

Lipoma intratorácico

Bandrés Carballo B, Parra Gordo ML, Castaño Palacio DM, Caba Cuevas M, Olivera Serrano MJ, Caballero Sánchez-Robles P

Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid

Varón de 52 años de edad, que acude a su médico de atención primaria por tos y fiebre de 3 días de evolución, sin disnea. Es fumador y obeso, sin otros factores de riesgo.

Se solicita radiografía póstero-anterior y lateral de tórax para descartar neumonía. En ella se observa una lesión de características extrapulmonares en la mitad superior y lateral del hemitórax derecho, de aproximadamente 60 x 45 mm; no se identifican alteraciones costales adyacentes (figura 1). Este hallazgo puede estar en relación con tumor fibroso pleural, lipoma o tumor mesenquimal de la pared torácica.

Se completa el estudio con tomografía computarizada (TC) de tórax, que muestra una masa homogénea con valores de atenuación correspondientes a tejido graso (figura 2); esta lesión presenta un aspecto "en reloj de arena", con una extensión tanto hacia la cavidad intratorácica como hacia las partes blandas de la pared a través del tercer espacio intercostal y desplaza al músculo serrato anterior. Corresponde, por tanto, a un lipoma, sin poder descartar liposarcoma de bajo grado con las pruebas de imagen.

Se realiza extirpación programada de la lesión por toracotomía derecha con resultado anatomopatológico de tejido adiposo maduro, bien vascularizado, con finos tractos conectivos, compatible con el diagnóstico radiológico de lipoma.



Figura 1: Radiografía de tórax PA y lateral: se observa una lesión de características extrapulmonares en la mitad superior del hemitórax derecho sin identificar alteraciones costales adyacentes (flechas)

COMENTARIO

Los tumores benignos de la pared torácica son lesiones poco frecuentes que se originan en los vasos sanguíneos, nervios, hueso, cartílago o grasa.

Los lipomas son tumores benignos constituidos por grasa madura, encapsulados y de crecimiento lento. Se clasifican en dos tipos, de acuerdo con su localización: superficiales o subcutáneos (tumores frecuentes que se localizan generalmente en la región superior de la espalda, cuello y hombro) y profundos.

Los profundos suelen ser de mayor tamaño y estar peor definidos. Ocasionalmente pueden mostrar un comportamiento agresivo (lipomas infiltrantes o liposarcomas). La mayor parte de los que se originan en la pared torácica son lipomas profundos.

Los lipomas y lipoblastomas de la pleura visceral pueden ocurrir en niños y constituyen hallazgos fortuitos raros. El de la pared torácica, que se origina en la capa submesotelial de la pleura parietal y protruye hacia la cavidad pleural, es un hallazgo casual algo más frecuente, observado en 0,1 % de los TC de tórax.

Heuer clasificó el lipoma intratorácico en tres grupos principales:

- Lipoma intratorácico con extensión extratorácica a través de un istmo que ocupa una perforación en la pared torácica, usualmente entre las costillas, que adopta una morfología "en reloj de arena" (como en nuestro caso).
- Lipomas del mediastino superior que se extienden cranealmente; se presentan como masas en la raíz del cuello.
- Lipoma intratorácico, sin extensión fuera del tórax.

Se presentan típicamente en pacientes de 50-70

años y son más frecuentes en personas obesas. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos y su hallazgo suele ser casual en radiografías realizadas por otros motivos. Los síntomas son secundarios al efecto de masa en los de gran tamaño e incluyen tos no productiva, dolor de espalda, disnea de esfuerzo, sensación de peso en el pecho, trastornos cardiacos e incluso la muerte.

En la radiografía de tórax los lipomas torácicos aparecen como lesiones de partes blandas que forman ángulos obtusos con la pared torácica (característico de lesión extrapulmonar); pueden alcanzar un gran tamaño.

En la TC y RM son tumores homogéneos con atenuación (-50 a -150 UH) e intensidad de señal grasa, respectivamente; no se realzan tras la administración de contraste. Sin embargo, con frecuencia presentan septos finos que se realzan levemente. Las pruebas de imagen no permiten diferenciar los lipomas de los liposarcomas bien diferenciados.

El diagnóstico diferencial de las masas extrapulmonares en la radiografía de tórax incluye el empiema organizado, el derrame o hematoma pleural loculado, la metástasis pleural, las lesiones costales (fracturas, tumores primarios o metastásicos, plasmocitoma), el lipoma, otros tumores mesenquimales (tumor fibroso solitario, mesotelioma...) y los tumores neurales. Si la lesión está próxima al diafragma, el diagnóstico diferencial debe incluir las hernias y eventraciones localizadas. La señal de grasa con escasos septos en la TC o RM es suficientemente específica para un diagnóstico inmediato.

No se ha establecido una estrategia para el manejo de los pacientes con lipomas intratorácicos asintomáticos. Muchos autores recomiendan la resección quirúrgica del tumor para:

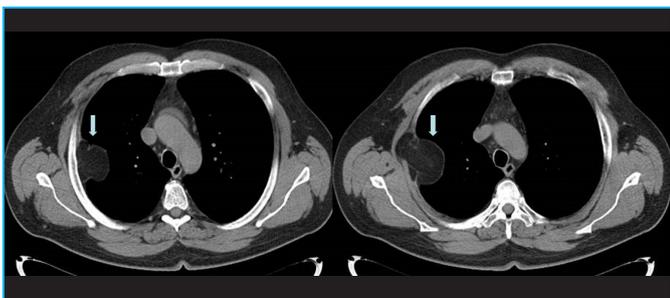


Figura 2: TAC de tórax con contraste intravenoso: masa de bordes bien definidos localizada en la región superior y lateral del hemitórax derecho, de 7 cm de eje máximo, homogénea, con algún septo en su interior y valores de atenuación de tejido grasa (flechas); presenta morfología "en reloj de arena", con extensión hacia la cavidad intratorácica y hacia la pared torácica, y desplaza al músculo serrato anterior: corresponde a un lipoma, sin poder descartar liposarcoma bien diferenciado

- Evitar que aumente de tamaño y se vuelva sintomático.

- Por la dificultad de diferenciar lipomas de liposarcomas con las pruebas de imagen, especialmente los bien diferenciados.

- Por la posibilidad de progresión a lesiones de alto grado de algunos lipomas al cabo del tiempo.

El seguimiento radiológico puede ser una opción para pacientes de edad avanzada o con mala situación clínica.

El pronóstico tras la resección de los lipomas es generalmente bueno. Se ha descrito una tasa de recurrencia local inferior a 5 % debido a la dificultad de extraer completamente algunos de estos tumores de localización profunda o por presentar un comportamiento infiltrativo que impide su exéresis completa.

En conclusión, cuando se sospeche el diagnóstico de un lipoma intratorácico siempre hay que considerar la posibilidad de lipoma infiltrante o liposarcoma y recomendar la resección quirúrgica con fines diagnósticos y terapéuticos.

BIBLIOGRAFIA

- Heuer GJ. The thoracic lipomas. *Annals of Surgery* 1993;5:801-19.
- Völk M, Strotzer M, Feuerbach S. Intrapulmonary or extrapulmonary? *The British Journal of Radiology* 2000;73:451-2.
- Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ. Fat-containing Lesions of the Chest. *Radiographics* 2002;22:S61-S78.
- Tateishi U, Gladish GW, Kusumoto M, Hasegawa T, Yokoyama R, Tsuchiya R, Moriyama N. Chest Wall Tumors: Radiologic Findings and Pathologic Correlation. *Radiographics* 2003;23:1477-90.
- Granville L, Laga AC, Allen TC, Dishop M, Roggli VL, Churg A, Zander DS, Cagle PT. Review and Update of Uncommon Primary Pleural Tumors. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129:1428-43.