

Resección de lipoma bronquial con broncoscopia rígida y electrocirugía

Bronchial lipoma resection by rigid bronchoscopy and electro-surgery

JAIME ALBERTO BARRETO, MD¹ BIBIANA MEJÍA, MD² GERARDO CAMACHO, MD³

Resumen

Los lipomas bronquiales son tumores muy raros y corresponden al 0,1 %-0,5 % de todas las neoplasias pulmonares benignas. Se presentan principalmente en hombres entre los 50 y 60 años, con mayor frecuencia en el lado derecho. Son lesiones benignas de buen pronóstico, pues se espera que los pacientes tengan una supervivencia mayor de 10 años después de la resección; sin embargo, si no reciben tratamiento, pueden ocasionar complicaciones locales graves relacionadas con la obstrucción de la vía aérea. La resección broncoscópica es el tratamiento de elección. Presentamos el caso de un hombre de 65 años, en quien resecamos un lipoma del bronquio principal izquierdo mediante broncoscopia rígida y electrocirugía.

Palabras clave: lipoma bronquial, electrocirugía, broncoscopia terapéutica.

Abstract

Bronchial lipomas are rare tumors, being between 0.1 and 0.5% of all pulmonary benign neoplasms. Bronchial lipomas are infrequently and occur mainly in men between 50 and 60 years of age being more frequent on the right side. They are benign lesions with a good prognosis, since patients are expected to survive more than 10 years after the procedure, but they can cause serious local complications related to airway obstruction. Bronchoscopic ablation is the best treatment. We present the case of a 65-year-old man who resected a lipoma of the left main bronchus by rigid bronchoscopy and electro-surgery.

Key words: Bronchial lipoma; Electro-surgery; Therapeutic bronchoscopy.

Reporte de caso

Paciente de 65 años, testigo de Jehová, residente en Bucaramanga, quien consultó por tos intermitente y disnea mMRC 1 (*modified Medical Research Council*, por su sigla en inglés) de 3 años de evolución. Remitido a esta consulta con radiografía de tórax que muestra atelectasia pulmonar izquierda y tomografía de tórax en la que se confirma el hallazgo, pero además se observa una lesión con densidad de grasa (-110 UHF) que obstruye por completo la luz del bronquio

¹Médico Neumólogo. CENESTORAX, Bucaramanga, Colombia.

²Médico General. CENESTORAX, Bucaramanga, Colombia.

³Médico Anestesiólogo de la Clínica de Urgencias de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Autor de correspondencia

Jaime Alberto Barreto Menéndez. Correo electrónico: neumologojaimebarreto@cenestorax.com

Recibido: 28/03/18. Aceptado: 15/05/18.

principal izquierdo (**Figura 1**). Con diagnóstico clínico presuntivo de lipoma endobronquial, se realiza fibrobroncoscopia, donde se encuentra una lesión nodular que obstruye por completo la luz del bronquio principal izquierdo a nivel de la carina (**Figura 2**). Se tomó biopsia bronquial. La patología es informada como infiltrado linfocítico y en el estudio de inmunohistoquímica se encuentra presencia de linfocitos T y B, atribuible a proceso inflamatorio reactivo. Bajo anestesia general endovenosa se lleva a cabo la resección completa de la lesión descrita mediante broncoscopia rígida y electrocirugía, en un procedimiento único de 2 horas de duración, donde se logra restaurar la permeabilidad del

bronquio principal izquierdo en su totalidad (**Figura 3**). Se traslada extubado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) con radiografía de tórax en la que se observa una mínima cámara de neumotórax superior derecha (**Figura 4**), a la que se le da tratamiento conservador. Sin embargo, por la presencia de enfisema subcutáneo 6 horas después de realizado el procedimiento, se toma una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, que mostró aumento del neumotórax derecho, el cual fue tratado satisfactoriamente con toracostomía cerrada. No hubo fístula broncopleurales significativa. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al quinto día después del procedimiento.

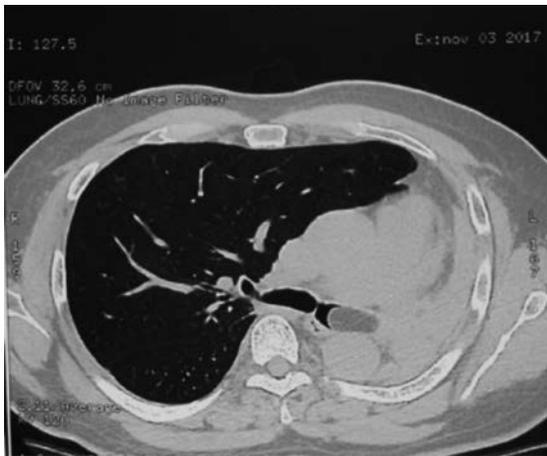


Figura 1. Escanografía de tórax donde se observa lesión con densidad de grasa que obstruye completamente la luz del bronquio fuente izquierdo.



Figura 2. Imagen broncoscópica de lesión nodular que ocluye el bronquio fuente izquierdo a nivel de la carina.



Figura 3. A y B. Aspecto del bronquio fuente izquierdo permeable, después de la resección endoscópica de la lesión a través de broncoscopio rígido.

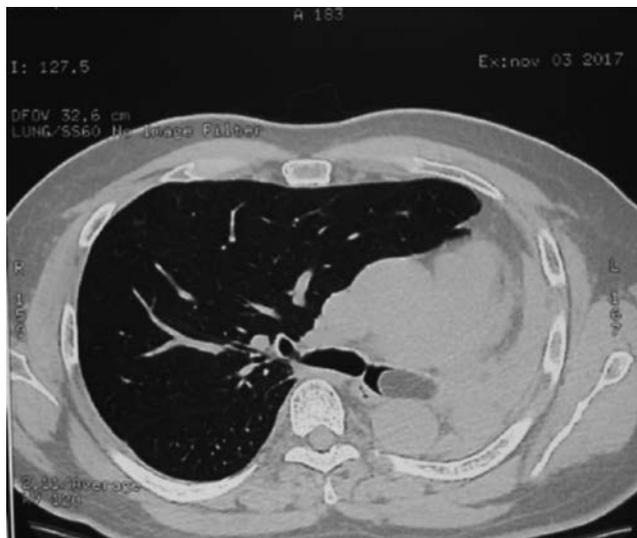


Figura 4. Radiografía de tórax tomada después del procedimiento, donde se observa la opacidad basal izquierda secundaria a la atelectasia parcial, aún presente, y la pequeña cámara de neumotórax contralateral derecha.

Discusión

Los lipomas bronquiales son tumores muy raros y corresponden al 0,1 %-0,5 % de todas las neoplasias pulmonares benignas. Se presentan principalmente en hombres entre los 50 y 60 años, con mayor frecuencia al lado derecho, y suelen localizarse en las tres primeras divisiones segmentarias. El tabaquismo y la obesidad han sido los únicos dos factores de riesgo identificados hasta el momento. Los lipomas intrapulmonares son aún mucho más raros (1).

Las manifestaciones clínicas ocasionadas por estos tumores son escasas y están relacionadas con la presencia de obstrucción. La mayoría de los pacientes desarrolla atelectasia y usualmente es posible observar en la escanografía de tórax lesiones endobronquiales con densidad de grasa, como en nuestro caso. El diagnóstico diferencial es con el hamartoma endobronquial, porque este tumor también suele tener tejido lipóide (2).

El diagnóstico broncoscópico no suele ser fácil, porque estas lesiones están cubiertas de una cápsula de mucosa normal mientras que el tejido adiposo se encuentra en su centro; por tanto, es habitual que las biopsias con fibrobroncoscopia no sean diagnósticas, como pudimos constatar en nuestro caso (3). Al reali-

zar la resección mediante broncoscopia rígida y penetrar la cápsula del tumor, pudimos observar fragmentos macroscópicos de tejido lipóide (**Figura 5**).

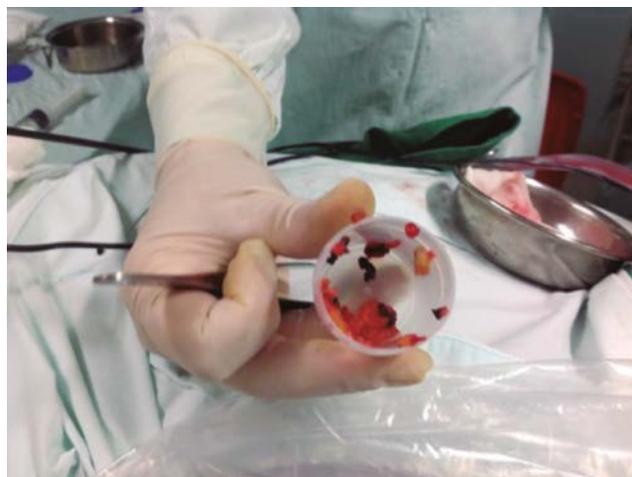


Figura 5. Se observa el aspecto macroscópico de la lesión resecada del bronquio fuente izquierdo con características lipóides.

El tratamiento de elección es la resección vía endoscópica. Son tumores benignos de crecimiento lento, no invasores localmente y de buen pronóstico, sin recidivas después de la resección. La cirugía de resección puede ser necesaria en casos con atelectasia crónica y destrucción pulmonar (4-6). En este caso, que parecía haber atelectasia de larga data, optamos por la resección broncoscópica, porque nuestro paciente es testigo de Jehová y quisimos disminuir el riesgo de complicaciones por sangrado durante algún procedimiento quirúrgico mayor.

La electrocirugía endobronquial es una técnica segura, con una penetración histológica predecible, más económica y disponible que el láser. Las resecciones endoscópicas pueden hacerse vía broncoscopia flexible o rígida, dependiendo de la disponibilidad y de la experiencia del operador (7-9).

Este tipo de procedimientos de broncoscopia intervencionista requiere vigilancia en cuidados intensivos, porque pueden presentarse complicaciones incluso horas después de haber terminado el procedimiento, a pesar de que los resultados inmediatos parezcan alta-

mente satisfactorios. En nuestro caso, el neumotórax contralateral lo atribuimos a lesión por volutrauma. Otras complicaciones son posibles y se presentan con frecuencia, por lo que en el período postintervención es importante hacer búsqueda activa de estas (10, 11).

Conclusión

El lipoma bronquial es un tumor muy raro, de crecimiento lento, frecuentemente con características tomográficas típicas que ayudan a hacer un diagnóstico temprano. El rendimiento diagnóstico de la biopsia mediante broncoscopia flexible es inferior al alcanzado en otros tumores bronquiales benignos. A diferencia de otras neoplasias de la vía aérea, en las que la cirugía de resección pulmonar es la primera opción, los lipomas bronquiales pueden ser tratados en forma efectiva y segura por vía endoscópica sin recidivas.

Referencias

1. 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(1):293-6.
2. Raymond GS, Barrie JR. Endobronchial lipoma: helical CT diagnosis. *Am J Roentgenol*. 1999;173(6):1716.
3. Grillo Hermes C. Mesenchymal tumors of the trachea. En: Grillo Hermes C. *Surgery of the Trachea and Bronchi*. BC Dekker Inc.; 2004. p. 89.
4. Doğan R, Unlü M, Güngen Y, Moldibi B. Endobronchial lipoma. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1988;36(4):241-3.
5. Nassiri AH, Dutau H, Breen D, Colchen A, Quiot JJ, Bguyen B, et al. A multicenter retrospective study investigating the role of interventional bronchoscopic techniques in the management of endobronchial lipomas. *Respiration*. 2008;75(1):79-84.
6. Rodriguez AJ, Coelho D, Dias 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. van Boxen T, Westerga J, Venmans BJ, Postnus PE, Sutedja TG. Tissue effects of bronchoscopic electrocautery: bronchoscopic appearance and histologic changes of bronchial wall after electrocautery. *Chest*. 2000;117(3):887-91.
8. Boxem Tv, Muller M, Venmans B, Postmus P, Sutedja T. Nd-YAG laser vs bronchoscopic electrocautery for palliation of symptomatic airway obstruction: a cost-effectiveness study. *Chest*. 1999;116(4):1108-12.
9. Huisman C, Van Kralinger KW, Postmus PE, Sutedja TG. Endobronchial lipoma: a series of three cases and the role of electrocautery. *Respiration*. 2000;67(6):689-69.
10. Quadrelli S, Grynblat P, Defranchi H, Downey A, de la Canal R, Perrone A, et al. Normas de consenso para la realización de la endoscopia respiratoria de la Sociedad Argentina de Broncoesofagología. *Archiv Bronconeumol*. 1998;34(4):207-20.
11. Barato EE, Bernal A, Carvajal FB, Giraldo C, Echeverri F, Martínez DA, et al. Consideraciones anestésicas para procedimientos de neumología intervencionista. *Rev Colomb Anestesiol*. 2011;39(3):316-28.

FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)

¿QUÉ ES LA FQ?



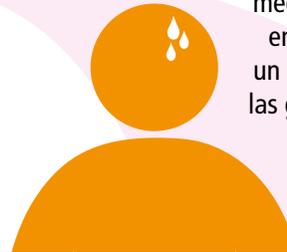
La FQ es una enfermedad que se caracteriza porque:

- Es genética (transmitida por los padres).
- Afecta principalmente los pulmones y el sistema digestivo.
- La causa es un gen defectuoso del cromosoma 7 humano, gen regulador de la conductancia transmembrana (CFTR).

Según la ley 1392 de 2010, en Colombia es una enfermedad huérfana debido a:

- Su baja incidencia.
- Su manejo integral y complejo.

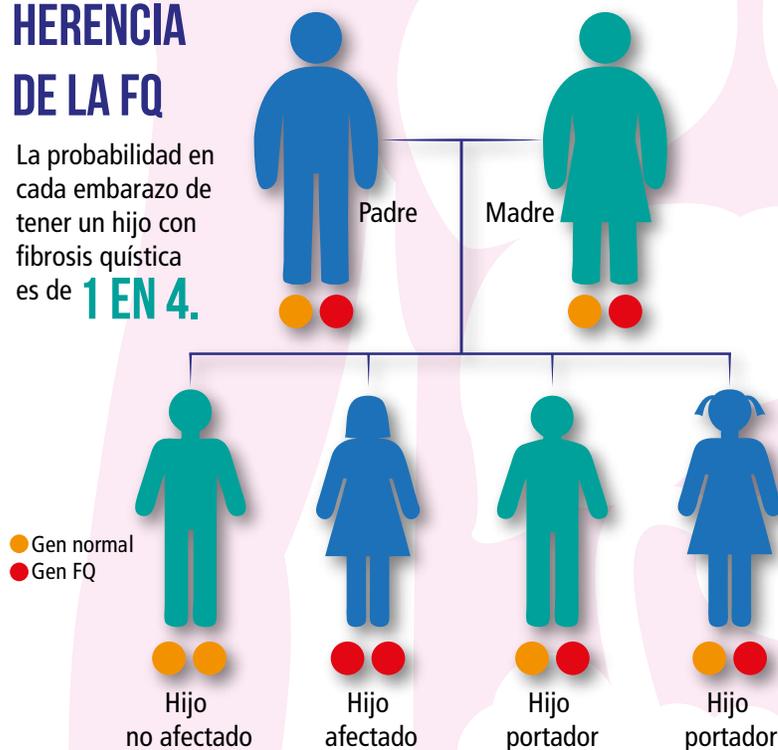
¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA FQ?



El diagnóstico se obtiene mediante los electrolitos en el sudor. Se realiza un proceso que estimula las glándulas sudoríparas para recolectar el sudor y analizarlo.

PATRÓN DE HERENCIA DE LA FQ

La probabilidad en cada embarazo de tener un hijo con fibrosis quística es de **1 EN 4.**



¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS COMUNES DE LA FQ?

- Tos constante, con secreción muy espesa y pegajosa.
- Frecuentes episodios similares a la neumonía.
- Problemas del crecimiento o pérdida de peso.
- Problemas intestinales.
- Heces fecales aumentadas, pálidas, de mal olor y con restos de grasa.
- En ocasiones, obstrucción intestinal y estreñimiento.
- Sudor abundante y percepción salada.

¿CÓMO AFECTA LA FQ A LOS SISTEMAS RESPIRATORIO E INTESTINAL?

En el sistema respiratorio, las secreciones y mocos causan:

- Bloqueo del paso normal del aire.
- Posibles infecciones bacterianas.



En el sistema gastrointestinal, la afección al páncreas causa:

- Disminución de la digestión.
- Problemas de crecimiento y aumento de peso.



¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO PARA LA FQ?



María Juliana Lenis, MD; Nandy Marcela Castro, MD; Claudia Liliana Castillo, MD; Ricardo Mejía, MD; Olga Ch., MD

Revista Colombiana de Neumología. Volumen 30 Número 1 | 2018

