and review of the literature with emphasis on endobronchial lipoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1979; 77:550-555.

4. Salvatierra A, Fogue L, Baschwitz B, Cueto A, Lago J, Madrigal L, Candelas J. Lipoma endobronquial. *Revista Esp Cirugía CTV* 1984; 2:53-58.

5. Mendelsohn SL, Fagelman D, Zwanger-Mendelsohn S. Endobronchial lipoma demonstrated by CT. *Radiology* 1983; 148:790.

6. Smirniotopoulos TT, Quate LJ, Arabian A, Rohatgi PK. Endoscopic removal of a bronchial lipoma with the neodymium-YAG laser. *Endoscopy* 1986; 18:197-198.