



Imagen Clínica

Exéresis mediante crioterapia y broncoscopia flexible de lipoma endobronquial

Endobronchial lipoma Excision By Cryotherapy And Flexible Bronchoscopy

Sofía Jaurrieta Largo^{a,*}, Blanca de Vega Sánchez^a y Carlos Disdier Vicente^{a,b}

^a Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Centro de Investigación en Red Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España

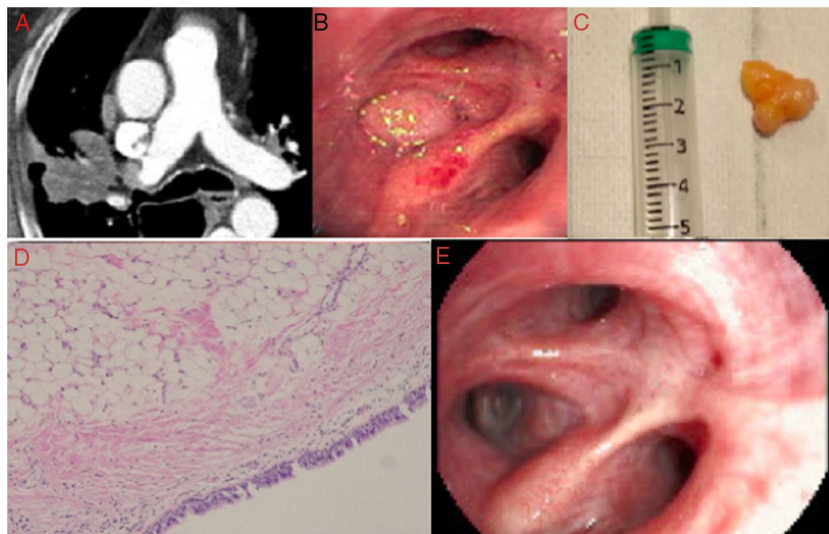


Figura 1. A) Lesión de densidad grasa en la TAC de tórax en el bronquio segmentario anterior del lóbulo superior derecho. B) Exploración con FBC flexible observando la lesión que ocupa entrada a segmentario anterior del lóbulo superior derecho. C) Imagen de la lesión tras su exéresis. D) Imagen histológica de la lesión ($\times 10$). E) Imagen de recanalización del bronquio segmentario anterior del lóbulo superior derecho tras el tratamiento.

Presentamos el caso de un varón de 69 años con el antecedente de un infiltrado alveolar en el lóbulo superior derecho, sin resolución radiológica, a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico empírico. La tomografía axial computarizada (TAC) demostró una lesión de densidad grasa (-100 UH) localizada en el bronquio segmentario anterior (correspondiente con B3) con extensión a los bronquios subsegmentarios B3A y B3B (fig. 1 A). La lesión fue confirmada posteriormente con broncoscopia flexible (fig. 1 B). Se procedió, bajo uso de anestesia general y mascarilla laríngea, a la exéresis completa de la lesión mediante broncoscopio flexible Pentax Medical EB19-J10[®] y sonda de crioterapia ERBE[®] (diámetro de 2,4 mm), sin complicaciones durante el procedimiento.

La anatomía patológica caracterizó la lesión como un lipoma endobronquial, una entidad benigna infrecuente (incidencia del

0,5%)¹, con una clínica insidiosa (hemoptisis, disnea, tos, etc.) o silente (fig. 1 C y D) en la mayoría de los casos. Actualmente, el tratamiento quirúrgico ha sido relegado a un segundo plano como consecuencia del auge de la endoscopia respiratoria, dado su menor carácter invasivo y las escasas complicaciones².

Agradecimientos

A Henar Borrego Pintado del Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Bibliografía

1. Pollefliet C, Peters K, Janssens A, Luijckx A, van Bouwel E, van Marck E, et al. Endobronchial lipomas: Rare benign lung tumors, two case reports. *J Thorac Oncol.* 2009;4:658–60.
2. Sacristán Bou L, Fernández Robledo E, Peña Blas F. Endobronchial lipoma: An unusual cause of bronchial obstruction [Article in English, Spanish]. *Arch Bronconeumol.* 2014;50:78–9.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sofiajlargo@gmail.com (S. Jaurrieta Largo).