

Descripción de pacientes que por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores. www.siicsalud.com/tit/casiic.php

Lipoma endobronquial como causa de obstrucción bronquial y atelectasia. Informe de un caso

Endobronchial lipoma as a cause of bronchial obstruction and atelectasis: a case study

Verónica Yanina Presas

Médica especialista en Anatomía Patológica, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, El Palomar, Argentina

María Soledad Cuello

Médica especialista en Anatomía Patológica, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, El Palomar, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida <i>(Quick Response Code, QR)</i>
	 + Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de las autoras.
www.siicsalud.com/dato/casiic.php/147530	

■ Introducción

El lipoma endobronquial es un tumor benigno poco frecuente que representa entre el 0.1% y 0.5% de todos los tumores pulmonares y entre el 3.2% y 9.5% de los tumores benignos endobronquiales. Afecta principalmente a varones de mediana edad, con predominio del lado derecho. El tabaquismo y la obesidad han sido informados como factores de riesgo.

El lipoma endobronquial es un tumor mesenquimal que tiene origen en los adipocitos del tejido submucoso y peribronquial, y se localiza en las tres primeras divisiones del árbol traqueobronquial. Estos tumores se caracterizan por la ausencia de hemoptisis, y su lento crecimiento dentro de la luz bronquial provoca obstrucción grave. Los síntomas clínicos dependen del grado de obstrucción y de las consecuencias morfofuncionales del parénquima distal. Por este motivo, el diagnóstico temprano y la resección oportuna de la lesión son esenciales.

■ Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 66 años, que concurre a nuestra institución con atelectasia del lóbulo inferior izquierdo, secundaria a lesión obstructiva endobronquial; en otra institución se le habían realizado dos biopsias endoscópicas previas, con resultado negativo para neoplasia. En el Servicio de Neumonología se le realiza broncoscopia rígida, la cual muestra una lesión tumoral que obstruye el 100% de la luz al ingreso del lóbulo inferior (bronquio lobular inferior izquierdo). Se procede a la resección endoscópica de la lesión. Durante el procedimiento se constata un mínimo sangrado con buena hemostasia y se aspiran abundantes secreciones purulentas retenidas. Se remite el material resecado (dos fragmentos de tejido amarillo rosado, el mayor de 1.5 x 1 cm, y el menor, de 1 x 1 cm), su impronta citológica y lavado bronquial. Tanto en el lavado como en la impronta no se detectan signos neoplásicos malignos. En la biopsia se observa una proliferación benigna constituida por lóbulos de tejido adiposo maduro sin atipia citológica, de aspecto polipoide,

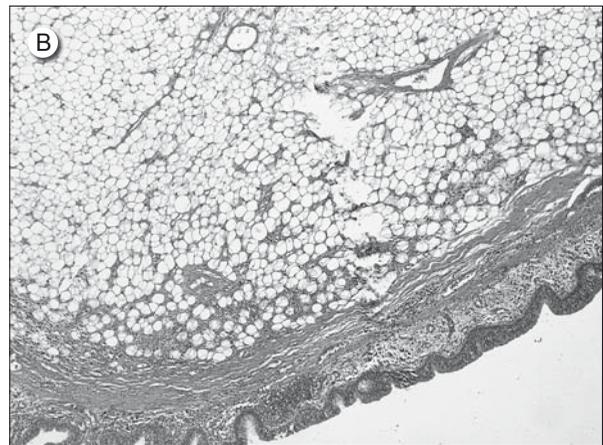
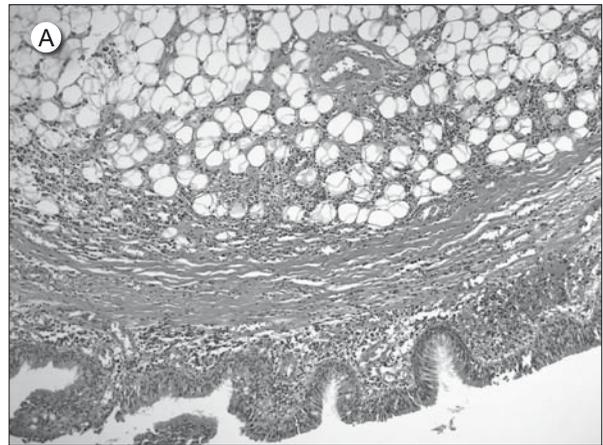


Figura 1 A y B. En la biopsia se observa una proliferación benigna, constituida por lóbulos de tejido adiposo maduro, sin atipia citológica, de aspecto polipoide, que engloba estructuras glandulares, revestido por epitelio de tipo respiratorio.

que engloba estructuras glandulares, revestido por epitelio de tipo respiratorio (Figuras 1A y 1B). Con estos hallazgos se arriba al diagnóstico de lipoma endobronquial.

■ Discusión

Los tumores benignos del árbol traqueobronquial son entidades poco frecuentes, y el lipoma endobronquial es aun más infrecuente entre éstos. Predomina en los varones, en la quinta y la sexta década de vida. Los casos descritos en la literatura refieren un fuerte predominio por el pulmón derecho. El tabaquismo y la obesidad han sido informados como factores de riesgo. La sintomatología depende del grado de

obstrucción de la vía aérea. Los síntomas clínicos más frecuentes incluyen tos seca persistente, dolor torácico, sibilancias, disnea y neumonías recurrentes. La hemoptisis es poco común pero puede presentarse. La clínica, por sí sola, no permite diferenciar el lipoma endobronquial de otras neoplasias. Incluso el cuadro clínico podría ser interpretado como asma bronquial o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El 80% de los pacientes presentan anomalías en la radiografía de tórax, que son indistinguibles de otros procesos patológicos.

La principal utilidad de la tomografía computarizada radica en el reconocimiento de lesiones constituidas por grasa homogénea no vascularizada que no invade ni destruye tejido adyacente, sumado a la localización característica, que permite descartar el diagnóstico de tumores malignos. En la tomografía computarizada, el hallazgo de una masa de tejido blando con bajos valores de atenuación y que no capta contraste se considera diagnóstico. Dichas características imagenológicas obligan a plantear el diagnóstico diferencial con otras neoplasias benignas endobronquiales como el hamartoma lipomatoso. En el estudio broncoscópico se observa como una lesión de apariencia blanda, pediculada o sésil que protruye hacia la luz, generalmente cubierta por una mucosa íntegra; la ausencia de sangrado durante el procedimiento aleja el diagnóstico de tumores más vascularizados como el tumor carcinoide. El estudio citológico de la punción transbronquial no suele ser diagnóstico, debido a la escasa descamación y adherencia al portaobjeto.

Macroscópicamente, el lipoma endobronquial se manifiesta como una lesión ovalada, pediculada o sésil, amarillo-grisá-

cea, de crecimiento endobronquial, que puede estar adherido a la pared bronquial. El tamaño varía entre 1 y 4 cm de diámetro. El límite entre el tumor y la pared bronquial es a menudo poco definido. La superficie del corte es gris o amarillenta. Puede presentar bronquiectasias, abscesos y signos de bronconeumonía en el parénquima distal a la obstrucción. Histológicamente, está compuesto por adipocitos maduros, sin atipia citológica, dispuestos en lóbulos, acompañado en ocasiones de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. La lesión se halla revestida por epitelio de tipo respiratorio o escamoso metaplásico.

Debido a su naturaleza benigna, el tratamiento de este tumor debería ser conservador. El tratamiento de elección de los lipomas endobronquiales es la resección endoscópica con conservación del parénquima pulmonar adyacente, excepto que se observe extensión extrabronquial o que los cambios en el parénquima pulmonar sean irreversibles.

Presentamos una paciente de sexo femenino con un cuadro de obstrucción endobronquial en el pulmón izquierdo, cuya lesión se interpreta, endoscópicamente, como un tumor carcinoide. Luego de dos estudios citológicos previos con resultado negativo para lesión neoplásica, se decide la resección endoscópica del tumor, con diagnóstico definitivo por estudio histopatológico de lipoma endobronquial.

Queremos destacar la importancia de plantear el lipoma como diagnóstico diferencial de otros tumores endoluminales bronquiales; el tratamiento de elección es la resección endoscópica temprana, para evitar lesiones irreversibles del parénquima pulmonar adyacente.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siic.salud.com

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía recomendada

Basoglu A, Celik B, Akdag AO, Sengul AT. Endobronchial lipoma: a rare cause of bronchial occlusion. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery* 3:263-264, 2004.

Farzan I, Bijender K, Prashanth R, Rawan NC, Rahil K, James T. An endobronchial lipoma mimicking asthma and malignancy. *Primary Care Respiratory Journal* 19(3):281-283, 2010.

Muraoka M, Oka T, Akamine S, Nagayasu T, Iseki M, Suyama N,

et al. Endobronchial lipoma. Review of 64 cases reported in Japan. *Chest* 123:293-6, 2003.

Schraufnagel DE, Morin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. *Chest* 75:97-9, 1979.

Triviño A, Mora Cabezas M, Vallejo Benítez A, García Escudero A, González Cámpora R. Lipoma endobronquial: una causa poco frecuente de obstrucción bronquial. *Archivos de Bronconeumología* 49(11):494-496, 2013.

Información relevante

Lipoma endobronquial como causa de obstrucción bronquial y atelectasia. Informe de un caso

Respecto a la autora

Verónica Yanina Presas. Médica (1998-2005), Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Jefatura de residencia de Anatomía Patológica (2011-2012); Médica de planta del servicio de anatomía (2013 – actualidad) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, El Palomar, Argentina. *Fellow* en patología quirúrgica, Hospital Alemán, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.



Respecto al artículo

El objetivo de nuestro trabajo es presentar un caso de lipoma endobronquial, tumor poco frecuente y de comportamiento benigno, de fácil diagnóstico histológico, pero que puede comprometer la permeabilidad de la vía aérea, ya que puede provocar daños irreversibles del parénquima pulmonar.

La autora pregunta

El lipoma endobronquial es una afección poco frecuente, de naturaleza benigna, que puede causar daños irreversibles en el parénquima pulmonar si no es diagnosticada de manera temprana. Se observa principalmente en personas de sexo masculino, de mediana edad, con predilección por el lado derecho pulmonar y, dada su inespecificidad en los síntomas, suele ser un diagnóstico pasado por alto.

El estudio histopatológico del lipoma endobronquial revela:

- A**) Proliferación de tejido adiposo inmaduro.
- B**) Proliferación de tejido adiposo, cartilago y componente epitelial.
- C**) Proliferación de tejido adiposo maduro sin atipia citológica.
- D**) Proliferación epitelial atípica.
- E**) Proliferación neoplásica maligna de estirpe mesenquimática.

Corrobore su respuesta: www.sicsalud.com/dato/evaluaciones.php/147530

Palabras clave

lipoma, endobronquial, atelectasia

Key words

lipoma, endobronchial, atelectasis

Cómo citar

Presas VY, Cuello MS. Lipoma endobronquial como causa de obstrucción bronquial y atelectasia. Informe de un caso. *Salud i Ciencia* 21(7):761-3, Dic 2015.

How to cite

Presas VY, Cuello MS. Endobronchial lipoma as a cause of bronchial obstruction and atelectasis: a case study. *Salud i Ciencia* 21(7):761-3, Dic 2015.

Orientación

Diagnóstico

Conexiones temáticas

Anatomía Patológica, Cardiología, Diagnóstico por Imágenes, Neumonología, Oncología.