



CASO CLÍNICO

Diagnóstico en tomografía computarizada de tumores endobronquiales de estirpe lipomatosa



Diego Palominos Pose^{a,*}, Patricio Luburich Hernáiz^a,
Rosa María Penín Mosquera^b, Roberto Correa Soto^a
y Jacqueline Quispe Bravo^a

^a Radiología, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 27 de febrero de 2016; aceptado el 29 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 4 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Bronquio;
Tumores bronquiales;
Lipoma;
Hamartoma;
Tomografía
computarizada

KEYWORDS

Bronchus;
Bronchial tumors;
Lipoma;
Hamartoma;
Computed
tomography

Resumen Describimos 2 casos de tumores lipomatosos endobronquiales diagnosticados mediante TC. El primer caso mostró un nódulo homogéneo de densidad grasa de 11 mm localizado en el bronquio intermediario derecho, que correspondió a un lipoma. El segundo paciente se sometió a una TC por la sospecha de lesión endobronquial luego que cursara con 2 episodios de neumonías localizadas en el lóbulo inferior izquierdo. En esta se demostró un nódulo de predominio graso con pequeñas áreas de densidad de partes blandas en el bronquio inferior izquierdo. El estudio patológico confirmó que se trataba de un hamartoma lipomatoso con áreas de cartílago maduro.

© 2016 SOCHRADI. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Computed tomography diagnosis of lipomatous endobronchial tumors lineage

Abstract We describe two cases of lipomatous endobronchial tumors diagnosed by CT. The first case showed a homogeneous fat density endobronchial nodule in the right intermediate bronchus compatible with lipoma. The second patient underwent a CT under the suspicion of an endobronchial lesion after two episodes of pneumonia localized in left lower lobe. The TC demonstrated a fat predominant nodule in the left lower lobe bronchus. The anatomopathologic study confirmed a lipomatous hamartoma with areas of mature cartilage.

© 2016 SOCHRADI. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diegopalominos@gmail.com (D. Palominos Pose).

Casos

Presentamos a 2 hombres de 63 y 67 años. El primero es un paciente con antecedentes de hipertensión arterial, al cual por control laboral se le realizó una espirometría que mostró un patrón restrictivo. En la radiografía de tórax se observó un dudoso patrón intersticial, por lo que se complementó con una tomografía computarizada (TC) de tórax. En esta se demostró un nódulo endobronquial homogéneo de densidad grasa (-90UH) de 11mm de diámetro en el bronquio intermediario derecho, compatible con lipoma como primera posibilidad diagnóstica (fig. 1a,b). La fibrobroncoscopia confirmó lesión pediculada, endobronquial, móvil en la pared anterior del bronquio intermediario, situándose en frente de la entrada del LSD y obstruyendo el 80% de la luz endobronquial (fig. 2). Se obtuvieron muestras que revelaron tejido adiposo maduro. Finalmente se realizó



Figura 1 Lipoma endobronquial que se manifestó como una masa de atenuación grasa. Imagen axial donde se visualiza el lipoma a nivel del bronquio intermediario. Reconstrucción coronal en ventana de pulmón.

fibrobroncoscopia rígida con fotocoagulación y resección mecánica de la lesión, la cual fue enviada a anatomía patológica, que confirmó el diagnóstico.

El segundo caso se trata de paciente fumador de 67 años que consulta por fiebre y tos. La radiografía de tórax demostró una opacidad a nivel del lóbulo inferior izquierdo sugerente de neumonía. Doce meses antes había consultado por una neumonía en la misma localización, por lo que se complementa con TC de tórax para descartar neoplasia.

El estudio mostró un nódulo endobronquial de 10mm localizado en el origen del bronquio posterobasal del lóbulo inferior izquierdo, el cual lo obstruía por completo (figs. 3 y 4), provocando condensación atelectásica del parénquima pulmonar segmentario distal (fig. 5). Dicho nódulo era predominantemente de densidad grasa, con pequeñas áreas periféricas de densidad de partes blandas. Se plantea el diagnóstico de hamartoma lipomatoso. La fibrobroncoscopia flexible visualizó una lesión redondeada de apariencia benigna dentro del bronquio posterobasal del LII con obstrucción completa del mismo (fig. 6). Se obtuvieron muestras, las cuales se enviaron a anatomía patológica, objetivando la presencia de células adiposas maduras y vasos en su interior. Finalmente se realizó broncoscopia rígida con fotocoagulación y extirpación del nódulo con pinzas flexibles. La muestra fue enviada a anatomía patológica, que confirmó el diagnóstico de hamartoma lipomatoso (fig. 7).

Discusión

Los tumores de estirpe lipomatosa son raros en los pulmones (el 0,1% de los tumores pulmonares benignos)¹. Los lipomas intratorácicos se dividen en 5 grupos: endobronquiales, parenquimatosos, pleurales, mediastínicos y cardíacos. Los lipomas traqueobronquiales se originan de la

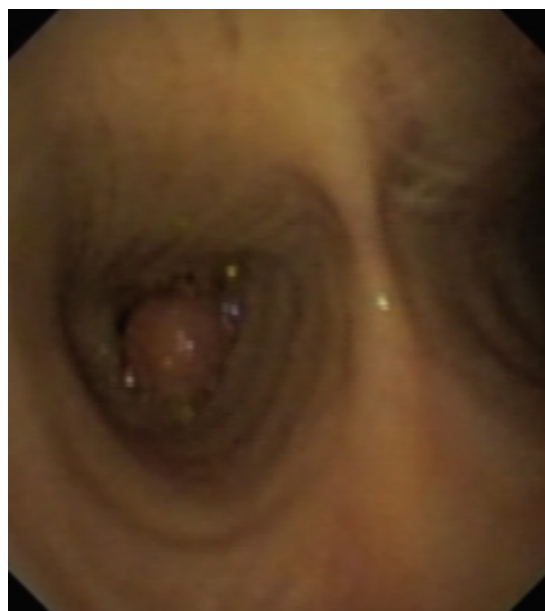


Figura 2 Imágenes de fibrobroncoscopia donde se visualiza lesión pediculada bamboleante situada en pared anterolateral de bronquio intermediario, frente a la entrada de LSD, que obstruye el 80% de la luz bronquial.

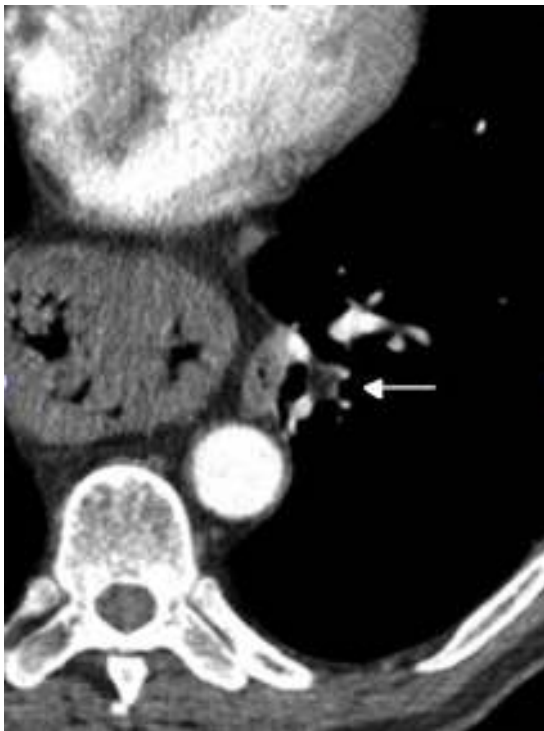


Figura 3 TC en ventana de partes blandas. Hamartoma endobronquial de 10mm localizado en el principio del bronquio posterobasal del lóbulo inferior izquierdo (flecha). Gran hernia hiatal.

grasa submucosa del árbol traqueobronquial y usualmente son pedunculados con un angosto tallo. En una revisión de 64 casos de lipoma endobronquial, la mayoría se localizaban en las primeras 3 divisiones del árbol bronquial, predominantemente en el lado derecho². Los pacientes con lipomas traqueobronquiales son generalmente de edad media y existe un claro predominio en hombres (aproximadamente el 90%). El tabaquismo y la obesidad son factores de riesgo asociados al lipoma endobronquial³. El lipoma,



Figura 4 Reconstrucción oblicua. Ventana de partes blandas donde se observa la lesión endobronquial de predominio graso.

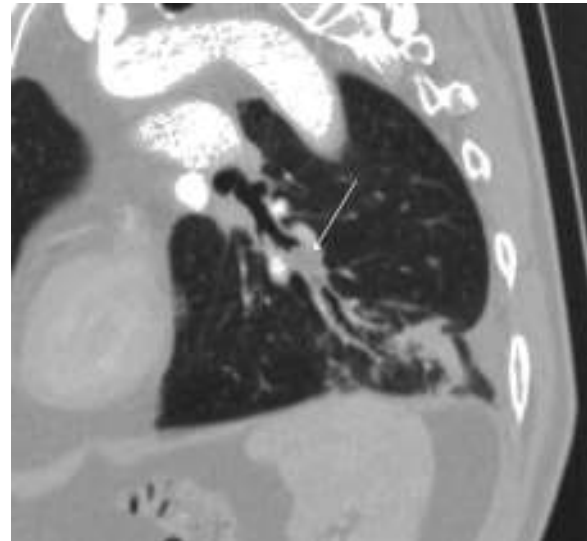


Figura 5 Reconstrucción oblicua en ventana de pulmón donde se observa el hamartoma lipomatoso, la dilatación bronquial secundaria a este y la neumonía segmentaria obstructiva.

como otros tumores endobronquiales, produce síntomas y signos de obstrucción, incluyendo tos productiva, hemoptisis, sibilancias, neumonías recurrentes y bronquiectasias¹. Dado que el lipoma es avascular, la hemoptisis es poco frecuente y, cuando se presenta, es el resultado de la infección postobstructiva⁴. Los hallazgos de la radiografía de tórax en los casos de lipoma típicamente se relacionan con la obstrucción¹. La broncoscopia a menudo no provee la suficiente información para el diagnóstico debido a la cápsula fibrosa que rodea la lesión. Los hallazgos de la broncoscopia también pueden desviar del diagnóstico debido a la detección simultánea de células atípicas relacionadas con la irritación crónica e infección, hallazgos que pueden llevar al diagnóstico erróneo de cáncer broncogénico⁵.



Figura 6 Imagen de fibrobroncoscopia donde se observa el hamartoma.

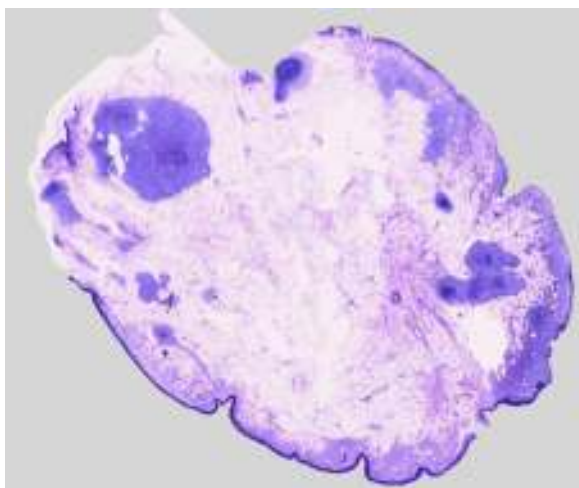


Figura 7 Microfotografía de la lesión. Tumoración benigna de predominio lipomatoso con áreas focales periféricas de cartílago maduro.

La TC es altamente específica y sensible en la detección de grasa, y su hallazgo orienta al diagnóstico de lipoma traqueobronquial, demostrando una lesión redondeada, homogénea y pediculada de atenuación grasa (aproximadamente de -100 UH) y sin captación de contraste. La resección láser a través de broncoscopia⁵ es el tratamiento de elección.

El hamartoma se define como una masa que resulta del crecimiento y la mezcla anormales de elementos tisulares o de la proporción anormal de un solo elemento tisular normalmente presente en un órgano¹. El hamartoma es el tumor pulmonar benigno más frecuente, representando el 77% del total de ellos⁶. Solo el 3% de los hamartomas pulmonares son endobronquiales, y representan el 70% de los tumores endobronquiales benignos¹.

El hamartoma endobronquial es una forma especial de hamartoma intrapulmonar. Se origina de un bronquio de gran tamaño y crece en su luz, obstruyendo el bronquio antes de aumentar de tamaño⁷.

Los hamartomas intrapulmonares y endobronquiales contienen cartílago, grasa, tejido fibroso y un componente epitelial en proporciones variables. Sin embargo, se ha reportado que las lesiones endobronquiales tienden a presentar más grasa que las lesiones parenquimatosas. Este hallazgo puede ser atribuible a la relativa abundancia de grasa en las paredes bronquiales comparadas con el parénquima pulmonar. Al contrario del hamartoma parenquimatoso, el cual tiende a presentarse como una lesión solitaria asintomática, el hamartoma endobronquial es sintomático debido a la obstrucción de la vía aérea, lo que puede provocar tos, hemoptisis, disnea y neumonía obstructiva¹.

La radiografía de tórax demuestra las secuelas de la obstrucción endobronquial. Estas incluyen atelectasias, neumonías obstructivas y bronquiectasias. Las lesiones endobronquiales pueden llegar a ser visibles en la radiografías de tórax o pasar inadvertidas¹. En el caso de algunos hamartomas que contengan grasa o calcificaciones, se puede realizar el diagnóstico específico de hamartoma⁵.

Cuando se trata de lesiones que contienen grasa, la correlación entre su localización y las características de la grasa (para el caso del lipoma, grasa homogénea no vascularizada que no invade ni destruye tejido adyacente) puede reducir el tiempo requerido para hacer el diagnóstico diferencial⁸. Sin embargo, el hamartoma endobronquial también puede aparecer como una lesión grasa en la TC¹; por lo tanto, ante la identificación de una lesión endobronquial de estirpe grasa el diagnóstico debe incluir lipoma y hamartoma. Si además de grasa se visualizan focos de densidad de partes blandas en el interior del tumor, como en nuestro caso, el diagnóstico topográfico debe favorecer la posibilidad de hamartoma lipomatoso.

La mayoría de los tumores del árbol traqueobronquial son malignos, y esta debe ser, por lo tanto, la primera posibilidad diagnóstica en la práctica clínica.

Estos 2 casos de tumores endobronquiales benignos son de especial interés no solo por tratarse de una entidad muy poco frecuente, sino también porque la TC permitió acotar el diagnóstico diferencial para excluir lesiones malignas y modificar la conducta terapéutica. Esto, a su vez, disminuye el tiempo de intervención al permitir planificar la fibrobroncoscopia usando las imágenes como mapa de ruta, y además disminuye la ansiedad del paciente por el temor al cáncer⁹. La fibrobroncoscopia permitió reseccionar las lesiones endobronquiales, y el material obtenido de la exéresis resultó suficiente para el diagnóstico histológico definitivo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wilson RW, Kirejezyk W. Pathological and radiological correlation of endobronchial neoplasm. Part I. Benign tumors. *Ann Diagn Pathol.* 1997;1:31-46.
2. Muraoka M, Oka T, Akamine S, Nagayasu T, Iseki M, Suyama N, et al. Endobronchial lipoma: Review of 64 cases reported in Japan. *Chest.* 2003;123:293-6.
3. Schraufnagel DE, Morin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. *Chest.* 1979;75:97.
4. Pintero A, Giménez A, Lax FG, Parrilla P. Hemoptysis caused by an endobronchial lipoma. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1996;111:1104-5.
5. Ko JM, Jung JI, Park SH, Lee KY, Chung MH, Ahn MI, et al. Benign tumors of the tracheobronchial tree: CT-pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186:1304-13.
6. Arrighoni MG, Woolner LB, Bernatz PE, Miller WE, Fontana RS. Benign tumors of the lung: A ten-year surgical experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1970;60:589-99.
7. Ahn JM, Im JG, Seo JW, Han HS, Yoon HK, Kim WS, et al. Endobronchial hamartoma: CT findings in three patients. *AJR.* 1994;163:49-50.
8. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ. Fat-containing lesions of the chest. *Radiographics.* 2002;22:S61-78.
9. Cabrera ML, Montañana D. Obstrucción bronquial crónica causada por un lipoma endobronquial. *Radiología.* 2014;56: 91-3.