



Lipoma traqueal: un caso poco habitual

Tracheal lipoma: an unusual case

María José Midence-Arguello,* José Morales-Gómez,*
Andrea Gloria Solares-Espinoza,* Juan Carlos Vázquez-Minero*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

RESUMEN. El lipoma traqueal es un tumor benigno, raro, con una incidencia muy baja, cuya sintomatología es inespecífica y variable de acuerdo con el grado de obstrucción de la vía aérea, causando una morbimortalidad innecesaria si no se trata adecuadamente. Describimos un caso de lipoma traqueal con cuadro obstructivo de la vía aérea en un paciente de 70 años, con síntomas de seis meses de evolución, tos productiva y disnea progresiva, la cual limitaba su actividad diaria. Se presentó con estridor, sin datos de dificultad respiratoria, estertores bilaterales; se le realizaron estudios complementarios a descartar estenosis traqueal por cuadro clínico. En la tomografía se evidenció lesión encapsulada adherida en pared anterolateral de traqueal con obstrucción importante de la vía aérea de 95%. El tratamiento de elección fue la resección por vía endoscópica mediante láser o crioterapia. El tratamiento intervencionista a través de la broncoscopia sólo debe aplicarse a tumores traqueales benignos de base estrecha que sobresalen en la luz traqueal. En nuestro caso se tomó la decisión de resecarlo mediante esta técnica. Seguimiento a un mes sin recidiva, adecuada permeabilidad de la vía aérea y resolución de síntomas previos al procedimiento.

Palabras clave: lipoma, tumor, endotraqueal, broncoscopia, reporte de caso.

ABSTRACT. Tracheal lipoma is a rare, benign tumor with a very low incidence, whose symptoms are non-specific and variable according to the degree of airway obstruction, causing unnecessary morbidity and mortality if not adequately treated. We describe a case of tracheal lipoma with obstructive airway symptoms in a 70-year-old patient, with symptoms of six months' evolution, productive cough and progressive dyspnea which limited his daily activity. He presented with stridor, without data of respiratory distress, bilateral rales; complementary studies were carried out to rule out tracheal stenosis due to clinical symptoms. The tomography showed an adherent encapsulated lesion in the anterolateral tracheal wall with significant airway obstruction of 95%. The treatment of choice was endoscopic resection using laser or cryotherapy. Interventional treatment via bronchoscopy should only be applied to narrow-based benign tracheal tumors that protrude into the tracheal lumen. In our case, the decision was made to resect using this technique. Follow-up at one month without recurrence, adequate airway patency, and resolution of symptoms prior to the procedure.

Keywords: lipoma, tumor, endotracheal, bronchoscopy, case report.

INTRODUCCIÓN

Los tumores primarios traqueales son pocos frecuentes. En los adultos, la mayoría de ellos son malignos; sólo 10-20% de tumores traqueales son benignos, incluyendo condromas, papilomas, fibromas, hemangiomas, lipomas.¹⁻⁴ El lipoma traqueal es una neoplasia benigna extremadamente rara cuya incidencia oscila entre 0.1 y 0.5%; la sintomatología y signos son inespecíficos, como la tos seca, sibilancias y en

ocasiones dificultad respiratoria. Debido a la característica de crecimiento lento, los pacientes con tumores traqueales benignos desarrollan síntomas de obstrucción de las vías respiratorias gradualmente. Casi siempre son diagnosticados erróneamente como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis. El diagnóstico definitivo de estos tumores suele retrasarse.¹⁻³ Requiere, además, resección y puede abordarse por vía endoscópica como por cirugía abierta. Presentamos un paciente con cuadro obstructivo por presencia de tumor endotraqueal, tratado con broncoscopia rígida y resección.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 70 años, con cuadro clínico de seis meses de evolución, caracterizado por disnea de medianos esfuerzos, que progresa a pequeños esfuerzos y tos productiva, con expectoración hialina, no cianosante, ni disneizante. Durante la exploración física, signos vitales: tensión arterial (TA) 113/101 mmHg, FC 79 lpm, FR 22 rpm, temperatura

Correspondencia:

María José Midence-Arguello

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

Correo electrónico: midence_mary@hotmail.com

Recibido: 16-XII-2022; aceptado: 14-VII-2023.

Citar como: Midence-Arguello MJ, Morales-Gómez J, Solares-Espinoza AG, Vázquez-Minero JC. Lipoma traqueal: un caso poco habitual. Neumol Cir Torax. 2022; 81 (4):260-262. <https://dx.doi.org/10.35366/112957>

36.2 °C, saturación de oxígeno 91% aire ambiente, gasometría arterial inicial pH 7.45, PCO₂ 36.7 mmHg, PO₂ 65 mmHg, con estridor, sin datos de dificultad respiratoria, en campos pulmonares se auscultaron estertores bilaterales. Se colocó oxígeno por puntas nasales a dos litros con saturación de oxígeno a 94%. Se realizó radiografía de tórax sin alteraciones parenquimatosas, con imagen de estenosis traqueal (Figura 1A). Se solicitó tomografía simple de tórax, con lesión irregular encapsulada adherida a pared anterolateral del tercio medio de tráquea (Figuras 1B y 1C). Se realizó fibrobroncoscopia (Figura 2A), se identificó tumor blanquecino de 3 × 2 cm a nivel del sexto anillo traqueal que obstruye 95% su luz traqueal pediculado en pared anterior. Se realiza resección mediante broncoscopia rígida y resección total del tumor (Figura 2B). El examen histopatológico reportó lipoma traqueal (Figuras 2C y 2D). El paciente presentó buena evolución sin datos de compromiso respiratorio. Se egresó por mejoría, con seguimiento tomográfico al mes del procedimiento sin evidencia de recurrencia, con adecuada permeabilidad de la luz traqueal.

DISCUSIÓN

La mayoría de los tumores traqueales primarios en adultos son malignos y los tumores benignos son raros. Los tumores benignos primarios de la tráquea incluyen principalmente leiomioma, papiloma, fibroma, hemangioma, condroma y tumores mixtos de la glándula salival; mientras que el lipoma es muy poco común.¹⁻⁴

Los lipomas de las vías respiratorias afectan los bronquios principales y en menor frecuencia la tráquea, como en nuestro caso. Suelen originarse en la grasa submucosa del árbol traqueobronquial, generalmente son pediculados, que pueden extenderse entre los anillos de cartílago hacia los tejidos peritraqueal, y recidivar después de su resección.¹

Los tumores traqueales benignos tienden a crecer lentamente y son asintomáticos en las primeras etapas. Son difíciles de diagnosticar durante este período; además, son diagnosticados erróneamente después de que aparecen los síntomas respiratorios como, asma bronquial o infecciones pulmonares. Los síntomas de obstrucción de las vías respiratorias aparecen cuando el grado del bloqueo traqueal aumenta de 50 a 75% o cuando el diámetro luminal es inferior a 8 mm. En nuestro caso, el paciente presentó disnea.^{1-3,5} Tenía historia clínica de seis meses de evolución con sintomatología respiratoria y disnea de esfuerzo. El cuadro clínico es compatible con lesiones o tumores que ocupan la luz traqueal como en este caso.

En pacientes con disnea que empeoran gradualmente se sugiere considerar la posibilidad de un tumor traqueal, es necesario realizar un examen oportuno; el incluir tomografía computarizada (TC) torácica y broncoscopia puede proporcionar un diagnóstico preciso. De hecho, el signo de

esta enfermedad es principalmente la disnea inspiratoria, y es evidentemente diferente de la disnea espiratoria causada por el asma bronquial y las enfermedades infecciosas pulmonares. Un examen físico cuidadoso puede ser útil para el diagnóstico diferencial.

Comúnmente, es difícil encontrar una lesión en una radiografía de tórax convencional porque la tráquea está cubierta por el mediastino, casi siempre se observa normal, como en este caso (Figura 1).¹⁻³ Estudios como la tomografía y la broncoscopia flexible son valiosos para el diagnóstico, mismos que fueron realizados en nuestro caso.¹⁻³

La TC de cuello y tórax mostraron un tumor de tejido blando endotraqueal y en la pared anterior de la pared traqueal. La resección se realizó de forma adecuada sin complicaciones, especialmente porque la biopsia patológica informó de un lipoma traqueal benigno. El tratamiento

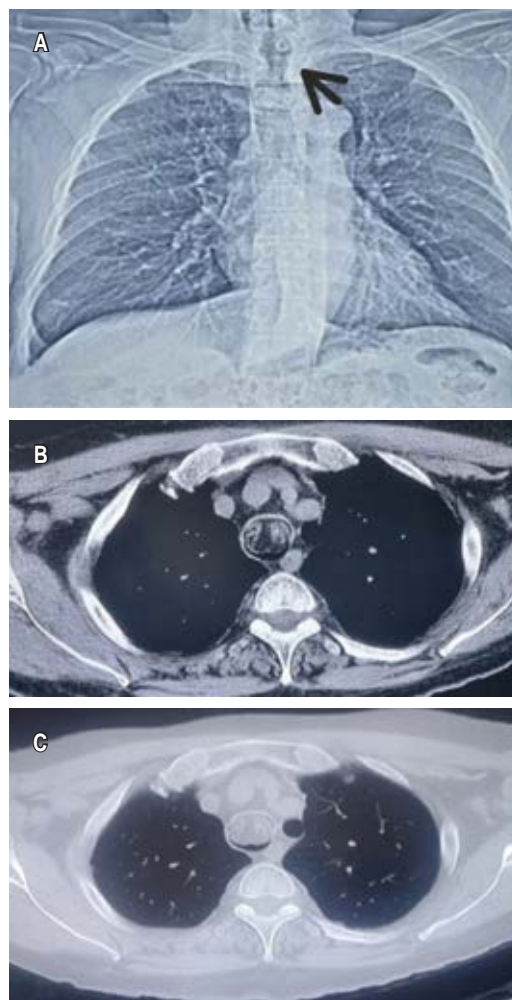


Figura 1: A) Radiografía de tórax, se observa estenosis traqueal (flecha). B) Ventana mediastinal, muestra una masa de 2 × 3 cm que surge de la pared anterior de la porción media de la tráquea ubicada seis anillos por encima de la carina. C) Ventana pulmonar.

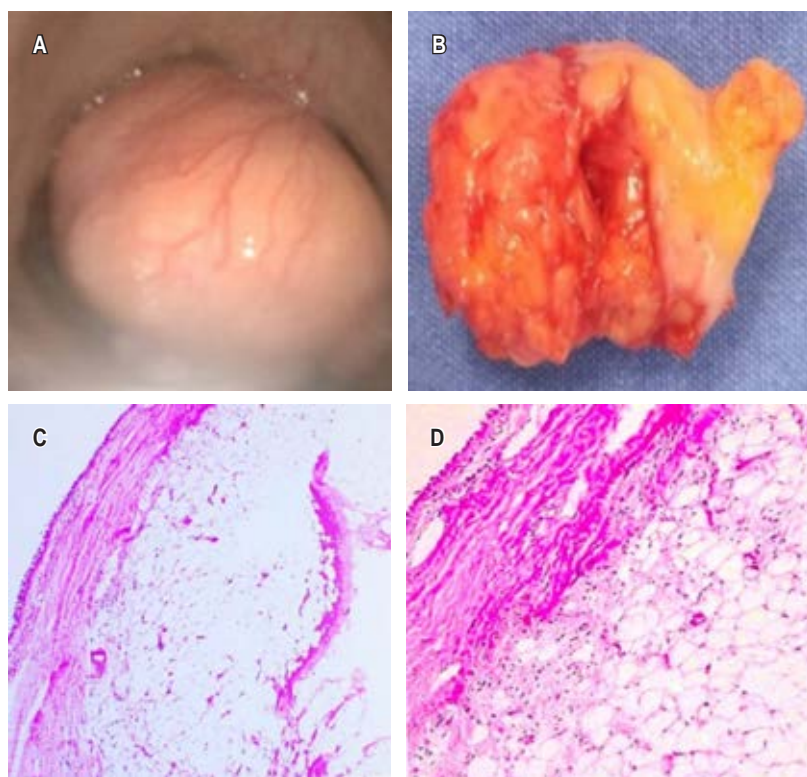


Figura 2:

A) Broncoscopia, muestra una lesión móvil pedunculada, de superficie lisa, implantada en la pared anterior de la tráquea. **B)** Lipoma de histología clásica de 30 mm de eje mayor. **C)** Panorámica de tumor submucoso con diferenciación adiposa. **D)** Neoplasia benigna compuesta por adipocitos maduros.

endoscópico puede realizarse mediante resección con asa o crioterapia, es recomendable como primer abordaje.

El tratamiento intervencionista a través de la broncoscopia sólo debe aplicarse a tumores traqueales benignos de base estrecha, que se originan a partir de tejidos de submucosa, nodulares o polipoides que sobresalen en la luz traqueal, donde la base está conectada a la pared traqueal por un pedículo de longitud irregular, donde la superficie de tejido e irrigación es menor y, por el ende, el riesgo de sangrado disminuye. En nuestro caso se tomó la decisión de resecarlo mediante esta técnica.

La resección traqueal con reconstrucción debe considerarse cuando el estudio histopatológico proporciona evidencia de márgenes de malignidad o la imagen radiológica muestra una extensión tumoral a través de la pared traqueal y el tratamiento endoscópico falla.^{1-3,5}

CONCLUSIONES

La mayoría de los tumores del árbol traqueobronquial son malignos. Los tumores benignos son raros y el lipoma es extremadamente raro como en nuestro caso. El lipoma de la tráquea es histológicamente benigno y puede causar una obstrucción de las vías respiratorias. Los tumores traqueales primarios deben ser sospechosos en pacientes con síntomas de disnea recurrentes y sintomatología respiratoria. Se debe considerar realizar tomografía cervical, torácica;

la broncoscopia flexible debe ser oportuna, pues puede proporcionar un diagnóstico preciso.

Los tratamientos intervencionistas a través del fibrobroncoscópico son principalmente adecuados para tumores traqueales benignos con márgenes estrechos. Sin embargo, si el tratamiento broncoscópico no es posible, se debe considerar la resección quirúrgica para disminuir el riesgo de mortalidad de esta patología.^{1-3,5}

REFERENCIAS

1. Nicola N, Cattoni M, La Rosa S, Imperatori A. A rare case of incidental tracheal lipoma. *Arch Bronconeumol*. 2018;54(12):630-632. doi: 10.1016/j.arbres.2018.02.023.
2. Zhang X, Ji T, Yang L, Liu Y, Lin H, Pan H, et al. Surgical treatment of tracheal lipoma after multiple bronchoscopy interventions and placements of a tracheal stent. *Thorac Cardiovasc Surg Rep*. 2019;8(1):e20-e23. doi: 10.1055/s-0039-1688903.
3. Macchiarini P. Primary tracheal tumors. *Lancet Oncol*. 2006;7(1):83-91. doi: 10.1016/s1470-2045(05)70541-6.
4. Gamblin TC, Farmer LA, Dean RJ, Bradley RA, Dalton ML. Tracheal polyp. *Ann Thorac Surg*. 2002;73(4):1286-1287. doi: 10.1016/s0003-4975(01)03115-0.
5. Wu BR, Chen CH, Liao WC, Cheng WC. Life-threatening tracheal benign tumor: lipoma. *Intern Med*. 2016;55(12):1677-1678. doi: 10.2169/internalmedicine.55.6334.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.