

LIPOMAS ENDOBRONQUIALES: ASPECTOS CLINICOS, DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS A PROPOSITO DE CUATRO CASOS

J.M. ARRIERO MARIN, F. RODRIGUEZ DE CASTRO, C. MARTIN SERRANO,
J. PICHER NUÑEZ, P. LAZARO Y DE MERCADO y S.D. REBOIRAS

Servicio de Neumología. C.E. Ramón y Cajal. Madrid.

Los lipomas endobronquiales son neoplasias benignas poco frecuentes que se localizan en los bronquios de mayor calibre, pudiendo causar una morbimortalidad significativa si no son diagnosticados y tratados adecuadamente. Se presentan cuatro nuevos casos de lipoma endobronquial, tres de ellos asintomáticos y uno con cuadros de neumonía recidivante. El diagnóstico se estableció mediante broncoscopia en tres de los pacientes, siendo necesaria la toracotomía en el cuarto al carecer de un diagnóstico histológico de certeza. Se preconizan las técnicas endoscópicas como método terapéutico de primera elección.

Arch Bronconeumol 1985; 21:174-176

Introducción

Los lipomas representan el grupo más numeroso dentro de los tumores benignos¹; sin embargo, la localización endobronquial es muy rara, habiéndose descrito unos 50 casos en la literatura anglosajona^{2,3}. Se desarrollan a partir del tejido graso de la pared bronquial, escaso en las vías aéreas más periféricas, siendo excepcional la presencia de estos tumores a partir de bronquios segmentarios. La fibrobroncoscopia (FB) permite, por tanto, la visión directa y toma de biopsias en la mayoría de los pacientes. Revisando más de 5.000 broncoscopias realizadas en nuestro servicio en los últimos siete años, hemos encontrado cuatro casos de lipoma endobronquial, dos de los cuales fueron diagnosticados por biopsia bronquial. El propósito de este trabajo es la descripción de estos cuatro nuevos casos, resaltando los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de mayor interés.

Recibido el 15-1-1985 y aceptado el 9-4-1985.

Endobronchial lipoma: clinical, diagnostic and therapeutic features of four cases

Endobronchial lipoma is an infrequent benign neoplasm in the larger bronchi which may have a high morbidity and mortality rate in the absence of adequate diagnosis and treatment. Below four cases are described; three were symptom free while the fourth presented recurrent pneumonia.

Diagnoses were established with bronchoscopy in three and, in the absence of a definite histological diagnosis in the fourth, with thoracotomy.

Endoscopic methods are considered the therapeutic mode of choice.

Observaciones clínicas

Caso n.º 1: Varón de 65 años, fumador importante, diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica hace 20 años, que ingresa en el hospital por incremento de la tos, expectoración y disnea habituales. En la exploración encontramos un paciente obeso, con signos de insuficiencia cardíaca derecha, roncus y sibilancias diseminados, y disminución global del murmullo vesicular. En las radiografías y tomografías torácicas se objetivaba una opacidad parahiliar derecha con obstrucción del bronquio del lóbulo superior derecho (LSD), pérdida de volumen y neumonitis distal (fig. 1). Las pruebas de función respiratoria eran compatibles con disfunción ventilatoria mixta de severa intensidad. En la FB existía una formación tumoral vegetante, blanquecina, de superficie irregular, que ocluía parcialmente la embocadura del bronquio del LSD, desplazándose con los movimientos respiratorios. Durante las tomas biópsicas se comprobó la elasticidad y escasa friabilidad de la tumoración. La citología del broncoaspirado y cepillado, así como las biopsias, no fueron diagnósticas decidiéndose practicar broncoscopia rígida y extirpación endoscópica del tumor al ser considerado el paciente de alto riesgo quirúrgico. El diagnóstico histológico de la pieza reseca fue de lipoma. El enfermo evolucionó favorablemente y fue dado de alta.

Caso n.º 2: Varón de 64 años, fumador importante, que acude a Urgencias por dolor en segundo arco costal anterior izquierdo. La radiología de tórax mostraba un aumento de densi-

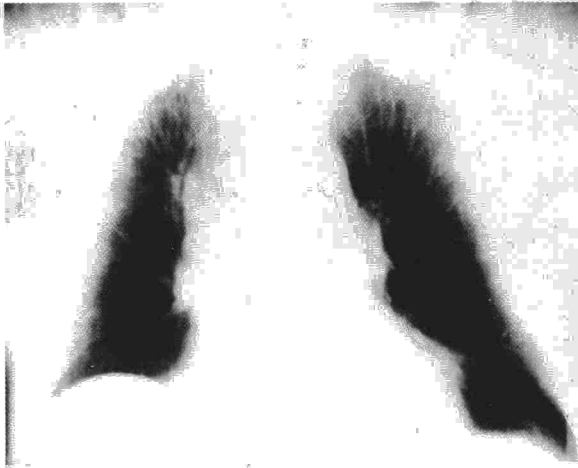
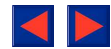


Fig. 1. Corte tomográfico correspondiente al caso n.º 1. Opacidad parahiliar derecha y pérdida de volumen del LSD con neumonitis distal.



Fig. 2. Aspecto endoscópico de un lipoma.

dad de bordes no nítidos en el segmento ápico posterior del lóbulo superior izquierdo (LSI) y un patrón destructivo con engrosamiento pleural en el LSD. Se practicó una FB objetivándose en la pared lateral del bronquio segmentario anterior del LSD una masa redondeada, blanco-rosácea, de superficie lisa, pediculada, que ocupaba prácticamente toda la luz bronquial. En el árbol bronquial izquierdo había una estenosis completa con gran rigidez mucosa en el bronquio ápico posterior del LSI y sus ramas. Se tomaron biopsias a ambos niveles siendo los diagnósticos anatomopatológicos de lipoma y carcinoma epidermoide poco diferenciado respectivamente. El lipoma se resecó completamente tras seccionar su pedículo en una segunda FB. Se realizó lobectomía superior izquierda y el enfermo fue dado de alta.

Caso n.º 3: Varón de 55 años, fumador de 20 cig/día, que ingresa en el hospital por fiebre de tres semanas de evolución, pérdida de peso y dolor abdominal difuso. La auscultación pulmonar era normal. En la placa de tórax y tomografías existía un patrón alveolar con pérdida de volumen y atelectasias laminares

en el lóbulo inferior derecho (LID). Se realizó una FB objetivándose en el segmento medial del lóbulo medio una pequeña formación tumoral exofítica, amarillenta, de superficie lisa y poco sangrante al biopsiarla, que no ocluía por completo la luz bronquial. Los fragmentos remitidos para estudio histológico fueron informados como pertenecientes a un lipoma. El diagnóstico clínico fue de neumonía de LID resuelta con tratamiento antibiótico. El paciente rechazó la propuesta de una nueva exploración endoscópica para exéresis del tumor.

Caso n.º 4: Varón de 64 años, fumador de 15 cig/día, con historia de bronquitis crónica y cólicos nefríticos de repetición que acudió al hospital por dolor en el primer dedo del pie izquierdo. Era un paciente obeso con sibilancias espiratorias en base de hemitórax derecho y signos inflamatorios en el primer dedo del pie izquierdo. En la analítica destacaba una hiperuricemia y en el estudio radiológico, además de una lesión lítica en el primer metatarsiano izquierdo, se descubrió un nódulo pulmonar solitario localizado en el segmento posterobasal del LID. La FB demostró la presencia de una tumoración sesil blanco-rosácea, de superficie lisa que se movía con la respiración obstruyendo la embocadura del segmento posterobasal derecho. La citología de esputo, broncoaspirado y cepillado, así como la biopsia del tumor, no fueron diagnósticas. Se decidió practicar toracotomía encontrándose el LID con signos de condensación y abscesificación. En la broncotomía del bronquio del LID se encontró una formación mamelonada que se continuaba con el espacio peribronquial sin límite aparente. La biopsia intraoperatoria y la pieza de lobectomía se informaron como lipoma bronquial e intensa inflamación y abscesificación del parénquima pulmonar. La evolución tras la cirugía fue satisfactoria.

En la tabla I se recogen los datos clínicos, diagnósticos y de tratamiento de los cuatro pacientes.

Comentarios

Los lipomas bronquiales constituyen cerca del 0,1 % de todos los tumores pulmonares y alrededor del 13 % de los benignos⁴. La incidencia es mucho mayor en varones¹⁻⁶, realizándose el diagnóstico entre la 5.ª y 6.ª década de la vida^{1,4,7}, aunque el rango de edades es muy amplio. Se desarrollan a partir de las células grasas existentes siempre en el tejido peribronquial, y en ocasiones en la submucosa, de los grandes bronquios, lo que hace de éstos su localización más frecuente^{1,3-6}.

Existe un predominio por el bronquio principal izquierdo, seguido del bronquio del LSD¹; en nuestros cuatro casos los tumores asentaban en el árbol bronquial derecho (tabla I). Todos nuestros pacientes eran fumadores y dos de ellos obesos; al igual que ocurre con los lipomas de otras localizaciones, la obesidad podría estar relacionada con la formación de estos tumores a nivel endobronquial⁴, no habiéndose demostrado hasta el momento ninguna relación entre la aparición de estas neoplasias y el hábito tabáquico⁸.

La mayoría de los pacientes tienen inicialmente tos; otros síntomas descritos son la expectoración, dolor torácico y fiebre; sólo ocasionalmente presentan hemoptisis, que suele estar relacionada con el proceso broncopulmonar distal al tumor^{1,4,5}. Si la neoformación produce obstrucción importante de una vía aérea proximal puede aparecer disnea intensa⁹. Las infecciones de repetición, etiquetadas o no de neumonías, son los cuadros clínicos más



TABLA I

Síntesis de datos clínicos, diagnósticos y de tratamiento en 4 casos de lipoma endobronquial

	Caso n.º 1	Caso n.º 2	Caso n.º 3	Caso n.º 4
Edad	65	64	55	64
Sexo	V	V	V	V
Localización	BLSD	Segmento anterior BLSD	Segmento medial BLM	Segmento posterobas. BLID
Fumador	Sí	Sí	Sí	Sí
Obesidad	Sí	No	No	Sí
Cuadro clínico atribuible al lipoma	Neumonía	Asintomático	Asintomático	Asintomático
Diagnóstico	Pieza de broncoscopia rígida	FB y biopsia bronquial	FB y biopsia bronquial	Toracotomía
Tratamiento	Resección broncoscopia rígida	Resección fibrobroncoscopia		Lobectomía

BLSD: Bronquio lobar superior derecho. BLM: Bronquio lobar medio. BLID: Bronquio lobar inferior derecho.

comunes^{7,10}; los pacientes asintomáticos son raros¹ aunque ésta fue la forma de presentación en tres de nuestros casos en los que el lipoma fue un hallazgo endoscópico casual al realizar una FB indicada por otra patología o por hallazgos radiológicos fortuitos sin repercusión clínica (tabla I). Además se ha descrito recientemente como dato excepcional la ausencia completa de perfusión en un pulmón secundaria a un lipoma².

No hay signos radiológicos específicos si bien, en una de las publicaciones revisadas, se hace hincapié en la capacidad diagnóstica de la tomografía computarizada³.

La FB es el método diagnóstico de elección^{1,5,7}, a pesar de que la imagen endoscópica no es específica (fig. 2): el color es muy variable, puede ser uni o multilobulado y la superficie es, en general, lisa y sin ulceraciones. Aunque estas características le dan aspecto de benignidad, en ocasiones, la visión directa hace sospechar malignidad, como ocurrió en el primero de nuestros casos, a lo que habría que añadir las atipias celulares asociadas, a veces, a la inflamación crónica^{1,3}. No obstante, el diagnóstico diferencial debe hacerse en especial con el adenoma, del que broncoscópicamente se puede diferenciar por su gran elasticidad en las tomas biopsias y escasa friabilidad^{1,4}. Pese a que la sospecha de adenoma podría contraindicar la toma de biopsia por el riesgo de sangrado, nosotros pensamos, al igual que otros^{11,12}, que éste no suele ser importante y que toda tumoración bronquial visible debe ser biopsiada. La presencia de una cápsula constituida por mucosa respiratoria normal disminuye la rentabilidad diagnóstica de las piezas obtenidas por broncoscopia si la profundidad de la toma no es suficiente^{1,3,5}.

Las biopsias obtenidas con el fibrobroncoscopio fueron suficientes para el diagnóstico en dos de nuestros pacientes, siendo necesario en los otros dos las exéresis completa por vía endoscópica y toracotomía respectivamente.

En cuanto al tratamiento, como otros autores¹³,

pensamos que debe intentarse la resección endoscópica del tumor siempre que exista un diagnóstico histológico de certeza y sea técnicamente posible. La toracotomía debe reservarse para los pacientes sin diagnóstico y para aquellos casos en los que exista la absoluta seguridad de que las lesiones paraneumáticas distales son irreversibles (tabla I).

BIBLIOGRAFIA

1. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, DeCock D, 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; 77:550-556.
2. Giudice JC, Gordon R, Komansky HJ. Endobronchial lipoma causing unilateral absence of pulmonary perfusion. *Chest* 1980; 77:104-105.
3. Mendelsohn SL, Fagelman D, Zwanger-Mendelsohn S. Endobronchial lipoma demonstrated by CT. *Radiology* 1983; 148:790.
4. Schraufnagel DE, Morin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. *Chest* 1979; 75:97-99.
5. León C, Estrada G, Alvarez S, Puzo C, Bordes R, Cornudella R. Lipoma endobronquial. *Arch Bronconeumol* 1983; 19:217-219.
6. Plachta A, Hershey H. Lipoma of the lung: Review of the literature and report of a case. *Am Rev Respir Dis* 1962; 86:912-916.
7. 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.
8. Cockcroft DW, Copland GM, Donevan RE, Gourlay RH. Endobronchial lipoma: Two cases and review of the literature. *Can Med Assoc J* 1976; 115:326-328.
9. MacArthur CGC, Cheung DLC, Spiro SG. Endobronchial lipoma: A review with four cases. *Br J Dis Chest* 1977; 71:93-100.
10. Ovil Y, Schachner A, Schujman E, Spitzer SA, Levy MJ. Benign endobronchial lipoma masquerading as recurrent pneumonia. *Eur J Respir Dis* 1982; 63:481-483.
11. Lawson RM, Ramanathan L, Hurley G. Bronchial adenoma: Review of an 18-year experience at the Brompton Hospital. *Thorax* 1976; 31:245-253.
12. Suratt PM, Smiddy JF, Gruber B. Deaths and complications associated with fiberoptic bronchoscopy. *Chest* 1976; 69:747-751.
13. Spinelli P, Pizzetti P, Lo Gullo C, Rocca F, Gobbi A, Ravasi G. Resection of obstructive bronchial fibrolipoma through the flexible fiberoptic bronchoscope. *Endoscopy* 1982; 14:61-63.