

## LIPOMA BRONQUIAL

C. LEON\*, G. ESTRADA\*, S. ALVAREZ\*, C. PUZO\*\*,  
R. BORDES\*\*\* y R. CORNUDELLA\*\*

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.  
Barcelona.

### Introducción

Los lipomas bronquiales son tumores benignos raros de los grandes bronquios, que aparecen en personas de edad avanzada. Su sintomatología depende de la localización y tamaño del tumor, simulando, en ocasiones, tumores malignos.

De la rareza de su presentación da idea el que en la literatura inglesa haya descritos sólo unos 50 casos y en la francesa siete. Por ello nos parece adecuado añadir un nuevo caso de este raro tumor a la literatura existente.

### Caso clínico

Paciente de 49 años de edad, hembra, que once meses antes de acudir a este hospital presentó cuadro febril con tos y expectoración blanco rosada, remitiendo y reapareciendo dicho cuadro espontáneamente en varias ocasiones durante este período de tiempo.

En la radiografía de tórax se observó un patrón destructivo con múltiples imágenes quísticas y zonas de condensación en la base derecha; el hilio derecho mostró imagen de densidad tumoral o adenopatía a nivel interbronquial y que parecía comprometer la luz del bronquio basal (figs. 1 y 2).

Las dos broncoscopias que se realizaron mostraron que el tronco basal aparecía casi obstruido por una masa de superficie lisa, rosada, uniforme, bien separada de la pared y móvil. Las biopsias y citologías demostraron sólo inflamación crónica inespecífica. Con el diagnóstico de tumoración endobronquial se procedió a toracotomía derecha practicándose lobectomía inferior derecha el mes de septiembre de 1979.

Recibido el día 13 de noviembre de 1982.

\* Unidad de Cirugía Torácica.  
\*\* Servicio de Neumología.  
\*\*\* Servicio de Anatomía Patológica.

### Estudio anatomopatológico de la pieza reseca

*Macroscópico:* Se recibe pieza de lobectomía inferior derecha. Mide  $11 \times 12 \times 3,5$  cm en sus máximas dimensiones. Externamente la pleura es lisa y transparente y deja entrever una coloración sonrosada-rojiza, a excepción de un área en la porción externa e inferior de 5 cm de diámetro que es de coloración rosado-blanquecina. Abiertos los bronquios se observa que conservan su diámetro hacia la porción pleural y están ocupados por material mucopurulento. A nivel del nacimiento de los bronquios 8 y 9 se observa una masa de  $1,7 \times 1,2$  cm en sus máximas dimensiones de coloración amarillenta, que al corte muestra el mismo aspecto. Dicha tumoración presenta una porción endobronquial y otra extrabronquial, ambas de similar tamaño (figs. 3 y 4).

*Microscópico:* Tumoración bronquial submucosa constituida por tejido adiposo maduro. Parénquima pulmonar con engrosamiento de las paredes bronquiolares y alveolares con zonas de infiltración inflamatoria crónica. Dilataciones bronquiales con ulceración del epitelio e inflamación aguda de la pared.

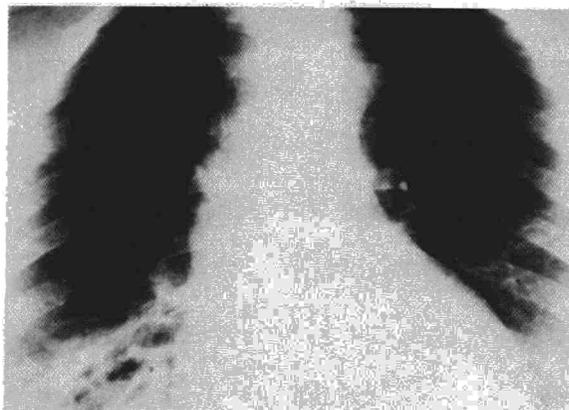


Fig. 1. Radiografía simple de tórax. Zona de condensación basal derecha con imágenes quísticas.



**Diagnóstico anátomo macro y microscópico**

Pieza de lobectomía inferior derecha:

- Lipoma submucoso bronquial en botón de camisa.
- Bronquiectasias.
- Atelectasia focal.

El curso postoperatorio de la paciente fue satisfactorio y los controles tardíos muestran una recuperación completa sin haber repetido sus procesos febriles (último control: julio 1982).

**Discusión**

Los lipomas endobronquiales son tumores muy raros. El primer caso fue descrito por Rokintanski en 1854 y la primera publicación de lipoma extirpado por broncoscopia fue la de Kernan en 1927; Watts, Claggett y McDonald fueron los primeros en extirparlo por toracotomía en 1946, según señalan Jensen y Petersen<sup>1</sup>.

Este tumor es más frecuente en varones y suele aparecer entre la quinta y sexta década de la vida, alojados principalmente en bronquios principales y más en el lado izquierdo<sup>2</sup>. El caso presentado por nosotros se trata de una mujer, en su cuarta década de vida y la localización del tumor es periférica y del lado derecho. La mayoría de estos lipomas se originan en la submucosa bronquial; sólo han sido descritos cuatro en «iceberg» con importante extensión intercondral y peribronquial<sup>3-5</sup>, como en el caso que presentamos.

La histogénesis de los lipomas endobronquiales no es del todo conocida. Se supone que algunos son debidos a un defecto de desarrollo<sup>6</sup> y así han sido descritos, al mismo tiempo, lipomas endobronquiales e intrapulmonares con otras anomalías del desarrollo en el pulmón<sup>6</sup>.

De 47 lipomas descritos en la literatura, con adecuado detalle histológico, revisados por Mac Arthur et al<sup>6</sup>, sólo 20 fueron lipomas puros. En 13 además había tejido fibrinoso, en 10 tejido glandular, áreas óseas en tres y áreas de cartílago en cuatro. Podrían clasificarse a estos lipomas mixtos junto a los hemartomas por sus similitudes histológicas pero el predominio del tejido adiposo hace que se mantenga la denominación de lipomas<sup>6,7</sup>.

También pueden aparecer lipomas como verdaderos tumores a partir del tejido adiposo que existe normalmente en la submucosa bronquial o a partir de las células mesenquimales primitivas de la misma localización. La mayoría de autores se inclinan



Fig. 2. Tomografía localizada. Se observan dilataciones bronquiales y áreas de condensación.

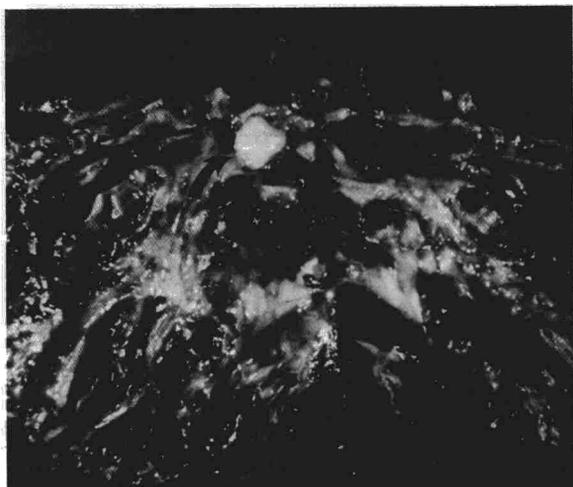


Fig. 3. Pieza de lobectomía abierta. La flecha señala la tumoración bronquial.



Fig. 4. Pieza de lobectomía abierta. Puede observarse la porción endobronquial y extrabronquial del tumor, señaladas con flechas.

**TABLA I**  
**Métodos de tratamiento en 50 casos de lipoma endobronquial**

TRATAMIENTO	N.º DE CASOS
Resección o coagulación endoscópica.....	18
Resección por toracotomía.....	32
Broncotomía.....	4
Lobectomía.....	18
Neumonecromía.....	10
TOTAL.....	50

hacia esta teoría patogénica<sup>1-8</sup>. Cockcroft et al<sup>8</sup> piensan que el hábito de fumar puede jugar un papel importante en la aparición de estos tumores; en nuestro caso la paciente no presentaba este hábito.

Las manifestaciones clínicas del lipoma endobronquial están asociadas al lento y progresivo crecimiento de éste y la consiguiente obstrucción bronquial, como es el caso de la paciente presentada en este trabajo. La duración de los síntomas antes del diagnóstico es considerable, variando de algunos meses a 20 años, siendo el promedio de cuatro años<sup>6</sup>. Es importante el diagnóstico diferencial de estos tumores con los carcinomas broncogénicos puesto que los síntomas, el sexo y la edad son muy similares en unos y otros<sup>6, 8</sup>.

El síntoma más frecuente es la tos, que usualmente es productiva; la fiebre y las infecciones respiratorias repetidas siguen a la tos en frecuencia, otros síntomas como la hemoptisis suelen presentarse más tardíamente y se cree debido más al daño pulmonar distal que al propio tumor. Pérdida de peso y disnea ocurren en alguna ocasión<sup>1-9</sup>. También está descrita como secuela tardía del lipoma bronquial la ausencia de perfusión pulmonar<sup>10</sup>.

El método diagnóstico de elección es la broncoscopia. El tumor es usualmente rosado o grisáceo y macroscópicamente puede semejar un adenoma<sup>6, 11</sup>. Una adecuada biopsia, sin embargo, suele ofrecer dificultad a causa de su movilidad, posible pedunculación y a su cápsula fibrosa. Esta situación fue la que se dio en el caso que aquí presentamos.

En cuanto a la forma de tratamiento, en los trabajos publicados se han observado principalmente dos tendencias: la resección endoscópica y la resección por toracotomía. Revisando 49 casos de la literatura y añadiendo nuestro caso, los tratamientos utilizados pueden verse en la tabla I. Llama la atención que en la mayoría (64 %) han sido resecados por toracotomía y que 28 casos del total de 32 han precisado resecciones parenquimatosas debido a las lesiones que la estenosis bronquial ha producido en el territorio pulmonar distal. Creemos que el tratamiento ideal sería la resección por broncotomía dada la benignidad de la lesión pero ello sólo sería factible si se obtiene un diagnóstico pre-

coz, antes de que el parénquima pulmonar dependiente del bronquio afecto haya sufrido las consecuencias de la estenosis bronquial.

## Resumen

El lipoma bronquial es un raro tumor benigno de grandes bronquios que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los tumores endobronquiales. Puede sospecharse, incluso diagnosticarse, broncoscópicamente. Su clínica depende de su situación endobronquial y de las lesiones parenquimatosas distales. El tratamiento adecuado es la resección más económica posible.

## Summary

### BRONCHIAL LIPOMA.

Bronchial lipoma is an infrequent, benign tumor of the large bronchios which must be kept in mind when establishing a differential diagnosis for endobronchial tumors. Bronchoscopy will suggest, or even diagnose, its presence. The clinical features depend on location and distal parenchymal lesions. Conservative resection is the treatment of choice for the entity.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jensen MS, Petersen AU: Bronchial lipoma. Three cases and review of the literature. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1970; 4: 131-134.
2. Spencer H: Pathology of the lung. 3. Oxford, Pergamon Press, 1977.
3. Touroff ASW, Seley GP: Lipoma of the bronchus and the lung; report of two unusual cases. *Ann Surg* 1951; 134: 244-250.
4. Carlisle JC, Leary WV, McDonald JR: Endobronchial lipoma. Report of a case. *Mayo Clinic Proc* 1951; 26: 103-106.
5. Crutcher RR, Waltuch TL, Glosch AK: Bronchial lipoma. Report of a case and literature review. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1968; 55: 422-425.
6. Mac Arthur CGC, Cheung DLC, Spiro SG: Endobronchial lipoma. A review with four cases. *Br J Dis Chest* 1977; 71: 93-100.
7. Bellin HJ, Libshitz HI, Patchefsky AS: Bronchial lipoma. Report of two cases showing chondroitic metaplasia. *Arch Path* 1971; 92: 20-23.
8. Cockcroft DW, Copland GM, Donevan RE, Gourlay RH: Endobronchial lipoma: two cases and review of the literature. *Canad Med Ass Jour* 1976; 11: 326-328.
9. Taranger J, Humbert P: Lipoma bronchique traité par broncotomie. *J Franc Med Chir Thor* 1965; 19: 175-179.
10. Giudice JC, Gordon R, Komansky AR: Endobronchial lipoma causing unilateral absence of pulmonary perfusion. *Chest* 1980; 77: 104-105.
11. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, Decock D, Stengel BF, Choi H: Intrathoracic lipomas. Report of three cases with emphasis on endobronchial lipoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1977; 77: 550-556.