

Masa extrapleural como hallazgo casual en un paciente asintomático

¹López Rubio E, ²Caballero Sánchez-Robles P, ¹Villar Zarra K, ²Olivera Serrano MJ, ¹Gamillo Amat C

¹Servicio de Anatomía Patológica

²Servicio de Radiología

Hospital de la Princesa. Madrid

Varón de 52 años de edad, que acudió al hospital para polipectomía de colon programada. Presentaba obesidad mórbida y era fumador desde hacía 19 años de unos 35 cigarrillos/día.

Al realizar las pruebas preoperatorios habituales, en la radiografía de tórax (figura 1) se observó una masa de bordes bien definidos y ángulos obtusos con la pared lateral del hemitórax superior derecho, con criterios de lesión extrapulmonar¹.



Figura 1. Lipoma pleural en la pared torácica derecha, con bordes bien definidos y ángulos obtusos, características de lesión extrapleural

Se realizó una tomografía computarizada (TC) (figura 2) para valorar mejor el origen y extensión del tumor. En ésta se apreció una masa de aproximadamente 7 cm de eje máximo que presentaba unos valores de atenuación correspondientes a tejido graso, aunque en su interior se apreciaban también imágenes lineales de densidad de partes blandas. La lesión presentaba un aspecto en “reloj de arena”, con una extensión hacia la cavidad intratorácica y otra hacia las partes blandas de la pared torácica que desplazaban al músculo escaleno.

El diagnóstico más probable era el de lipoma; no obstante, debido a las imágenes de mayor densidad en su interior, se planteó la posibilidad de un liposarcoma^(1,2) y se decidió su extirpación para el estudio anatomopatológico.

Macroscópicamente la pieza tenía forma ovoide e irregular y parecía estar bien encapsulada. Al corte presentaba una superficie homogénea, amarillenta y de consistencia ligeramente dura al tacto. En el estudio microscópico (figura 3) se observaba tejido adiposo maduro, bien vascularizado, con finos tractos conectivos y rodeado por una fina capa fibrosa, compatible con lipoma.

COMENTARIO

Los lipomas son tumores mesenquimales benignos de aspecto homogéneo, normalmente rodeados por una fina cápsula fibrosa, que presentan un crecimiento lento y expansivo. El tamaño de los lipomas intratorácicos es mayor que el de otras localizaciones y pueden alcanzar los 20 cm³.

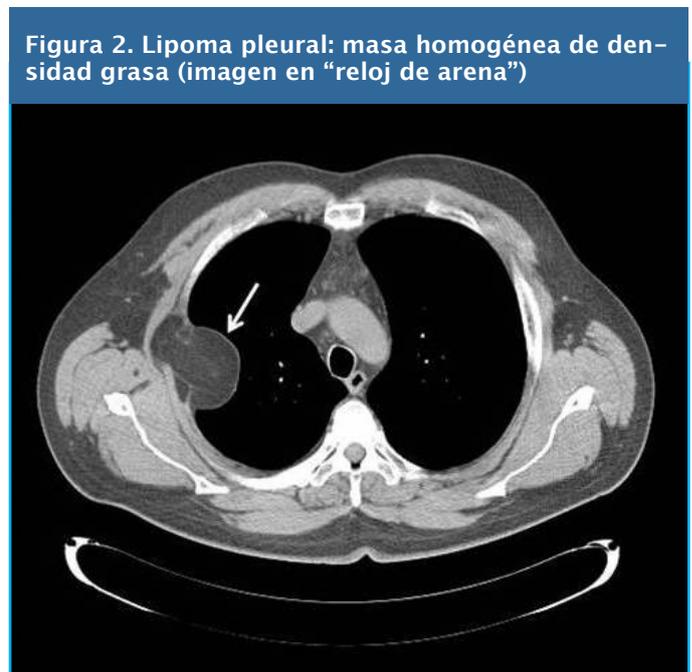
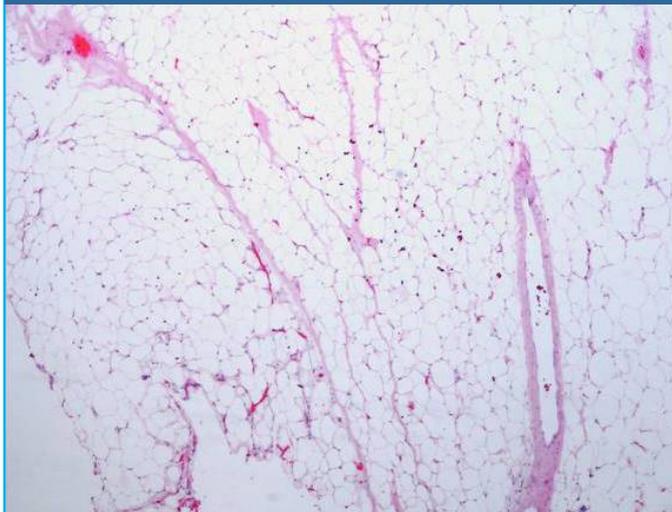


Figura 2. Lipoma pleural: masa homogénea de densidad grasa (imagen en “reloj de arena”)

Aunque son los tumores de tejidos blandos más frecuentes en adultos, es raro encontrarlos en la caja torácica. Los lipomas subpleurales surgen de las capas submesoteliales de la pleura parietal y se pueden extender al espacio subpleural, pleural o extrapleural^{3,4}. Dan una imagen en "reloj de arena", como la que presentamos.

Figura 3. Lipoma pleural: tejido adiposo maduro con septo fibroso en medio, que se corresponde con la zona de estrangulamiento del tumor.



Estos tumores aparecen en pacientes de 50-70 años y más frecuentemente en personas obesas⁵. La mayoría de los pacientes suelen estar asintomáticos, por lo que su hallazgo suele ser casual gracias a una radiografía de tórax, como sucedió con nuestro paciente; sin embargo, algunos casos pueden presentar síntomas, como tos no productiva, dolor de espalda, disnea u opresión torácica³.

La radiografía simple es el método por el cual se descubre la lesión. A partir de ella se plantean varios diagnósticos diferenciales (tabla 1).

Según la morfología que se aprecia en la radiografía, podíamos sugerir que se trataba de una lesión de la pared torácica o bien pleural. Al no existir datos de lesiones óseas, se descartaron los tumores de localización ósea. Tampoco se consideró el mesotelioma ni las metástasis pleurales, ya que, en general, cursan con derrame pleural⁶. Finalmente el diagnóstico diferencial se hizo entre lipoma, liposarcoma, leiomioma, neurofibroma, neurinoma y tumor desmoide. Los hematomas de la pared torácica también pueden presentar una imagen parecida y de dimensiones similares¹; en nuestro caso era bastante improbable, ya que el paciente no había sufrido ningún traumatismo previo.

La TC redujo las posibilidades a los tumores de

origen adiposo. La presencia de las zonas de densidad similar a la de partes blandas, que podían ser zonas de hemorragia o necrosis², motivó la extirpación y el estudio histológico de la lesión, que confirmó su benignidad.

Aunque con la TC se puede aproximar el diagnóstico de tumor pleural con contenido adiposo, es difícil diferenciar un lipoma de un liposarcoma de bajo grado. Por ello es importante su estudio histológico, ya que la única diferencia entre ambos son el número de mitosis y la atipia celular.

Tabla 1. Tumores extrapulmonares		
	Benignos	Malignos
Derivados de hueso	Osteoma osteoide	Osteosarcoma
Derivados de cartilago	Quiste óseo aneurismático	Sarcoma de Ewing
Fibrosos de hueso	Encondroma	Condrosarcoma
Vasculares	Osteocondroma	Histiocitoma fibroso maligno
Adiposos	Displasia fibrosa	Hemangiosarcoma
Musculares	Hemangioma	Liposarcoma
Neurales	Lipoma y sus variantes	Leiomioma
Fibrosos	Leiomioma	Rabdomiosarcoma
Pleurales	Rabdomioma	Neurofibrosarcoma
Metástasis	Neurofibroma	Schwannoma maligno

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuhlman JE, Bouchardy L, Fishman EK, Zerhouni EA. CT and MR imaging evaluation of chest wall disorders. *Radiographics* 1994;14:571-95.
2. Craig WD, Fanburg-Smith JC, Henry LR, Guerrero R, Barton JH. Fat-containing lesions of the retroperitoneum: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2009;29:261-90.
3. Andreu C, Yat-Wah P, Fraga J, Olivera MJ, Caballero P. Necrotic lipoma of the posterior mediastinum. *Arch Bronconeumol* 2008;44:641-4.
4. Karlo CA, Stolzmann P, Frauenfelder T, Donati OF, Leschka S. Computed tomography imaging of subpleural lipoma in two men: two case reports. *J Med Case Reports* 2010;4:380.
5. Tateishi U, Gladish GW, Kusumoto M, Hasegawa T, Yokoyama R, Tsuchiya R, et al. Chest wall tumors: radiologic findings and pathologic correlation. Part 1: Benign tumors. *Radiographics* 2003;23:1477-90.
6. Wang ZJ, Reddy GP, Gotway MB, Higgins CB, Jablons DM, Ramaswamy M, et al. Malignant pleural mesothelioma: evaluation with CT, MR imaging, and PET. *Radiographics* 2004;24:105-19.