

JORNADA CIENTÍFICA XL ANIVERSARIO

CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS

CIMEQ

Lipoma pulmonar. Reporte de un caso. Policlínico jaimanitas. 2020.

Pulmonary lipoma. Case report. Jaimanitas's polyclinic.2020.

AUTORES:

Rolando Rondón García¹, María Teresita Ortiz Gómez², José Fernando Freire Cardoso ³

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna. Profesor asistente. Policlínico Manuel Fajardo. Correo electrónico: rolandorondon@infomed.sld.cu
orcid.org/0000-0002-1672-1211

². Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología de la Salud y Bioenergía. Profesora Auxiliar. Policlínico Manuel Fajardo. Correo electrónico:
marite.ortiz@infomed.sld.cu <https://orcid.org/0000-0003-0250-6323>

³ Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en enfermedades infecciosas. Profesor Asistente. Policlínico Manuel Fajardo .Correo electrónico: jfernando@infomed.sld.cu <https://orcid.org/0000-0003-3153-2539>

Resumen

Los lipomas pulmonares son infrecuentes, y la mayoría de ellos se describen como lesiones endobronquiales que constituyen del 0,1 al 0,5% de los tumores de pulmón. Por otro lado, los lipomas pulmonares con localización intraparenquimatosa periférica son extremadamente raros⁽¹⁾. Presentamos un caso de este tipo.

Se presentó el caso de una Paciente femenina AGN de 62 años de edad con antecedentes de HTA (compensada) que desde hace más menos 6 meses ha presentado dolor en hemitórax derecho constante, que aumentaba con los movimientos respiratorios sin irradiación, además de tos seca irritativa y discreta falta de aire. VV aumentadas en base y tercio medio de hemitórax derecho. Matidez en base derecha. MV abolido en base derecha. Hepatomegalia de 3 cm no dolorosa. Se le realiza rayos X de tórax donde se observa lesión radiopaca que ocupa casi toda la base del hemitórax derecho en relación con cojinete graso. Tomografía Axial Computarizada Multicorte de Tórax muestra imagenhipodensa de densidad -103 UH en posible relación con nódulo pulmonar intraparenquimatoso redondeado y localizado periféricamente que medía 62x56mm y se situaba en el lóbulo inferior del pulmón derecho. La lesión estaba en contacto con el diafragma, y la pleura parietal.

Conclusiones: El lipoma pulmonar es una entidad extremadamente infrecuente y forma parte del diagnóstico diferencial del nódulo pulmonar, su diagnóstico se realiza por exclusión teniendo en cuenta el método clínico.

Palabras claves. Lipoma pulmonar, tumor de pulmón, lesiones endobronquiales

ABSTRACT

Pulmonary lipomas are rare, and most of them are described as endobronchial lesions that constitute 0.1 to 0.5% of lung tumors. On the other hand, pulmonary lipomas with peripheral intraparenchymal location are extremely rare⁽¹⁾. We present a case of this type. A case was presented of a 62-year-old female patient with a history of AHT (compensated) who has presented constant pain in the right hemithorax for more than 6 months, which increased with respiratory movements without irradiation, in addition to irritating and discreet dry cough shortness of breath. VV increased at the base and middle third of the right hemithorax. Right base dullness. MV abolished in right base. Non-painful 3 cm hepatomegaly. A chest X-ray is performed, where a radiopaque lesion is observed that occupies almost the entire base of the right hemithorax in relation to a fatty pad. Multislice Computed Axial Tomography of the Thorax shows a hypodense image with a density of -103 HU, possibly related to a rounded and peripherally located intraparenchymal pulmonary nodule that measured 62x56mm and was located in the lower lobe of the right lung. The lesion was in contact with the diaphragm, and the parietal pleura.

Conclusions: Pulmonary lipoma is an extremely rare entity and is part of the differential diagnosis of pulmonary nodule, its diagnosis is made by exclusion taking into account the clinical method.

Keywords. Pulmonary lipomas, lung tumors, endobronchial lesions

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son los tumores benignos de tejidos blandos más frecuentes en humanos y aparecen en aproximadamente el 1% de la población. Son por lo general subcutáneos, y rara vez aparecen en vísceras⁽¹⁾. Los lipomas pulmonares son infrecuentes, y la mayoría de ellos se describen como lesiones endobronquiales que constituyen del 0,1 al 0,5% de los tumores de pulmón. Por otro lado, los lipomas pulmonares con localización intraparenquimatosa periférica son extremadamente raros⁽²⁾. Presentamos un caso de este tipo.

Los lipomas pulmonares intraparenquimatosos no parecen tener predilección por un lóbulo o lateralidad y aparecen tanto en varones como en mujeres entre 26-81 años de edad. Los tamaños de los tumores descritos anteriormente son variados, desde 1,3 hasta 7cm de diámetro⁽¹⁾.

Estos tumores tienen un curso clínico benigno y suelen ser asintomáticos, aunque en raras ocasiones, se presentan con parestesia del brazo, disnea leve y disfunción pulmonar⁽¹⁾.

Los lipomas pulmonares periféricos no se pueden distinguir de los tumores malignos en la radiografía de tórax. Se considera que la tomografía computarizada ayuda al diagnóstico, aunque sigue siendo difícil para los radiólogos decidir la naturaleza biológica de la lesión⁽²⁾.

El tratamiento de los nódulos pulmonares solitarios (incluyendo los lipomas pulmonares) sigue siendo tema de debate, porque en casi ninguno de los casos descritos se ha podido excluir malignidad con total seguridad. Por lo general, se extirpan quirúrgicamente y el procedimiento más habitual es la lobectomía⁽³⁾.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina AGN de 62 años de edad con antecedentes de HTA (compensada) que desde hace más o menos 6 meses ha presentado dolor en hemitórax derecho constante, que aumentaba con los movimientos respiratorios sin irradiación, además de tos seca irritativa y discreta falta de aire.

Examen físico Mucosas: normocoloreadas y húmedas. AR: No tiraje ni abombamiento. VV aumentadas en base y tercio medio de hemitórax derecho. Matidez en base derecha. MV abolido en base derecha. FR: 22. Abdomen: Globuloso. No doloroso a la palpación superficial y profunda. Hepatomegalia de borde liso de más o menos tres centímetros. No dolorosa.

Complementarios:

Exámenes complementarios:

HB: 12.8 g/l Leuco: $6,2 \times 10^9$ Eritrosedimentación: 22 mm

ALAT: 57 U/L ASAT: 68 U/L CHOL: 7,8 mmol/l TG: 2,6 mmol/l

Imagenología:

Se le realiza rayos X de tórax donde se observa lesión radiopaca que ocupa casi toda la base del hemitórax derecho en relación con cojinete graso. (Figura 1)

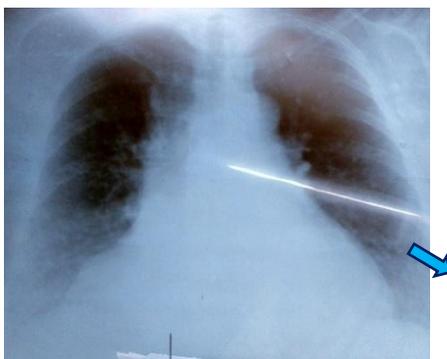


Fig. 1 Rayos X de tórax donde se observa lesión radiopaca

Tomografía Axial Computarizada Multicorte de Tórax muestra imagen hipodensa de densidad -103 UH en posible relación con nódulo pulmonar intraparenquimatoso redondeado y localizado periféricamente que medía 62x56mm y se situaba en el lóbulo inferior del pulmón derecho. La lesión estaba en contacto con el diafragma, y la pleura parietal. (Figura 2)



Fig. 2 Tomografía Axial multicorte muestra imagen hipodensa en relación con nódulo pulmonar.

Ultrasonido abdominal: hígado de tamaño normal, textura homogénea, borde regular con aumento de su ecogenicidad. Resto de las estructuras sin alteraciones. Sugiere enfermedad de hígado graso (MALF).

Ultrasonido de mama: Ambas mamas de tejido normal, no hiperplasia ni lesiones quísticas. Región axilar normal.

Pruebas funcionales respiratorias: El estudio mostró un patrón ventilatorio no obstructivo, restrictivo, de ligera intensidad en condiciones basales. La respuesta a broncodilatador no es significativa.

Anatomía patológica: Macroscópicamente, se trataba de una masa tumoral en lóbulo inferior derecho del pulmón, de color ocre. En el estudio histológico se observó un tumor encapsulado constituido por células adiposas maduras con líneas estrechas de estroma colágeno, concluyéndose como lipoma pulmonar.

Asimismo se realizó un análisis profundo por un equipo multidisciplinario integrado por internistas, neumólogos, cirujanos y oncólogos, los que aconsejaron una conducta expectante ante la abrumadora evidencia de la benignidad de la lesión, y solo realizar la intervención cuando el patrón ventilatorio muestre una insuficiencia respiratoria de moderada a severa.

En relación a la conducta a seguir se planificó consulta después de un año, con vigilancia de la función respiratoria, y se indicó uso de broncodilatadores inhalados.

DISCUSIÓN

Los lipomas son los tumores mesenquimales benignos más comunes en adultos y representan el 5-6% de todos los tumores pulmonares. Aproximadamente el 90% de los tumores pulmonares benignos son adenomas o hamartomas ⁽²⁾. Los lipomas pulmonares consisten principalmente en tejido adiposo maduro y rara vez se encuentran en el tórax. Se sabe que el tabaquismo y la obesidad son factores de riesgo significativos para los lipomas endobronquiales y representan del 0,1 al 0,5% de todos los tumores pulmonares. ⁽²⁾

Los lipomas pueden localizarse en el mediastino, árbol bronquial, parénquima pulmonar y pleura. En la mayoría de los lipomas se pueden observar síntomas recurrentes de tos persistente, disnea, fiebre, dolor torácico y sibilancias, lo que hace que el diagnóstico diferencial sea amplio. La extensión total de la obstrucción determina el nivel de los síntomas y la intervención quirúrgica requerida. ⁽³⁾ Los lipomas mediastínicos progresan lentamente, por lo que los síntomas pueden no ser graves hasta que el crecimiento tumoral más grande comprima las estructuras adyacentes. ⁽⁴⁾

La malignidad se puede ver en tumores que involucran el árbol traqueobronquial, y la mayoría de los lipomas endobronquiales se presentan en las primeras tres subdivisiones de la derecha. Los lipomas que surgen de la pleura se ven comúnmente en la sección inferior de la cavidad. Su origen es más comúnmente del lado posterolateral izquierdo de la sustancia diafragmática. Los lipomas pleurales suelen ser de crecimiento lento y los pacientes permanecen asintomáticos hasta la radiografía de tórax de rutina. ⁽⁵⁾

Los lipomas intratorácicos se clasifican en dos grupos: 1) lipomas en forma de mancuerna que se mueven a través de la entrada torácica o espacio intercostal; y 2) únicamente lipomas intratorácicos. Además, los lipomas intratorácicos se pueden clasificar según su origen: 1) lipoma endobronquial que surge de la grasa subcutánea del árbol traqueobronquial; 2) lipoma parenquimatoso encontrado periféricamente en el parénquima pulmonar; 3) lipoma pleural que surge de la pleura parietal submesotelial y puede alcanzar espacios subpleurales, pleurales o extrapleurales; 4) lipoma mediastínico; y 5) lipoma cardíaco. ⁽⁵⁾ Se cree que los lipomas endobronquiales, generalmente ubicados en la capa submucosa de las paredes bronquiales, derivan del tejido adiposo de las paredes. El contenido graso de la pared bronquial disminuye con la ramificación progresiva de los bronquios y no se observa en bronquiolos menores de 1 mm de diámetro. Esto puede explicar en parte por qué los lipomas intrapulmonares periféricos son extremadamente raros. ⁽⁶⁾

Los lipomas pulmonares gigantes, es decir, aquellos que alcanzan al menos 1.000 gramos o 10 cm de diámetro, se presentan como masas redondas de color amarillento pálido, bien circunscritas y poco encapsuladas. Habitualmente, los lipomas son solitarios y no se asocian a otras lesiones extratorácicas. Afectan a ambos lados con la misma frecuencia de ocurrencia. ⁽⁷⁾

El diagnóstico diferencial varía e incluye tumores pulmonares benignos, tumores pulmonares malignos, granulomas infecciosos y granulomas no infecciosos. Los médicos pueden incluir adenoma, linfoma pulmonar, tuberculosis y sarcoidosis como posibles diagnósticos durante las investigaciones de diagnóstico. ⁽⁸⁾

Los pacientes con lipoma intrapulmonar periférico son asintomáticos debido a la ubicación de la lesión y, a menudo, se encuentran accidentalmente en el examen radiográfico de tórax de rutina. Algunos de los pacientes pueden tener síntomas inespecíficos como resultado de la capacidad del lipoma para desarrollarse dentro de la cavidad torácica y alcanzar un gran tamaño. Puede provocar síntomas como dolor torácico leve, tos intermitente, disnea o sensación de opresión torácica. Por ejemplo, la manifestación clínica de la enfermedad puede malinterpretarse en el caso de los lipomas endobronquiales, indicando falsamente enfermedades pulmonares obstructivas, lo que resulta en un diagnóstico prolongado, tratamiento insuficiente y costos excesivos. Los lipomas parenquimatosos pueden confundirse con neumonía en pacientes que presentan fiebre y opacidad de los tejidos blandos en la radiografía de tórax. ⁽⁹⁾

En una radiografía simple de tórax, los lipomas se presentan como masas lisas y bien definidas que permiten visualizar la compresión estructural. Es muy común descubrir incidentalmente lipomas pulmonares en pacientes asintomáticos en una radiografía de rutina, una ocurrencia muy rentable tanto para el paciente como para el sistema de salud. La capacidad de diferenciar entre procesos benignos y malignos, así como distinguir los procesos pleurales de los parenquimatosos, en una radiografía simple de tórax es muy limitada. Una TC de tórax con un valor de -50 a -150 UH y una masa hipodensa homogénea bien definida puede sugerir el diagnóstico de lipoma. Además, estas exploraciones proporcionan información esencial para diferenciar entre enfermedad pleural y parenquimatosa, así como ayudar a determinar la localización y extensión de la enfermedad. La resonancia magnética mejorada con contraste puede proporcionar un análisis más detallado de la densidad grasa del lipoma, su heterogeneidad y su relación con los órganos contiguos. La FDG-PET-CT puede ser útil antes de la operación para diferenciar entre lesiones benignas y liposarcoma, con áreas realzadas que indican malignidad. ⁽¹⁰⁾

El diagnóstico definitivo solo se puede lograr mediante un examen anatomopatológico, que debe diferenciar entre estos dos tumores, las lesiones benignas y el liposarcoma. La resección quirúrgica se puede realizar fácilmente a través de una toracotomía típica abierta o conservadora de músculo. Se debe realizar una escisión completa para prevenir recurrencias. En las últimas dos décadas, la VATS se ha convertido en la técnica más común para las operaciones de tumores torácicos. ⁽¹¹⁾

En la estrategia de manejo de los casos de lipoma pulmonar también podemos incluir el seguimiento clínico y radiológico de los pacientes de edad avanzada y en mal estado general. ⁽¹²⁾

CONCLUSIONES:

- 1.-El lipoma pulmonar es una entidad extremadamente infrecuente y forma parte del diagnóstico diferencial del nódulo pulmonar.
- 2.- El diagnóstico del lipoma pulmonar se realiza por exclusión teniendo en cuenta el método clínico.
- 3.- La conducta terapéutica, en la mayoría de los casos, es quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A.M. Moran, B. Jian, H. Min, T. Pechet, F. Fogt. Peripheral intrapulmonary lipoma in a 26-year-old woman. A case report. *Pol J Pathol*, 62 (2011), pp. 113-115.
2. Badescu C, Gheorghe Moisii L, Badescu L, Rezus C. Unusual thoracic Lipoma; a case report and literature review. *Iran J Radiol*. 2018; 15(4):e61304.
3. Botianu PV, Cerghizan AM, Botianu AM. Giant right Intrathoracic Myxoid Fusocellular Lipoma. *Case Rep Pulmonol*. 2015; 2015:302189.
4. Menon A, Marchand C, Medford AR. Intrapleural lipoma mimicking a lung cancer. *QJM*. 2015;108(8):649–50.
5. Intrathoracic Pleural Lipomas; Pınar Bıçakçioğlu EG, Ebru Sayılır , Leyla Acar , Funda Demirağ , Şeref Özkara , Sadi Kaya. *The Annals of Eurasian Medicine*. 2013;1(1): 10–3.
6. Rodríguez AJ, Coelho D, Días Júnior SA, Jacomelli M, Scordamaglio PR, Figueiredo VR, et al. Minimally invasive bronchoscopic resection of benign tumors of the bronchi. *J Bras Pneumol*. 2011;37(6)796-800.
7. Botianu PV, Cerghizan AM, Botianu AM. Giant right intrathoracic myxoid fusocellular lipoma. *Case Rep Pulmonol* 2015; 2015:302189.
8. Spectrum of Fat-containing Soft-Tissue Masses at MR Imaging: The Common, the Uncommon, the Characteristic, and the Sometimes Confusing Pushpender Gupta et al., *Radiographics*, 2016

9. Rahman SMT, Rahim A, Kibria AA. Unusual cause of large intrathoracic mass in a young male of Bangladesh: A case report of giant intrathoracic lipoma & literature review. *Int J Surg Case Rep* 2020;76:73–6.
10. Song QZ, Zhao L, Luo XK, Dou XC. Using deep learning for classification of lung nodules on computed tomography images. *J Healthc Eng* 2017; 2017:8314740.
11. Kamata S, Ishida I, Suzuki Y, Yamada T, Yaegashi H, Oura H. Intrathoracic fibrolipoma resected using complete thoracoscopic surgery: a case report. *J Cardiothorac Surg*. 2018; 13(1):112.
12. Naeem M et al. Giant lipoma chest extending into the thoracic cavity - unique entity: a case report. *J Med Case Rep*. 2017;1(3):131-4.