

INFORME DE CASO**Lipoma torácico transmural. Presentación de un caso y revisión de la literatura****Transmural thoracic lipoma. Case report and literature review**

Dr. Servio Tulio Cintra Brooks¹, Dr. Carlos Fernández Illas², Dra. Amara Cintra Pérez³

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar y Consultante. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Cirugía General. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" Guantánamo Cuba

RESUMEN

Se presenta un paciente de 45 años de edad a consulta por aumento de volumen de la región pectoral izquierda del tórax, de 10 años de evolución, con aumento progresivo, lento y curso asintomático. La radiografía simple lateral izquierda de tórax muestra una masa bien definida con componente intra y extratorácico, con una densidad grasa homogénea en proyección anteroinferior. Fue intervenido

resultados anatomopatológicos arrojaron la presencia de un lipoma, sin afectación de los arcos costales anteriores. Por la rara frecuencia de estos tumores de la pared costal, especialmente, los benignos, es por lo cual se decide presentar este caso así como los aspectos más relevantes y actuales respecto a la variedad de los mismos.

Palabras clave: lipoma torácico

ABSTRACT

A patient with 45 years old is presented by enlargement of the left pectoral region of the chest, 10 years of evolution, progressive, asymptomatic course and slow growing. The left lateral radiograph of the chest showed a well-defined mass with intra and extra thoracic component with a homogeneous fat density in anterior projection. The patient was operated and was done excision of the tumor. The pathological results showed the presence of a lipoma, without affecting the previous costal arches. Due to the rare frequency of chest wall tumors, especially benign, the investigator decided to present this case as well as the most relevant and current studies respect to the variety of the same aspects.

Keywords: thoracic lipoma, surgery, chest wall

INTRODUCCIÓN

En 1778, Airman (citado por King) describió la primera resección de la pared torácica y desde entonces se han descrito varias experiencias que informan la evolución en el diagnóstico y el tratamiento de los tumores que afectan la pared torácica.¹

Los tumores de la pared torácica registran un porcentaje inferior al 1 % respecto de todas las tumoraciones del organismo y son, en su mayor parte, de origen osteocartilaginoso.²

Cerca del 75 % son malignos, pero pueden aparecer una variedad de tumores primarios benignos que crecen de los huesos o los tejidos blandos.

Los lipomas son tumores mesenquimatosos benignos, compuestos por grasa madura.³ Pueden ser únicos o múltiples, superficiales o profundos (más raro). El lipoma profundo tiende a estar más circunscrito que el superficial y sus contornos suelen estar determinados por los espacios que ocupan sin infiltrar estructuras vecinas.⁴ Casi todos los lipomas torácicos (LT) se originan en el mediastino o en la pared torácica, existe un ligero predominio de los mismos en el sexo masculino y generalmente son asintomáticos.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 45 años, del sexo masculino, sin antecedentes patológicos personales ni familiares.

Historia de la enfermedad actual: Paciente que acude al centro hospitalario por presentar aumento de volumen de la región pectoral izquierda de largo tiempo de evolución, fue remitido al servicio de cirugía general de este centro y valorado por el grupo multidisciplinario de cirugía torácica, se decide su ingreso para su posterior estudio y tratamiento.

Examen físico positivo: A la palpación de la región pectoral izquierdo se constata un aumento de volumen, redondeado, de consistencia blanda, no dolorosa, con superficie lisa y regular, sin otras alteraciones la piel que la recubre.

Exámenes complementarios: Hematológicos dentro de rangos normales. Extendido citológico (BAAF) de aspecto espigado con fondo hemático y células de tejido adiposo de características citológicas normales.

Estudios imagenológicos: La radiografía simple lateral izquierda muestra una masa bien definida con componente intra y extratorácico, con una densidad grasa homogénea en la que pueden verse septos fibrosos y de proyección antero inferior.

En la tomografía axial computarizada (TAC) de tórax se constata imagen hipodensa con una densidad de menos 114 UH multilobulada en el mediastino anteroinferior izquierdo en estrecho contacto con el área cardiaca que protruye hacia partes blandas y mide 82 por 77 mm compatible con lipoma. No lesión costal. Este estudio reveló además que el componente intratorácico del tumor estaba conectado por un istmo estrecho de un tejido graso intercostal a un extratorácico. Esta característica morfológica es considerada típica de un lipoma torácico transmural.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente (Figuras 1 y 2) y se le realizó la exéresis de la lesión. No fue necesario colocar material protésico para realizar el cierre del defecto de la pared costal.

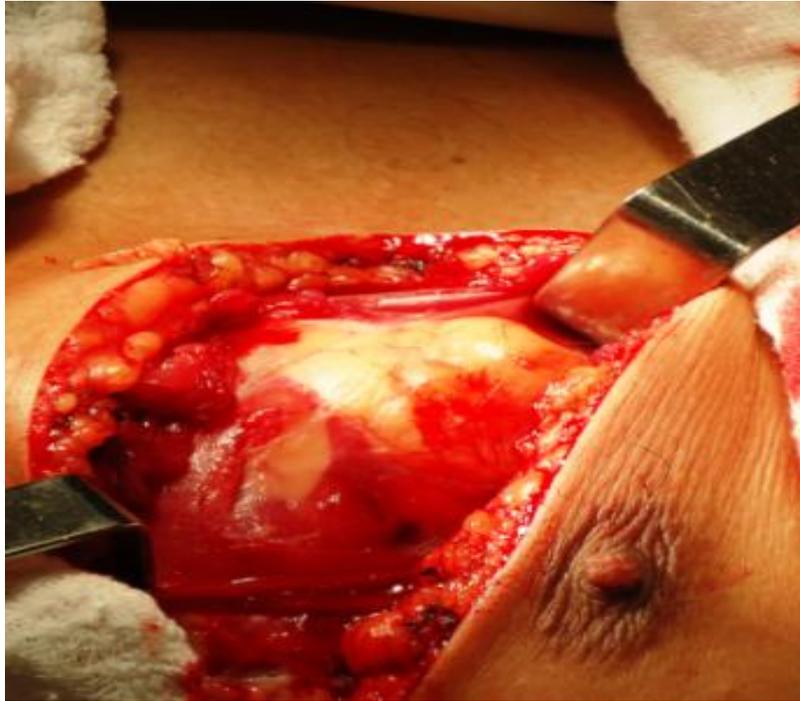


Figura 1. Exéresis quirúrgica de la lesión.



Figura 2. Pieza quirúrgica (lipoma).

DISCUSIÓN DEL CASO

Los lipomas torácicos solamente producen síntomas cuando llegan a formar una masa lo suficientemente voluminosa para comprimir estructuras nerviosas vecinas y cardiopulmonares. Ellos están usualmente compuestos de lóbulos de grasa separados por septos fibrosos y pueden o no tener capsula fibrosa.⁵

Los lipomas en el tórax se pueden subdividir en tres grupos según su localización:

1. Intratorácico: localizados totalmente subpleurales, endobronquiales o intrapulmonares.
2. Cervicomedialísticos: se originan en el mediastino y se extienden al cuello.
3. Transmurales: originados en la pleura parietal, presentan un componente intratorácico y otro extratorácico conectados por un istmo graso a través del espacio intercostal (como en nuestro paciente) o, excepcionalmente, a través de un defecto esternal.^{1,4,5}

Estos lipomas torácicos transmurales son extraordinariamente raros y se pueden asociar a anomalías en el tamaño y la morfología de la costilla y del cuerpo vertebral vecinos que corresponden a su distribución dermosómica.

Anatómicamente, el espacio extrapleural esta delimitado por costillas y la pleura parietal y contiene nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido areolar. Por estas razones los tumores se pueden formar a partir de algunos de estos elementos, es difícil por la radiología distinguir un lipoma benigno o hematoma de un tumor neurogénico, fibroma, mesotelioma o metástasis de un carcinoma.

Diferentes investigadores han probado describir signos radiográficos los cuales favorecen el diagnóstico de lipomas torácicos. Comparativamente desde el punto de vista radiológico, una masa tumoral cambia de forma durante la respiración y cambia en el paciente de la posición vertical a Trendelenburg, han sido reportado casos con estas características^{6,7,8}. Yet Shaub *et al* ⁴, (citado por Chang) recientemente reportó 4 casos de lipoma extrapleural en los cuales estos signos no fueron de utilidad en el diagnóstico preoperatorio.

La eficacia de la TAC para medir la masa de grasa en el mediastino es conocida.⁹ La única capacidad de la TC para precisar con exactitud los tumores, sus márgenes y composición de diferentes tejidos, y medir el crecimiento tridimensional es logrado para ayudar en el diagnóstico y

evaluación de masas extrapleurales. Aunque los hallazgos radiográficos encontrados en estos casos fueron favorablemente indicativos de valor, el diagnóstico de certeza y la correcta delimitación de la composición del tumor fueron completamente mejorados por la TAC.

Es considerable señalar, que mientras la mayor parte de los lipomas torácicos son asintomáticos, la extirpación quirúrgica es primariamente para el diagnóstico temprano y realizar un proceder terapéutico adecuado.

En el futuro inmediato con el incremento y la utilización y aceptación del CT scan, quizás menos pacientes necesiten la aplicación de la anestesia general y extirpación quirúrgica de los lipomas torácicos asintomáticos.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. King RM, Pairolero PC, Trastek VF, Piehler JM, Payne WS, Bernatz PE. Primary chest wall tumors: factors affecting survival. *Ann Thorac Surg.* 1986; 41:597-601.
2. Incarbone M, Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors. *WorldJ Surg* 2001; 25:218-230.
3. Ramos J, Amores F, Sánchez F, Alcázar J, Márquez A. Lipoma torácico transmural asociado a anomalía ósea congénita. *Mapfre Med.* 2009; 12:5-61.
4. Chan J. Solitary fibrous tumour - everywhere, and a diagnosis in vogue. *Histopathology.* 1997; 31:568-576.
5. Miguel Vasallo, Igor Bello y cols. Lipoma torácico cérvico torácico. *Revista de la Facultad de Medicina, Volumen 33- No. 1, 2010.*
6. Ramos J R, Amores F, Sánchez P, Alcázar J D, Lipoma torácico transmural asociado a anomalía ósea congénita. *Mapfre Medicina, Am J Roentgenol. Ja* 20011; 12: 59-61.
7. Tumores malignos de la pared torácica. P. Rodríguez¹, J. Freixinet¹, E. Canalís², R. Embun³, M. Hussein¹, J.J. Rivas³ Servicio de Cirugía Torácica. ¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. *Rev Patol Respir.* 2013; 16(1): 3-7.
8. Ryu KM, Myung NH, Seo PW. Clear cell chondrosarcoma arising from the sternum: a rare tumor in an uncommon location. *Ann Thorac Surg.* 2012; 93: 1725-7.
9. Souza FF, de Angelo M, O'Regan K, Jagganathan J, Krajewski K, Ramaiya N. Malignant primary chest wall neoplasms: a pictorial review of imaging findings. *Clin Imaging.* 2013; 37: 8-17.

10. Abbas AE, Deschamps C, Cassive SD, Nichols FC, Allen MS, Cerfolio RJ, Bryant AS, Minnich DJ. Minimally invasive chestwall resection: sparing the overlying, uninvolved extrathoracic musculature of the chest. *Ann Thorac Surg.* 2012; 94: 1744-7.

Recibido: 20 de febrero de 2014

Aprobado: 10 de abril de 2014

Dr. Servio Tulio Cintra Brooks. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** cintra@infosol.gtm.sld.cu