

LIPOMA GIGANTE CERVICO –TORÁCICO. ABORDAJE MIXTO POR CERVICOTOMÍA Y TORACOSCOPIA. REPORTE DE UN CASO

Miguel Vassallo *, Igor Bello **, Jenny Guevara **, Naydelí García *, Hermógenes Malavé *, Gabriel Escalona **, Luis Figueroa ***, Noel Rebolledo ****

RESUMEN: *Se presenta un caso de lipoma cervicotorácico gigante en paciente femenino de 45 años de edad, quien consultó por aumento de volumen cervical, odinodisfagia y disnea. Una radiografía de tórax y tomografía computarizada reveló una masa gigante intratorácica bilateral, ocupando la cavidad torácica izquierda con extensión al mediastino anterosuperior y al cuello, desplazando la tráquea y la faringe hacia la porción anterior y derecha. La paciente se llevó a resección quirúrgica del tumor cervico-torácico, con examen histológico que confirmó el diagnóstico de un lipoma gigante, con peso de 475 gramos y medidas de 30 x 20 cm. Este es el lipoma cervico-torácico más grande documentado en la literatura moderna y con abordaje mixto cervicotomía más toracoscopia.*

Palabras clave: *Lipoma gigante, Cervicotorácico, Toracoscopia, Cervicotomía.*

ABSTRACT: *Female patient 45 years old with giant cervicothoracic lipoma, that consulted by increase of cervical volume, odinodysphagia and dyspnea. An x-ray thorax and computerized tomography revealed a bilateral intrathoracic giant mass, occupying the left thoracic cavity extending to the anterosuperior mediastinum and the neck, causing displacement of the trachea and the pharynx towards the previous and right portion. The patient took to surgical resection of the cervical thoracic tumor, with histological examination that confirmed the diagnosis of a giant lipoma, with weight of 475 grams and measures of 30 x 20 cm. It is largest cervical thoracic lipoma documented in modern literature and with cervicotomy and thoracoscopic approach.*

Key words: *Lipoma, Giant, Cervico-thoracic lipoma, Thoracoscopy, Cervicotomy.*

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son tumores mesenquimatosos benignos, compuestos por grasa madura ⁽¹⁾. 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 ⁽¹⁾. Casi todos los lipomas torácicos (LT) se originan en el mediastino o en la pared torácica y solo raras veces en el interior de los pulmones; en este último caso, por lo general se localizan a nivel endobronquial y muy ocasionalmente a nivel pulmonar periférico. Los lipomas pulmonares y mediastinales son tumores infrecuentes, reportándose en la literatura menos de 100 casos. Se considera que su frecuencia es del orden del 0,1 % de todos los tumores pulmonares. Existe un ligero predominio de los mismos en el sexo masculino⁽²⁾. Generalmente son asintomáticos, aunque pueden producir clínica de disnea obstructiva.

* Profesor agregado del Servicio de Cirugía Dos. Hospital Universitario de Caracas.

** Residente de Posgrado de Cirugía General. Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía Dos.

*** Adjunto del Servicio de Cirugía de Tórax. Hospital Universitario de Caracas.

**** Adjunto del Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Caracas.

Recibido: 07-04-10

Aceptado: 07-05-10

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 45 años de edad, quien inicia enfermedad actual en febrero de 2009 cuando presenta aumento de volumen cervical izquierdo (Figura 1), acompañado de odinodisfagia y disnea acentuada por el decúbito. Consulta endocrinólogo en julio de 2009, quien plantea diagnóstico diferencial de bocio sumergido; se realizan estudios de imágenes y punción por aspiración con aguja fina. El estudio histológico informó células adiposas, por lo que fue referida al servicio de Cirugía de Tórax y Cirugía Dos del Hospital Universitario de Caracas.

Antecedente de cura operatoria de hernia inguinal derecha en la infancia y 3 cesáreas segmentarias (1984, 1986 y 1988), sin complicaciones.

No consume bebidas alcohólicas, cigarrillos o drogas ilegales. Niega antecedentes de cáncer en los miembros de su familia.

Examen físico con tensión arterial sentada y acostada 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca y pulso 80 lpm, frecuencia respiratoria 21 rpm, buen estado general, alerta, orientada, mucosa oral hidratada. Cuello aumento de volumen en región cervical izquierda, redondeada, renitente, poco móvil, adherida a planos profundos, sugestiva de bocio sumergido. Tórax normoexpandible, ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax sin adventicios. Ruidos cardíacos normales. Abdomen blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes y sin dolor a la palpación profunda. No se palpan visceromegalias.

Al momento de su ingreso en agosto 2009, se le realizó biometría hemática, perfil de coagulación y química sanguínea sin alteraciones. El perfil tiroideo del



Figura 1. Aumento de volumen cervical de la paciente.

19 de agosto resultó normal. Se le realizó radiografía de tórax evidenciándose una masa radiopaca ensanchando el mediastino superior y campo pulmonar derecho (Figura 2). Posteriormente se solicitó tomografía computarizada cervical y de tórax donde se reconoce la presencia de ensanchamiento del mediastino y del espacio cervical posterior, con abundante tejido graso a nivel del espacio prevascular y espacio pretraqueal, región subcarinal y espacio cervical posterior, que condiciona la presencia de lipomatosis mediastinal. Se concluye como imagen de ocupación de espacio de densidad grasa, que se extiende desde el espacio cervical posterior, comprometiendo el mediastino hasta la región subcarinal, sugiriendo la presencia de lipomatosis mediastínica (Figura 3). Finalmente se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) cervical, apreciándose extensa lesión ocupante de espacio (LOE), aparentemente originada en la región basal del cuello del lado izquierdo, con extensión hacia la porción superior del cuello y hacia la región torácica. Dicha lesión es hiperintensa tanto en T1 como en T2, de bordes bien delimitados, ejerce efecto de masa, presenta saturación grasa. Además desplaza la tráquea y la faringe hacia la porción anterior y derecha, ocupa gran parte del mediastino anterosuperior. Diámetros: sagital 17 x 6 cm, coronal 18 x 12 cm y transversal a nivel torácico mide 15 x 5 cm (Figura 4). Cordón medular sin alteraciones.

Exámenes de laboratorio: Hgb 13,3 g/dL, Htc 41 %, GB $7\ 900 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrófilos 62,6 %, Linfocitos 28,7 %, Plt $345 \times 10^3/\mu\text{L}$, Glu 88 mg/dL, BUN 21 mg/dL y Creat 0,67 mg/dL.

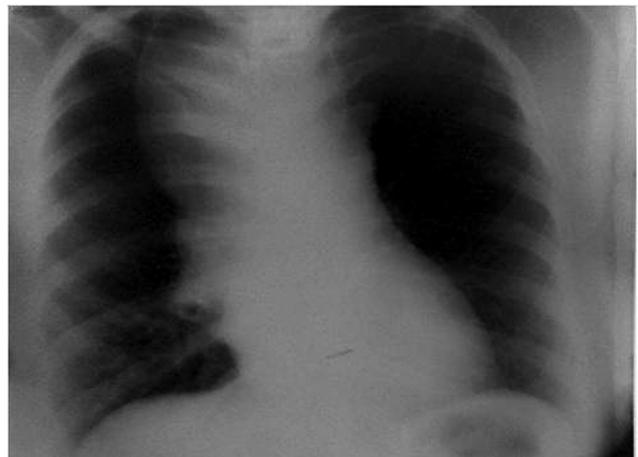


Figura 2. Radiografía de tórax.

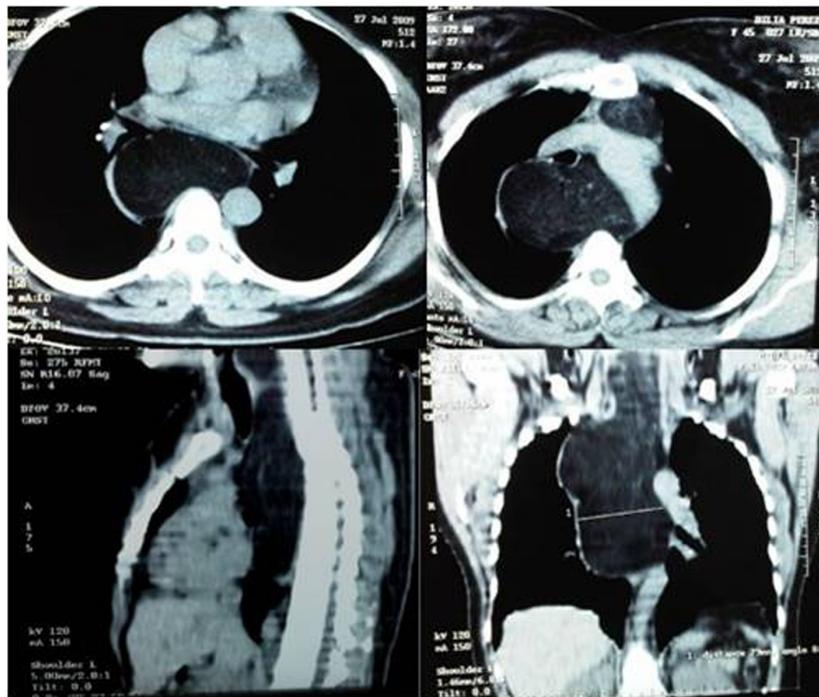


Figura 3. Tomografía computarizada cervical y de tórax cortes 1 y 2 transversal, 3 sagital y 4 coronal.

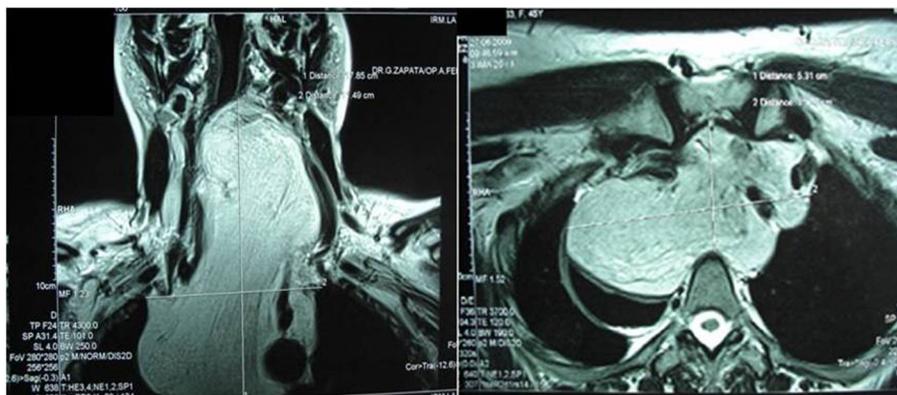


Figura 4. RMN cervical cortes 1 coronal y 2 transversal.

En vista de estos hallazgos se realiza resección del tumor en 2 tiempos. Primer tiempo: cervicotomía izquierda, con incisión desde la base del mastoideo, anterior al esternocleidomastoideo, con extensión en J hasta la región supraesternal, con los hallazgos de lipoma de aproximadamente 10 cm, íntimamente adherido al esófago cervical, vena yugular interna y arteria carótida interna, con extensión intratorácica de

dimensiones desconocidas (Figura 5). Segundo tiempo toracoscopia derecha, posicionando a la paciente en decúbito lateral izquierdo. Se colocó un trocar en 5° espacio intercostal derecho con línea axilar media para la colocación de la óptica de 30°. Bajo visión directa se colocaron dos portales de trabajo en 3° espacio intercostal con línea axilar anterior y en 5° espacio intercostal derecho con línea axilar posterior.



Figura 5. Disección completa del lipoma en el tiempo de cervicotomía.

Se encontró un tumor graso que se extendía desde el estrecho torácico superior hacia la derecha por debajo de la vena ácigos hasta el lóbulo inferior del pulmón derecho, cubierto de pleura mediastínica y el esófago adherido a la pared posterolateral derecha (Figura 6).

Se completó la resección del tumor y se extrajo por herida de toracotomía derecha de 5 cm (extensión de incisión de trócar en 3° espacio intercostal). El tumor pesó 475 g y midió 20 x 30 cm (Figura 7). El estudio anatomopatológico reportó lipoma.

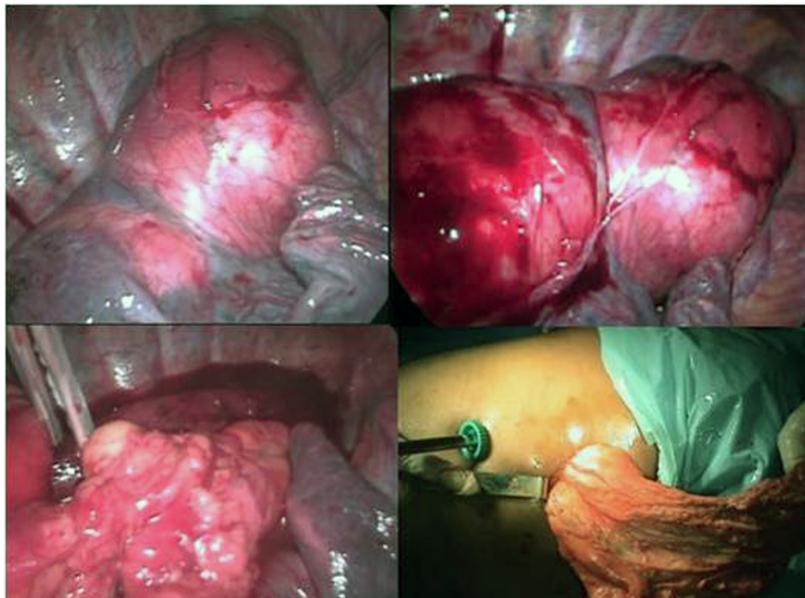


Figura 6. Toracoscopia: 1 Tumor graso cubierto de pleura mediastínica hasta la base del pulmón derecho, 2 Vena ácigos. Esófago referido, 3 Disección completa del tumor. 4 Extracción del espécimen por herida de toracotomía.



Figura 7. Espécimen.

COMENTARIOS

El hallazgo clínico de un lipoma es muy común, la mayoría se encuentra en el tejido celular subcutáneo de cualquier parte del cuerpo. Casi siempre son benignos, aunque raras veces presentan degeneración maligna. Los lipomas benignos en la cavidad torácica son extremadamente raros, sin embargo, se han reportado casos aislados de masas gigantes intratorácicas. Son bien circunscritos y derivan del mesénquima, específicamente del tejido adiposo, son completamente encapsulados en la mayoría de los casos y tienen típicamente un crecimiento lento, a menudo de muchos años⁽³⁾. Son usualmente identificados en radiografías de tórax de rutina o son descubiertos en pacientes con síntomas de trastornos de motilidad para la respiración o disnea secundaria a la compresión de un bronquio, nervio vago, esófago u otras estructuras internas. Otros síntomas pueden incluir tos, arritmias, ortopnea y disfagia intermitente⁽⁴⁾. Ack y col. reportaron un caso de un lipoma intratorácico, extrapericárdico en un paciente con disfunción del ventrículo izquierdo⁽⁵⁾. Al paciente se le extirpó el tumor y subsecuentemente sufrió arresto cardíaco por compresión directa de la masa⁽⁵⁾.

Recomendaciones subsecuentes incluyen resección en bloque de estos tumores siempre que sea posible, porque esta es la única opción terapéutica. Una vez resecados, recurrencias locales de lipomas intratorácicos o mediastinales son extremadamente infrecuentes. Los lipomas mediastinales típicamente se ubican en el mediastino anterior y representan solamente 1,6 %-2,3 % de los tumores primarios del mediastino⁽³⁾. Histológicamente, los lipomas son compuestos por adipocitos maduros separados de septos fibrosos incompletos. La diferenciación de un lipoma con un liposarcoma puede ser retardadora en muchos casos, especialmente si es de bajo grado de malignidad. Los lipomas benignos están compuestos por adipocitos maduros sin actividad mitótica, mientras que los liposarcomas tienen células de varios tamaños, con núcleos hiper cromáticos y citoplasma eosinófilo. Los liposarcomas suelen también tener gran número de mitosis, asociado con histiocitos multinucleados y la necrosis grasa puede ser vista en 25 % de los casos⁽⁶⁾. El timolipoma es otra neoplasia benigna, de crecimiento lento, del mediastino. El examen microscópico puede revelar epitelio tímico y/o células queratinizadas multilaminadas, en racimos o, rodeado de linfocitos malignos (corpúsculos de Hassall)⁽⁷⁾. No se encontró ningún caso de lipoma cervico torácico en la literatura médica de estas dimensiones y con abordaje mixto por cervicotomía y toracoscopia.

REFERENCIAS

1. Ramos J, Amores F, Sánchez F, Alcázar J, Márquez A. Lipoma torácico transmural asociado a anomalía ósea congénita. *Mapfre Med.* 2001;12:5-61.
2. Chan J. Solitary fibrous tumour - everywhere, and a diagnosis in vogue. *Histopathology.* 1997;31:568-576.
3. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ. Fat-containing lesions of the chest. *Radiograph.* 2002;22:61-78.
4. Cutilli T, Schietoma M, Marcelli VA, Ascani G, Corbacelli A. Giant cervico-mediastinal lipoma. A clinical case. *Minerva Stomatol.* 1999;48:23-28.
5. Ack A, Blohm M, Lye M. An intrathoracic lipoma impairing left ventricular function. *Br Heart J.* 1995;74:95. doi: 10.1136/hrt.74.1.95.
6. Weiss S, Enzinger Goldblum J. *Histological Typing of Soft Tissue Tumours.* St. Louis, MO: Springer; Lipomatous Tumours; 4ª edición. 1994.p.23-26.
7. Romero M, Duran-Padilla M, Cruz H, Castro L, Lopez D, Novelo V, et al. Diagnosis of thymolipoma with fine needle aspiration biopsy. *Acta Cytologica.* 2004;48:441-446.