

Lipoma endobronquial: Diagnóstico mediante TC

J.M. Castro Pérez, E. Rodríguez García, M.L. Comesaña Castro, I. Otero González
Servicio de Radiología y Neumología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña

Los lipomas endobronquiales son neoplasias benignas, habitualmente diagnosticadas tras la resección quirúrgica o broncoscópica. El TC puede ser muy útil en determinar la naturaleza de una lesión endobronquial, y en el caso del lipoma, demostrar su naturaleza grasa evitando una cirugía innecesaria en muchos casos.

Palabras clave: Lipoma. Neoplasias pulmonares, Diagnóstico con TC.

Gacía Clín. 1990; 62(2): 32-33.

INTRODUCCION

Los lipomas son las neoplasias benignas más frecuentes del organismo. Paradójicamente su afectación en el interior de la caja torácica es inusual.

Los casos publicados en la literatura médica de lipomas intrabronquiales son escasos. El primero fue descrito en 1854 por Rokitanski (1). La importancia de su diagnóstico reside en el hecho de que pueden simular neoplasias malignas, pudiendo así mismo desencadenar un daño pulmonar irreversible.

Los síntomas y signos van a depender de su localización y tamaño, siendo secundarios a la obstrucción que produzcan en la luz bronquial. Presentamos un caso de lipoma endobronquial, destacando la importancia del diagnóstico por TC.

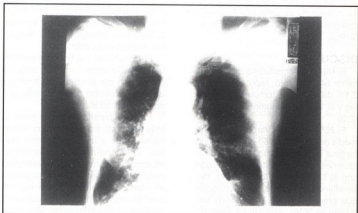
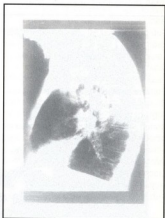


Figura 1a y b: la radiografía de tórax muestra una pérdida de volumen fundamentalmente del lóbulo medio e imágenes sugestivas de bronquiectasias quísticas de dicho lóbulo y en lóbulo inferior derecho.

OBSERVACION CLINICA

Varón de 71 años de edad, fumador importante, con una historia de broncopatía crónica obstructiva y hemoptisis recurrente de 2 años de evolución. Su radiografía de tórax mostraba atelectasia del lóbulo medio, con imágenes subyacentes de bronquiectasias, (figura 1). Tras el último episodio de hemoptisis, se realiza un TC torácico, apreciándose una masa ocupando la luz del bronquio principal derecho, que se extiende hasta el intermediario y divisiones de la pirámide basal del lóbulo inferior derecho. Dicha tumoración presentaba un valor tomodensitométrico de -75 UH en todos los cortes, sugiriendo que se trataba de una formación grasa. Subyacente al tumor aparecen típicas imágenes de bronquiectasias quísticas (figura 2).



Correspondencia:

J.M. Castro Pérez

Servicio de Radiología. Hospital Juan Canalejo
Xubias de Arriba, 84. 15006 La Coruña

La broncofibroscopia pone de manifiesto un tumor polipóide en el bronquio principal derecho a 2 cm de la carina, produciendo una obstrucción subtotal, aspirándose por reflujo secreciones distales muy purulantes. El aspecto del tumor era nacarado, poco vascularizado y sangrante, con una cápsula muy dura, motivo por el cual la toma de biopsia en diversos intentos fue infructuosa.

Se hace resección endoscópica con Yag-laser, liberando de tumor a todo el bronquio principal e intermedio, excepto el bronquio del lóbulo medio, donde se aprecia tejido adiposo maduro, salpicado de pequeños vasos capilares, con infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares y metaplasia escamosa del epitelio de superficie.

DISCUSION

El lipoma endobronquial es un tumor benigno raro, representando el 0,1% de todos los tumores pulmonares y el 13% de los tumores benignos. (2,3).

El 85% afectan a varones, con una media de edad entre 50-60 años y una historia de tabaquismo. Las manifestaciones clínicas están en relación con el tamaño y la localización, dependiendo del grado de obstrucción que produzcan. El síntoma más frecuente es la tos, seguido de expectoración productiva, dolor torácico y episodios febriles recurrentes. (1,2,3,4). En contraste con los adenomas bronquiales que son altamente

vascularizados, los lipomas tienden a producir hemoptisis en un estadio final, al ser relativamente avasculares, siendo esta hemoptisis probablemente secundaria a la infección distal a la obstrucción.

Los lipomas se originan del tejido adiposo presente en condiciones normales en la submucosa de los bronquios principales, rodeando a las glándulas, vasos y cartilagos (5,6). Esto justifica su localización central, siendo raros periféricamente, al disminuir progresivamente el tejido adiposo de la pared bronquial con cada bifurcación. Los lóbulos superiores derecho e izquierdo se afectan con mayor frecuencia que los inferiores; en esto, la lesión es semejante a las neoplasias malignas del pulmón (7).

El tamaño de los lipomas normalmente varía entre 1 y 3 cm, estando en relación con el calibre del bronquio de origen, siendo habitualmente pedunculados. (5,8).

En la radiografía simple de tórax, lo más frecuente es observar los signos secundarios a una obstrucción central, como neumonitis obstructiva, atelectasia, hipoventilación, enfisema obstructivo o secuelas de procesos infecciosos repetitivos como son las bronquiectasias; también se puede visualizar un agrandamiento hilar unilateral, por ser un tumor de localización central (2,3,4,7,8).

Antes del uso generalizado del TC se llegaba al diagnóstico del lipoma

endobronquial, mediante la broncoscopia y toma de biopsia, siendo a veces necesario el efectuar neumonectomía o lobectomía diagnóstica o dirigidas por una biopsia que mostraba atipias celulares que orienta falsamente hacia malignidad.

Steven L. en 1983, describe el primer caso de lipoma endobronquial demostrado por TC (8). Los hallazgos son muy característicos, al demostrar valores tomodensitométricos que sugieren una formación grasa, como en nuestro caso, (-75 UH). El TC ayuda a precisar el origen exacto de la lesión en un bronquio principal, demostrar las posibles secuelas secundarias a la obstrucción y precisar la naturaleza grasa de la tumoración.

BIBLIOGRAFIA

- Charlin Jense M; Petersen AH. Bronchial Lipoma. *Scand J Thor Cardiovasc Surg* 1970; 4:131-134
- Schraufnagel DE, Morin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. *Chest* 1979; 75:97-99
- Fraser R, Paré JR, Frase RS, Generux G. Diagnosis of diseases of the chest. 3ª ed. Saunders, 1989: 1596-1598
- Plachta A, Hersey H. Lipoma of the Lung. Review of the literature and report of a case. *Am Rev Resp* 1962; 86:912-916
- Politis J, Funahashi A, Gehlsen VA. Intra-thoracic lipomas. Report of three cases and review of the literature with emphasis on endobronchial lipoma. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 1979; 77:550-556
- Ochsner S, LeJeune FE, Ochsner A. Lipoma of the bronchus. Report of a case. *J.Thoracic Surg* 1957; 33:371-378
- Giudice JC, Gordon R, Komasky HJ. Endobronchial lipoma causing unilateral absence of pulmonary perfusion. *Chest* 1980; 77:104-105
- Mendelson SL, Fagelman D, Susan Zwanger-Mendelson S. Endobronchial lipoma demonstrated by CT. *RAdiology* 1983; 148:790

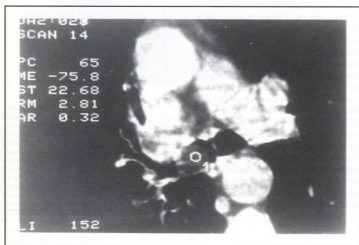


Figura 2. Un corte de TC a nivel de la carina demuestra una masa en la luz del bronquio principal derecho, con un valor tomodensitométrico de -75 UH, indicativo de contenido graso.