



ARTÍCULO BREVE

Tumores endobronquiales benignos infrecuentes

Albert Sánchez-Font^{a,*}, Lara Pijuan^b, Cristina Rodríguez-Rivera^c, Iván Vollmer^d y Víctor Curull^a

^a Servei de Pneumologia, Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, CIBER de Enfermedades Respiratorias (CibeRes), Barcelona, España

^b Servei d'Anatomia Patològica, Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^c Servei de Pneumologia, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

^d Servei de Radiodiagnòstic, Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

Recibido el 5 de noviembre de 2010; aceptado el 26 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 8 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Tumores endobronquiales benignos;
Lipoma endobronquial;
Schwannoma endobronquial;
Broncoscopia

KEYWORDS

Benign endobronchial tumors;
Endobronchial lipoma;
Endobronchial schwannoma;
Bronchoscopy

Resumen Las neoplasias pulmonares pueden manifestarse en forma de nódulo solitario, masa o tumoración endobronquial. Los tumores endobronquiales benignos son muy poco frecuentes, pero también forman parte del diagnóstico diferencial de las neoplasias de pulmón. En este trabajo describimos dos de ellos especialmente infrecuentes: un lipoma endobronquial, que era el responsable de una atelectasia, y un schwannoma o neurilemmoma, que fue un hallazgo endoscópico casual.

© 2010 SEAP y SEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Rare benign endobronchial tumors

Abstract Lung cancer can present as a solitary nodule, a mass or an endobronchial lesion. Benign tumors of the endobronchial tree are uncommon but are included in the differential diagnosis of lung cancer. We present two particularly rare benign endobronchial tumours — an endobronchial lipoma causing atelectasis and an asymptomatic schwannoma or neurilemmoma, discovered on endoscopy.

© 2010 SEAP y SEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los tumores pulmonares benignos representan menos del 4% de los tumores que afectan al pulmón. De éstos, los que

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ASanchezF@parcdesalutmar.cat
(A. Sánchez-Font).

se localizan endobronquialmente representan un porcentaje todavía inferior. Por lo general, se detectan de forma casual a partir de técnicas de imagen o por la presentación de una sintomatología derivada de la obstrucción endobronquial producida por su crecimiento: tos crónica y/o neumonías de repetición. Su tratamiento suele limitarse a la exéresis de la lesión mediante técnicas de broncoscopia intervencionista como la fotorresección con láser, aunque en ocasiones deberemos recurrir a la cirugía.

Caso 1

Varón de 74 años, ex fumador desde hacía 10 años de 50 paquetes/año, diagnosticado de EPOC estadio IV de la clasificación GOLD en fase de insuficiencia respiratoria crónica con oxigenoterapia crónica domiciliar y síndrome de apneas-hipoapneas del sueño tratado con presión positiva continua en la vía aérea. En el último año había presentado tres neumonías en el lóbulo medio, sin otra sintomatología acompañante. Se realizó TC torácica que informó de imágenes compatibles con subatelectasias en el lóbulo medio y la lingula. La fibrobroncoscopia evidenció una tumoración blanquecina milimétrica de bordes lisos, bien delimitada, en el orificio del bronquio de la lingula. La biopsia de dicha lesión mostró una proliferación celular de aspecto neuronal, cuya inmunohistoquímica fue positiva para proteína S100, compatible con schwannoma benigno. Dado el pequeño tamaño de la lesión, la ausencia de repercusión clínica y la comorbilidad respiratoria, se decidió no realizar ningún tratamiento activo, acordándose controles periódicos. El paciente ha permanecido asintomático tras 6 meses de seguimiento.

El schwannoma o neurilemmoma es un tipo de tumor neurogénico de naturaleza benigna, derivado de las células de Schwann, y es el más frecuente entre los tumores de los nervios periféricos¹. En el tórax, suele originarse a partir de los nervios intercostales y la cadena simpática, siendo la localización intrapulmonar y endobronquial muy poco frecuente². Los tumores neurogénicos primarios de pulmón suponen únicamente el 0,2% de todas las neoplasias pulmonares³.

El schwannoma aparece, por lo general, como un tumor solitario, y cuando su presentación es múltiple suele ser manifestación de una neurofibromatosis de Von Recklinghausen². Su aspecto macroscópico es el de un

nódulo firme, elástico, bien delimitado, de superficie de corte gris blanquecina, a veces mucoidea.

Histológicamente, se trata de una lesión encapsulada caracterizada por presentar un doble patrón: las áreas de Antoni A y B. Las primeras conforman el componente celular de la lesión. Se trata de células fusiformes cuyos núcleos se disponen en algunas zonas en empalizada, formando dos filas paralelas separadas por las prolongaciones de las células de Schwann, originando los cuerpos de Verocay. Las áreas de Antoni B son hipocelulares, predominando un estroma mixoide laxo con vasos sanguíneos y células inflamatorias crónicas (fig. 1 A y B). Desde el punto de vista inmunohistoquímico, las células del schwannoma muestran, de forma característica, una intensa tinción con proteína S100, principalmente en las áreas de Antoni A³ (fig. 1 C).

El curso clínico del schwannoma es muy variable, en función de la localización y del tamaño del tumor. Kasahara et al² revisaron un total de 50 casos que clasificaron en lesiones centrales y periféricas. En los pacientes con tumor de localización central los síntomas más frecuentes fueron la disnea, el estridor y la tos, mientras que los de localización periférica cursaron en su mayoría asintomáticos o con síntomas leves, constituyendo un hallazgo casual. También se han observado casos de atelectasia o neumonía en tumores situados en un bronquio lobar.

El tratamiento de elección consiste en la exéresis de la tumoración mediante cirugía, aunque también se utiliza la resección con láser por vía endoscópica, si bien se ha asociado con una elevada tasa de recidiva local debido a que en la mayoría de los casos la exéresis es incompleta⁴. En nuestro caso, dado el pequeño tamaño de la lesión, la ausencia de clínica y comorbilidad del paciente, se decidió conducta expectante.

Caso 2

Varón de 50 años, fumador activo con un índice acumulado de 25 paquetes/año, diagnosticado de EPOC estadio II de la clasificación GOLD que ingresó por neumonía extrahospitalaria con una radiología simple de tórax que mostraba una atelectasia del lóbulo superior izquierdo (LSI). La TC torácica informó de condensación parenquimatosa y atelectasia del segmento apicoposterior del LSI y de la lingula con dilataciones bronquiales en su interior (fig. 2 A). La

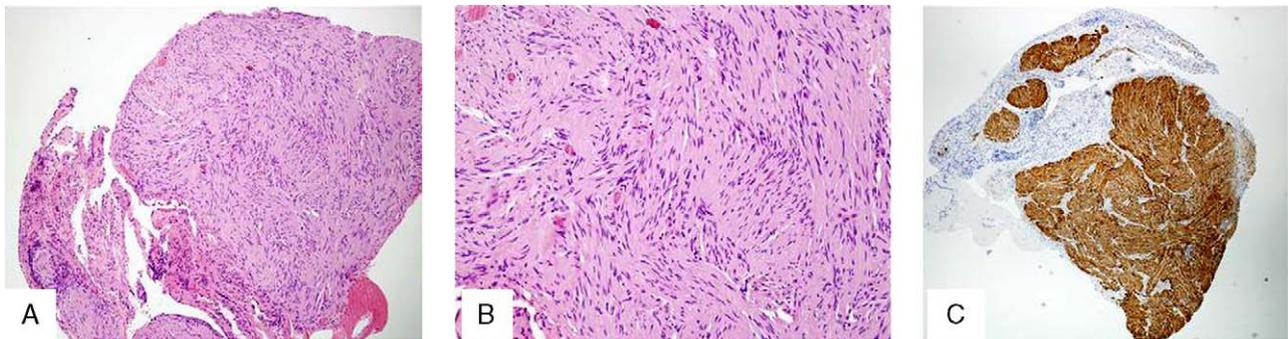


Figura 1 A) Biopsia de mucosa bronquial con proliferación fusocelular benigna en la submucosa compatible con schwannoma (HE, $\times 100$). B) Detalle de una área de Antoni A con cuerpos de Verocay (HE, $\times 200$). C) Inmunotinción positiva para proteína S100 en las células de estirpe neural (proteína S100, $\times 100$).

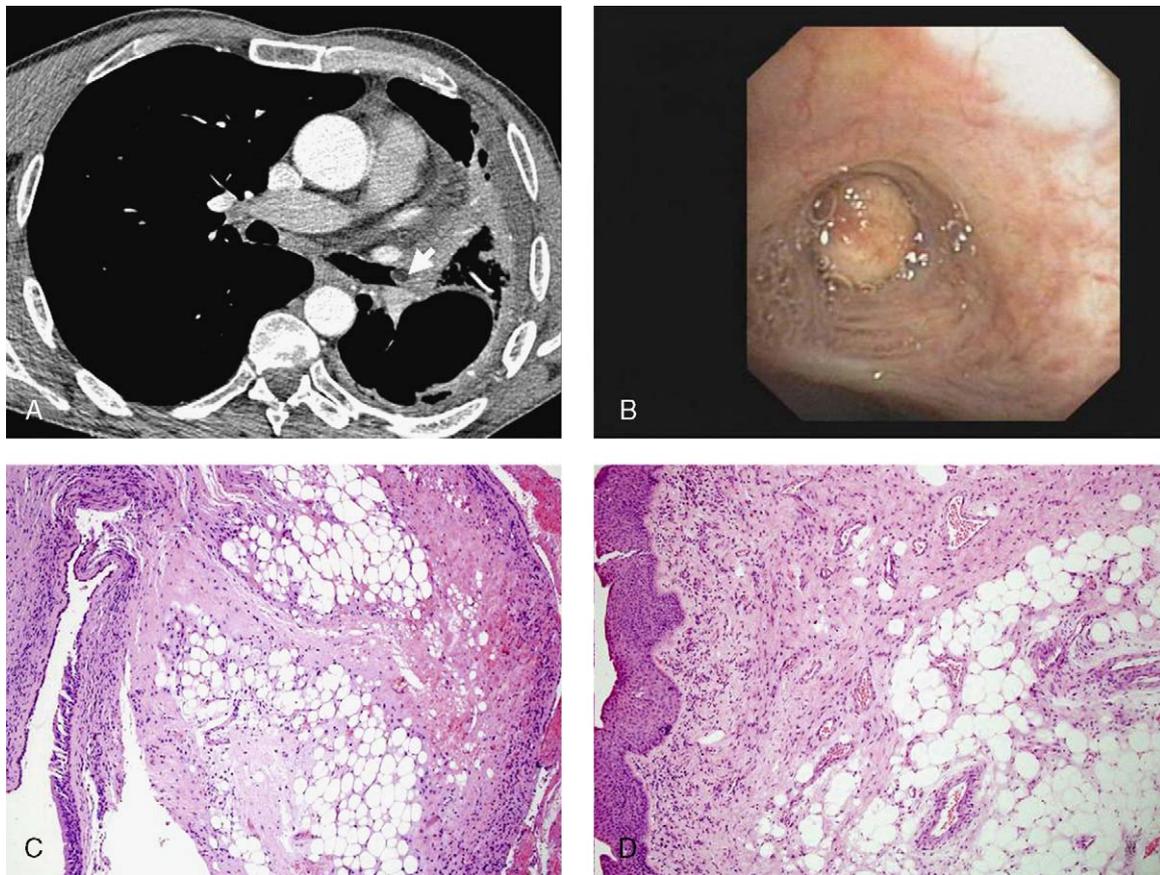


Figura 2 A) Lesión (flecha) en el interior del bronquio principal izquierdo de aspecto hipodenso (grasa) compatible con lipoma o hamartoma lipomatoso endobronquial. B) Tumoración endobronquial pediculada en el orificio del bronquio lobar superior izquierdo. C) Biopsia de mucosa bronquial con proliferación de elementos fibroadiposos en la lámina propia sugestivos de lesión mesenquimal de bajo grado (HE, $\times 100$). D) Pieza de resección de la lesión endobronquial compatible con lipoma endobronquial (HE, $\times 100$).

fibrobroncoscopia mostró una tumoración endobronquial pediculada en el bronquio lobar superior izquierdo que lo ocluía prácticamente en su totalidad (fig. 2 B). Las biopsias bronquiales correspondían a elementos fibroadiposos en la lámina propia sugestivos de lesión mesenquimal de bajo grado. El estudio de toda la pieza extraída mediante broncoscopia rígida fue diagnóstico de lipoma endobronquial (fig. 2 C y D).

La mayoría de los lipomas torácicos se originan en el mediastino o en la pared torácica y raras veces en el interior de los pulmones. En este último caso, por lo general, se localizan endobronquialmente, y muy ocasionalmente en la periferia del pulmón. Los lipomas pulmonares son tumores también infrecuentes, habiéndose descrito en la literatura menos de 100 casos. Se considera que su frecuencia es del orden del 0,1 al 0,5% de todos los tumores pulmonares. La mayoría de los lipomas endobronquiales afectan a bronquios lobares o segmentarios proximales. En una serie japonesa, la más extensa hasta la fecha, la localización del tumor fue derecha en el 63% de los casos, y mayoritariamente en las tres primeras divisiones del árbol bronquial⁵. La sintomatología es obstructiva en la localización endobronquial, pudiendo asociarse a la presencia de atelectasia o neumonitis obstructiva, como ocurrió en el caso presentado. En España se publicó un caso que se manifestó como empiema secundario a neumonitis obstructiva⁶. Existe una ligera

predominancia en el sexo masculino y parece relacionarse con el tabaquismo y la obesidad⁷. Desde el punto de vista anatomopatológico, el lipoma endobronquial se sitúa en el interior de la luz de las vías aéreas o puede extenderse entre las placas cartilaginosas hacia el intersticio peribronquial contiguo, y en ocasiones al parénquima pulmonar. La TC es de gran utilidad en el diagnóstico al detectar fácilmente la presencia de grasa en su composición. El tratamiento consiste en la resección mediante broncoscopia. La cirugía está indicada en los casos en que el tumor muestra destrucción del tejido pulmonar circundante o cuando por dificultades técnicas no sea posible el tratamiento endoscópico⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Agradecimientos

Damos las gracias al Dr. Antoni Rosell y al Dr. Roger Llatjós, del Hospital de Bellvitge, por facilitarnos parte del material iconográfico utilizado en el manuscrito.

Bibliografía

1. Bosch X, Ramírez J, Font J, Bombí JA, Ferrer J, Vendrell J, et al. Primary intrapulmonary benign schwannoma. A case with ultrastructural and immunohistochemical confirmation. *Eur Respir J*. 1990;3:234–7.
2. Kasahara K, Fukuoka K, Konishi M, Hamada K, Maeda K, Mikasa K, et al. Two cases of endobronchial neurilemmoma and review of the literature in Japan. *Intern Med*. 2003;42:1215–8.
3. Roviato G, Montorsi M, Varoli F, Binda R, Cecchetto A. Primary pulmonary tumours of neurogenic origin. *Thorax*. 1983;38:942–5.
4. Önal M, Ernam D, Atikcan S, Memiş L. Endobronchial schwannoma with massive hemoptysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2009;57:89–92.
5. 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;123:293–6.
6. Casanova Espinosa A, Cisneros Serrano C, Girón Moreno RM, Olivera MJ, Moreno Balsalobre R, Zamora García E. Pleural empyema associated with endobronchial lipoma. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:172–4.
7. Schraufnagel DE, Morin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. *Chest*. 1979;75:97–9.