

COMUNICACION

LIPOMAS BRONCOPULMONARES

Dres. *Elias Hurtado Hoyo** MAAC, *Miguel A. Calmés* MAAC, *Estela Díaz***
y *Gloria Pellegrini****

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA, HOSPITAL TORNÚ, BUENOS AIRES

RESUMEN

Se presentan 2 casos de lipomas broncopulmonares observados en un período de 14 años, en la revisión de un total de 381 enfermos portadores de tumores. Un caso correspondió a un lipoma endobronquial que requirió para su curación una pleuroneumectomía por las complicaciones del parénquima postobstrucción; el otro se trataba de un lipoma periférico en el que se realizó sólo una resección atípica conservadora. Ambos evolucionaron favorablemente. Se concluye en la necesidad del diagnóstico temprano para evitar resecciones mayores. Se menciona el uso de la laseroterapia por vía endoscópica para el tratamiento de los tumores benignos endobronquiales.

SUMMARY

In 381 patients with tumors, treated in a 14-year period, 2 cases of bronchopulmonary lipomas were observed. One case corresponded to an endobronchial lipoma which required a pleuroneumectomy because of the complications of the postobstruction parenchyma; the other case was a peripheral lipoma in which only an atypical conservative resection was performed. Both cases evolved favorably. The conclusion is that it is necessary to make an early diagnosis to avoid more important resections. The use of lasertherapy via endoscopy for the treatment of endobronchial benign tumors is mentioned.

Palabras clave: lipoma - broncopulmonar

El primer informe de un lipoma bronquial fue hecho por Rockitansky en 1854^{cit. 26}, pero por la

descripción de la lesión encontrada en el examen postmortem y debido a los tipos existentes de microscopios en la época, hay dudas de si era un verdadero lipoma o un hamartoma. Labceudene en 1879^{cit. 27}, menciona un segundo caso también hallado en la autopsia, pero otra vez se plantean dudas de su verdadero diagnóstico. Buchman^{cit. 8} en 1911 agrega a la literatura un lipoma del parén-

* Miembro Asociado Titular, Jefe del Servicio.

** Anatómopatóloga.

*** Médico Residente de Cirugía del Hospital Rivadavia de Buenos Aires (en rotación).

Leída en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del 2 de abril de 1986.

quima pulmonar del lóbulo inferior derecho, a unos centímetros de la pleura visceral. Kerman²¹ en 1927, informa la primera extirpación de un lipoma submucoso de la bifurcación de la tráquea. Myrersen²² en 1928, usa la broncoscopia para extraer un fibrolipoma del bronquio principal izquierdo. Mc Glade²³ en 1939, Wilson y Pembleton²⁴ en 1942, describen 2 casos de lipomas pediculados que fueron tratados en forma similar. En 1947 Valen²⁵, realiza la extracción de un lipoma obstructivo endobronquial a través del broncoscopio con la accidental perforación del bronquio durante el procedimiento, con la total recuperación del enfermo. Touroff²⁶ en 1950, comenta 2 casos, uno de ellos se trataba de un lipoma en botón de camisa con penetración en el parénquima pulmonar. Para 1958, Hutchensen y colaboradores¹⁰, presentaron recopilados unos 23 casos de la literatura mundial. Arrigoni¹, en 1970 refiere que sobre un total de 130 casos de tumores benignos registrados en la década 1958-1968, en la Clínica Mayo, el porcentaje de lipomas fue de 1,5%, es decir 2 casos, ambos endobronquiales²⁷. En 1979 Jensen y Petersen¹⁷ recopilaron 48 casos en la literatura mundial a los que sumaron 3 de su servicio. Renault¹⁶ en 1974, en un trabajo sobre tumores benignos de los bronquios, informa que en Francia en 1960 se habían publicado 25 casos de lipomas a la vez que aporta 6 casos más. En 1979 Schraufnagel y colaboradores¹⁸, recopilan 49 lipomas endobronquiales, resaltando que en 8 oportunidades los pacientes eran obesos; establecen además un porcentaje del 13% sobre el total de tumores benignos observados por ellos. Giudice⁶ y Newland Oldham¹², en 1980 señalan 50 casos en la literatura inglesa. En lo nacional no se puede considerar una estadística exacta. Schieppati¹⁵ en 1962 refiere que los tumores benignos del pulmón oscilan entre el 3 y el 5% de los tumores pulmonares, aunque en su experiencia no pasaban del 1% del total de los enfermos torácicos registrados en el Instituto de Cirugía Torácica. Gilardón⁴ menciona un lipoma pulmonar. Dada la rareza de esta patología nos ha parecido interesante comunicar 2 casos de nuestra actividad hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el período comprendido entre 1972 y 1985 se estudiaron 381 pacientes con tumores broncopulmonares, en distintos Servicios de Cirugía de Buenos Aires, de los cuales 12 eran benignos con 2 casos de lipomas broncopulmonares. En el cuadro I se sintetiza la experiencia:

CUADRO I

Tumores broncopulmonares

Período y lugar	Nº de casos	Tumores benignos	Lipomas
1972-1980			
Hospital Durand	174	5	1
1981-1985			
Hospital Tornú	207	7	1
Total	381	12	2
	(100 %)	(3,15 %)	(0,525 %)

CASÍSTICA

Caso 1: F. G., hombre de 47 años de edad. Paciente con buen estado general, asintomático, que en un estudio laboral en 1973 en la radiografía de tórax se observó una imagen opaca de límites netos en base de hemitórax derecho. La broncoscopia y la tomografía no aclararon la etiología por lo que se efectuó toracotomía exploradora, comprobándose un tumor amarillento pulmonar subpleural del lóbulo inferior derecho; se le practicó resección atípica con margen oncológico. Postoperatorio normal. Informe histopatológico (4º Cátedra de Cirugía, inclusión 30.283): lipoma pulmonar.

Caso 2: S. D., hombre de 69 años de edad. Fumador de 60 cigarrillos diarios. Comenzó su enfermedad en 1975 con un cuadro bronquial agudo por lo que se practicó en otro Servicio una radiografía de tórax que mostró una opacidad apical izquierda. Se le realizó una fibrobroncoscopia que informó: "formación pediculada endoluminal que emerge del bronquio inferior izquierdo". Una biopsia endoscópica diagnosticó sospecha de atipia celular. Con este dato se efectuaron radioterapia (30 aplicaciones) y quimioterapia con ciclofosfamida. Recuperó el estado general, pero repitió los episodios bronquiales a través del tiempo. Consultó en nuestro Servicio luego de 10 años con una radiografía de tórax que mostraba una atelectasia total izquierda. Se practicó una endoscopia que informó: "lesión tumoral en bronquio fuente blanquecino-amarillento que no permite el paso del fibrobroncoscopio". La biopsia endoscópica fue negativa para células neoplásicas, a igual que el citológico de esputo seriado y el lavado bronquial. Buen estado general. El examen funcional respiratorio con reducción de capacidad de grado moderado con los siguientes valores: CVF 2.210 (59%), VEF1 1.440 (56%), FMF 80.69 (27%), los gases en sangre arterial estaban normales. La tomografía axial computada del tórax mostró una opacidad del hemitórax con desviación del mediastino hacia el mismo lado con escasas zonas de aereación. Ante la negatividad de los estudios, que no lograron confirmar la etiología, el buen estado del enfermo y los antecedentes de 10 años de evolución, se decidió realizar una toracotomía exploradora con la presunción diagnóstica de que se trataba de un tumor benigno con un pulmón destruido. Se abordó por una toracotomía axilar anterior variante I, encontrándose un pulmón con atelectasia crónica, por lo que se decidió realizar una pleurectomía. El material obtenido al efectuar la broncotomía fue enviado a anatomía patológica cuyo informe del estudio por congelación fue de "tumor benigno". En cambio el informe por inclusión (Htal. Tornú, inclusión 29.905) señaló: "lipoma de bronquio fuente y del bronquio seg-

mentario ápico-posterior del pulmón izquierdo; broncodilatación mucosa, fibrosis, antracosis y partículas birefringentes en el parénquima pulmonar. Pleura engrosada con fibrosis". El postoperatorio fue normal retirándose el drenaje al tercer día. En la actualidad el enfermo se encuentra asintomático.

COMENTARIOS

Los lipomas del pulmón son tumores benignos que se ubican en el grupo II (tumores de tejidos blandos) en la "Clasificación de Tumores Pulmonares" de la Organización Mundial de la Salud²⁴ (cuadro 2).

CUADRO 2

Tumores benignos del pulmón

Clasificación histológica (O.M.S. 1982)²⁴

-
- I - Tumores epiteliales
 - 1) Papiloma
 - a) Células escamosas
 - b) Transicional
 - 2) Adenoma
 - a) Pleomorfo (mixto)
 - b) Monomorfo
 - c) Otros
 - II - Tumores de tejidos blandos
 - a) Lipoma
 - b) Fibroma
 - c) Neurofibroma
 - d) Linfangioma
 - e) Otros
 - III - Tumores mesoteliales
 - a) Localizados
 - b) Pediculados
 - IV - Misceláneas
 - a) Tumor de células claras
 - b) Paraganglioma
 - c) Teratoma
 - V - Lesiones secunduarias a tumores
 - a) Hamartoma
 - b) Lesiones linfoproliferativas
 - c) Granuloma eosinófilo
 - d) Pseudotumor inflamatorio
 - e) Otros
-

Los lipomas endobronquiales nacen de la pared bronquial, como una proliferación del tejido adiposo que existe normalmente entre el cartílago y el músculo. Los periféricos⁹⁻²⁰ nacen del tejido adiposo que se encuentra presente en los bronquios pequeños. En uno de nuestros casos nació de la rama del segmento ápico-posterior, creciendo extensivamente separando los elementos de la pared bronquial, comprimiendo las luces bronquiales, siempre tapizado por epitelio, hasta proyectarse en el bronquio fuente como una formación polipoidea; en el otro caso era periférico subpleural.

Schieppati²⁵ para los tumores benignos, no halla diferencia entre varones y mujeres, siendo la edad promedio de 52 años, datos en que coinciden la mayoría de los autores. Las manifestaciones clínicas son diferentes de acuerdo con la localización de los tumores: los periféricos son generalmente asintomáticos, mientras los hiliares se presentan con un síndrome bronquial en el inicio, pudiendo dar hemoptisis o supuración al comenzar la obstrucción con atelectasia de acuerdo con el bronquio afectado. Se han descrito casos de cornaje en algunos lipomas de ubicación traqueal o de grandes bronquios. En su evolución final llegan al pulmón destruido pero reconociendo un pasado de infección, neumonitis, supuración, abscesos, empiemas.

Antes de la destrucción total del parénquima por la infección pasan por un periodo de alteración funcional por no comprometer la arteria en dicho periodo (periodo de "shunt"). El diagnóstico se basa en la radiografía simple que muestra en los periféricos una opacidad generalmente no redonda pero de bordes netos. Los hiliares, en la etapa pre-obstructiva pueden pasar inadvertidos.

Cuando comienzan los fenómenos postobstrucción aparecen imágenes atelectásicas parciales o totales en relación con el bronquio obstruido. En algunos casos se describen imágenes cavitadas por los abscesos subsecuentes. Cuando la atelectasia es de todo un pulmón puede observarse en la tomografía lineal la imagen en "dedo de guante" en el broncograma aéreo por la proyección de la zona emergente de esta tumoración. En la actualidad se piensa que la tomografía axial computada al no poder precisar las densidades podría hacer sospechar el diagnóstico de lipoma. Se la indicó en el 2º caso, no aclarando la etiología. El estudio histopatológico mantiene su actualidad como de método para el diagnóstico de los tumores pulmonares. Para los tumores hiliares el método de diagnóstico es la fibrobroncoscopia, para los periféricos la punción transparietal con aguja fina y/o la toracotomía exploradora. Otros métodos de estudio están dirigidos a la evaluación clínica general y en especial a la función respiratoria del paciente. De la revisión bibliográfica la posibilidad de transformación maligna es muy baja, pero debe tenerse siempre presente el estudio completo de la pieza operatoria para descubrir algún foco de malignización como nos ha ocurrido en un lipoma mediastinal.

La terapéutica ideal es la exéresis del tumor con la conservación máxima del parénquima funcional. Watts, Claggett y Mc. Donald²² trataron con lobectomía un caso de lipoma oclusivo del bronquio superior izquierdo complicado por severas bronqui-

ectasias. Humel y colaboradores⁸ realizaron una neumonectomía por las complicaciones generadas por la obstrucción crónica por un lipoma endobronquial.

Giúdice⁶ presenta un caso similar. Tarenger²¹ realizó una broncotomía y sección del pedículo con exéresis de la pieza. Jensen¹⁷, sobre 51 casos refiere la extirpación de 18 por broncoscopia (2 por nucleación, 2 por broncotomía, 12 por lobectomía y 6 por neumonectomía) de los cuales 10 fueron hallazgos de autopsia. Este autor considera que el número importante de toracotomías se debe a la dificultad diagnóstica.

En los lipomas periféricos se plantea la exéresis por resección atípica, mientras que la conducta en los hiliares depende de 2 factores: 1) si el pulmón subyacente está comprometido y no es recuperable, deberá efectuarse la exéresis pulmonar (lobectomía-neumonectomía); 2) en los casos de pulmón subyacente no comprometido se propician maniobras conservadoras (exéresis por broncotomía); excepto en los casos de tumores en botón de camisa de origen parenquimatoso con crecimiento endoluminal que son pasibles de tratamiento con cirugía resectiva menor (lobectomías).

Como se señaló, una maniobra que ha sido usada con éxito es la resección endoscópica²⁻¹². Puede presentar dificultades en los lipomas sésiles o con base extendida a la submucosa y en los muy vascularizados⁴.

Es interesante el desarrollo en otros países de la laseroterapia para el tratamiento de los tumores benignos endobronquiales. Personne, Leroy y Totty¹⁵ mencionan el tratamiento en 38 tumores benignos en los últimos 5 años con Laser YAG-Nd

adaptado a un fibroscopio, con buenos resultados posteriores; tienen a los lipomas como indicación de preferencia. Por lo que antecede se debe resaltar la necesidad de un diagnóstico oportuno y correcto, sobre todo en los lipomas endobronquiales, para no tener que efectuar maniobras resectivas mayores.

De la serie analizada los lipomas broncopulmonares representan el 0,52% de todos los tumores y el 16,6% de los tumores benignos.

CONCLUSIONES

Los lipomas broncopulmonares son poco frecuentes y se describen con la misma incidencia en varones y mujeres, relacionándolos a veces con otras lipodistrofias. A los periféricos se les atribuye mayor potencial de malignización. El estudio densitométrico por la tomografía axial computada podría ser un método de diagnóstico de certeza por mágenes. En los hiliares éste se hará por fibrobroncoscopia. En los periféricos el método que da tranquilidad del diagnóstico es la exéresis por toracotomía y el estudio exhaustivo de la pieza. La terapéutica de los periféricos es la exéresis tumoral, generalmente con resecciones atípicas conservadoras pero por plano oncológico. En los hiliares las posibilidades terapéuticas son diversas como las resecciones endoscópicas y la laseroterapia. La cirugía ofrece también maniobras como la exéresis por broncotomía.

En el caso con parénquima pulmonar comprometido deberá efectuarse la exéresis del mismo.

El diagnóstico en período oportuno permite realizar terapéuticas conservando al máximo el parénquima pulmonar. El pronóstico alejado es bueno.

BIBLIOGRAFIA

1. Arrigoni M. G.: *Benign tumors of the lung. A ten-years surgical experience.* Thor. and Cardiovasc. Surg., 60: 559, 1970.
2. Blayot I.: *Clínica del tórax.* 2ª Ed. Rad. Tottay S.A., 1977, pág. 308.
3. Caralps A.: *Lipoma endobronquial, atelectasia, bronquiectasia, supuración.* Prensa Méd. Argent., 58: 285, 1971.
4. Chiocca C. K. de, Gárdón A., Giordano C., Olmedo G. y Trigo E. R.: *Tumores del pulmón excluidos los carcinomas broncogénicos.* Rev. Argent. Ciruj., 41: 269, 1951.
5. Fraser y Paré: *Neoplasia disease of the lung.* VII, 2ª Ed., 8: 733, 1970.
6. Giúdice J.: *Endobronchial lipoma.* Chest., 77: 104, 1980.
7. Hinshaw C.: *Enfermedades del tórax.* II Ed. Edit. Panamer., 21: 408, 1970.
8. Hummel J., Roussel A. et Triboulet F.: *Lipomes endobronchiques.* Sem. Hôp. Paris, 1960, pág. 138.
9. Hurdado Hoyo E.: *Toracotomías axilares.* Ed. Sánchez T., Bs. As., 1984.
10. Hutchensen J.: *Lipoma of bronchus.* J. Thor. Sur., 35: 638, 1958.
11. Kerman J.: *Three unusual endoscopic cases.* Laryngoscope, 57: 62, 1927.

12. Nai San Wang and Merin J.: *Recurrent endobronchial soft tissue tumors*. Chest, 85: 787, 1984.
13. Newland Oldham H.: *Tumores benignos del pulmón y los bronquios*. Clin. Quir. N.A., 4: 827, 1980.
14. Paster M. y Jiménez Herreco B.: *Tumores benignos intrabronquiales*. Anales Cient. Asoc. Méd. Centro Gallego Bs. As., 14, 9: (8-9), 1939-60.
15. Pesonne C., Leroy M. y Toty L.: *Lascthérapie en lipomes endobronchiques*. Encyclopédie Méd. Chirurgicale 6040 K - 7, 1985.
16. Renuit P.: *Tumeurs bénignes des bronches*. Encycl. Méd. Chir. Paris, Poumon, 6022, L. 10, 12, 1974.
17. Scharling, Jensen and Petersen: *Bronchial lipoma*. S. and J. Thor. Cardiovasc. Surg., 4: 131, 1970.
18. Schieppati E.: *Tumores pulmonares benignos*. Bol. y Trab. Soc. Argent. Cirujanos, 23: 579, 1962.
19. Schraufnagel D.: *Endobronchial lipoma*. Chest, 75: 1, 1979.
20. Spencer H.: *Pathology of the lung*. V. 2, Saunders Comp. Philadelphia, 1977.
21. Tarenger J.: *Lipoma bronchique traité par bronchotomie*. Société Fran. Pathol. Respirat., 1964, pag. 10.
22. Touroff A.: *Lipoma of the bronchus and the lung*. An. Surg., 134: 244, 1951.
23. Wats C., Caggett O. and Mc Donald J.: *Lipoma of bronchus*. J. Thor. Surg., 15: 132, 1946.
24. World Health Organization: *Histological typing of lung tumours*. A.J.C.P., 123, February 1982.

DISCUSION

Dr. Abel R. Gilardón * MAAC: La extraordinaria rareza que nos comentó el Dr. Hurtado sobre los lipomas broncopulmonares podrían hacerlo considerar como una curiosidad médica. Sin embargo su conocimiento es necesario para su oportuno diagnóstico y rápida solución por los riesgos que implica, ya que si bien son histológicamente benignos tienen por su preferente topografía endobronquial un potencial de malignidad clínica que pueden llevar a situaciones como la del segundo caso que describió, por su tendencia a la obstrucción, provocando progresivamente retención de secreciones, infección, neumonitis, supuración, abscesos de pulmón, etc., es decir toda una secuencia séptica que lleva a la destrucción del pulmón y aun a la muerte. De manera que considero que la presentación del Dr. Hurtado expresa una inquietud muy plausible trayendo el tema a consideración de esta Academia.

Mi aporte se refiere al relato, en detalle, del caso de mi experiencia, al que aludí en su presentación. Se trataba de un enfermo de 67 años de edad que, sin antecedentes dignos de mención, consultó por disnea y en quien una radiografía de tórax (proyección) mostraba una sombra macronodular en la base izquierda confundida con el diafragma, heterogénea, con claridades en su interior y bien definida hacia arriba por un borde redondeado. No se advirtió ninguna otra patología en la playa pulmonar derecha ni en el resto de los campos pulmonares izquierdos. En la radiografía de perfil se veía el proceso ubicado en la región posteroinferior con una gran cámara aérea bien limitada hacia arriba por un fino arco y una sombra difusa, irregular,

mal limitada, hacia abajo. En ninguna de las 2 radiografías se definía el diafragma ni tampoco se sospechaba la presencia de los tumores que luego nos sorprenderían en la toracotomía. Estas imágenes, a pesar de ser un enfermo de 67 años de edad, nos hicieron sospechar fuertemente en la hernia diafragmática posterolateral que se confirmó entonces con el estudio contrastado de estómago y colon mostrando el ángulo esplénico del colon en su interior.

Estando el enfermo en condiciones quirúrgicas lo abordamos con una toracotomía posterolateral baja, confirmando en la exploración la presencia de la hernia contenida por un saco, o de tipo fetal, como corresponde a las posterolaterales cuando se las ve en los adultos, pero nos sorprendió el hallazgo de 2 tumores. Uno grande de 6 x 3 x 2 cm, polilobulado, depositado sobre el diafragma siguiendo el borde izquierdo del anillo herniario y en posición suberosa, de color amarillento y uniformemente blando con las características típicas de un lipoma y otro tumor, pequeño, redondeado, de 1 cm de diámetro y con características similares al anterior, situado en la cara mediastinal de la ligula, en posición suberosa o tal vez intraserosa, ya que su resección no dejó lecho cruento pulmonar ni pérdidas de aire. Ambos tumores se resecaron muy fácilmente y se reparó la hernia en forma clásica.

El estudio anatomopatológico (Dr. O. Croatto) fue informado: Examen macroscópico: Se permite para examen lipoma de diafragma que consiste en pezones adiposos separados por bandas conectivas que miden en el eje mayor 6 cm por 3 cm en el menor y 2 cm de espesor. El nódulo subpleural mide 1 cm de diámetro y está bien capsu-

* Miembro Emérito.

lado. Las secciones lo muestran constituido por tejido adiposo con algunos granos calcícos. Examen microscópico: Las distintas secciones muestran los típicos caracteres del lipoma en lo que hace al lipoma dorsal. Las secciones correspondientes al nódulo subpleural muestran también tejido adiposo en medio del cual se encuentran zonas calcificadas. Diagnóstico histopatológico: 1) Lipoma de diafragma y 2) Lipoma nodular subpleural con calcificaciones.

Este caso merece algunas consideraciones. Por lo pronto una hernia diafragmática posterolateral, aunque de tipo fetal, es muy rara en el adulto y mucho más a la edad de nuestro enfermo. Pero mucho más raro y sorprendente, fue el hallazgo de 2 lipomas endotorácicos, uno supradiagmático y otro de etiopatogenia discutible, en situación serosa o subserosa, y que siendo raros de encontrar en forma individual hacen que la coincidencia de su doble presentación sea excepcional.

*Dr. José Spátola ** MAAC: La comunicación del Dr. Hurtado Hoyo ha sido de sumo interés, resaltando la rareza de esta lesión, que sólo fue observada en una recopilación de la Mayo Clinic en 2 casos sobre 130 tumores benignos del pulmón. El 2º caso da lugar a algunos comentarios. Me pregunto si la lesión tratada 10 años antes fue un carcinoma inoperable que obligó a la radio y quimioterapia. De ser así no hubiese sido posible operarlo 10 años después. La endoscopia rígida en ese entonces no confirmó lesión tumoral en el bronquio primario y de haber existido un lipoma, con seguridad se hubiese visto.

El tratamiento efectuado sobre la supuesta lesión del bronquio pudo haber modificado la estructura del mismo y dar origen al lipoma? Es conocida la mutación que sufren algunos tumores con la radio y quimioterapia y las alteraciones estructurales de los tejidos irradiados.

Con respecto a la vía de abordaje axilar ampliada, para tratar un pulmón destruido, creo que no es la más apropiada, sobre todo teniendo en cuenta las extensas sinequias pleurales y la gran circulación colateral que se origina con motivo de la lesión pulmonar. Ello suele dar origen a profusas hemorragias durante la liberación, por lo cual pienso que la toracotomía posterolateral ofrece un amplio y fácil acceso.

*Dr. Eduardo Schieppati ** MAAC: La interesante comunicación del Dr. Hurtado Hoyo aumenta la ca-

suística nacional que no es muy importante. Sin entrar a analizar los 2 casos, yo quería decir que cuando el lipoma es intrabronquico, verificado por el estudio endoscópico y/o por la tomografía axial computada, y se puede estar seguro que no es un tumor que va más allá de la pared del bronquio, hay que tratar de hacer cirugía conservadora, es decir hay que hacer una broncotomía y una extirpación de ese lipoma que habitualmente es benigno, lo que permite conservar el pulmón.

La broncotomía es una operación muy útil. Ha sido hecha hace 40 años o un poco más por nuestro dilecto amigo el Dr. Angel Bracco para tratar un adenoma de bronquio, y creo que es una operación que ahora tiene todavía más justificación que antes, cuando era muy difícil estudiar y saber seguro si un tumor intrabronquico no perforaba el bronquio y se introducía en el pulmón. Con los estudios actuales la tomografía axial computada y una buena fibroscopia, se pueden conocer los límites del tumor. Si no puede hacerse la extirpación por vía endoscópica, lo que personalmente no me gusta, la broncotomía halla su indicación máxima para hacer una cirugía rápida, conservadora y que no sacrifica parénquima pulmonar. Lógicamente si el tumor es en reloj de arena, si se introduce dentro del pulmón, si hay sospecha de que la biopsia haya sido parcial, o si se trata de un tumor con otra estirpe histológica, entonces las cosas cambian. Aun así la broncotomía podría ser el primer paso para extirpar el tumor, y hacer una biopsia completa. Creo que es muy poco lo que se puede agregar y podría discutirse hasta el hartazgo la vía de acceso al tórax: si la axilar es la más conveniente o no, etc. Pienso que cada cirujano aborda las resecciones pulmonares por la vía con que tiene más experiencia, en cuyo caso cualquier vía puede ser suficiente y buena.

*Dr. Atilio Otero *** MAAC: Realmente es muy raro encontrar la patología descrita en este trabajo. En nuestra experiencia desde el año 1978 hasta la actualidad sobre 35 tumores benignos de pulmón que incluyen hamartomas, fibromas, tuberculomas, adenomas, etc., hubo un lipoma. Se trataba de un paciente de 68 años de edad (H.C. 86.995) y fue un hallazgo radiológico. Asintomático, presentó un nódulo redondeado de bordes netos de 2 x 3 cm de diámetro, en el campo medio del pulmón derecho y periférico. Todos los estudios efectuados fueron negativos decidiéndose una toracotomía exploradora posterolateral diagnóstico y terapéutica. Se corroboró el hallazgo radiológico, observándose el nódulo de color amarillo parduzco de 2 x 3 cm aproximadamente y de localización subpleural vis-

* Miembro Académico Titular.

** Miembro Asociado Titular.

ceral (lóbulo inferior). Escindió la pleura se enucleó fácilmente, completándose la operación con sutura pulmonar.

El aspecto macroscópico hizo sospechar la etiología lipomatosa que fue certificada por la histología. Inclusión N° 51.565: "las secciones revelan tejido adiposo maduro con tractos conectivos vasculares, que incluyen cartilago sectorialmente delimitado por epitelio bronquial típico y por fibrosis con proliferación del epitelio alveolar típico. Diagnóstico: lipoma pulmonar".

CIERRE DE LA DISCUSION **

Dr. *Eliás Hurtado Hoyos* * MAAC: El caso que describe el Dr. Gilardón plantea la situación del hallazgo intraoperatorio de tumores endotracheales abordados por otra patología. Compartimos su conducta reseccionista a pesar de tratarse de lesiones aparentemente benignas, dado que como señaláramos, en la bibliografía revisada se menciona la posibilidad de su malignización sobre todo en los periféricos. Si bien los límites bien definidos orientan hacia la benignidad, el apoyo de la biopsia por congelación ofrece más tranquilidad en la determinación de la resección que se plantea.

El Dr. Gilardón resalta el problema clínico grave que implica el tratamiento muy tardío de los tumores benignos endobronquiales por las complicaciones críticas a que están expuestos estos pacientes (hemorragias, cuadros sépticos, etc.), hasta configurar cuadros que denomina de "malignidad clínica". Adherimos a su opinión sobre todo cuando se puede evitar la destrucción de estos pulmones tratándolos en el momento oportuno con maniobras conservadoras.

El Dr. Spátola plantea una inquietud en el segundo caso presentado, al cual se efectuó radio y quimioterapia que podrían haber curado el cáncer pulmonar, y el lipoma originarse en la metaplasia vecinal de la probable escatiz tumoral. Pensamos que como hipótesis es factible, pero que en este caso, dadas las condiciones diagnósticas poco ciertas con las que se indicó esa terapéutica, nos parece poco probable. A la inversa, deberíamos rescatar este caso como un ejemplo más para reiterar que no se debe indicar una terapéutica de esa magnitud sin una certeza fehaciente del diagnóstico histológico. Además la evolución tan prolongada, característica de estos tumores, sólo expresados

por las complicaciones, nos inclina a mantener que desde un inicio se trataba de un lipoma.

En nuestras series de cáncer del pulmón, no tenemos ningún caso que sobreviviese 10 años con la aplicación exclusiva de radiaciones y monoterapia sistémica, ni con poliquimioterapia. Si, nos parece razonable que estos tratamientos produjesen fibrosis en el parénquima obligando al lipoma a crecer desde el bronquio lobar superior, punto de origen según la fibroscopía efectuada 10 años antes, hacia la luz del bronquio primario, como zona de mayor debilidad; sin embargo esta evolución se ha descrito en pacientes que no han recibido ninguna terapéutica previa.

El Dr. Spátola también pone reparos para efectuar por vía axilar, pleureumectomías o cualquier otro tipo de resecciones mayores endotracheales mencionando posibles complicaciones con dificultades para su solución. En nuestra experiencia, luego de más de 20 años de estar haciendo resecciones pulmonares, pensamos que en este tipo de intervenciones mayores (pleureumectomías) todas las vías de abordaje, inclusive la tan defendida posterolateral, tiene momentos en que el cirujano no está con un campo suficientemente satisfactorio que generalmente son los extremos de la cavidad torácica; son los tiempos operatorios donde deben extermarse las precauciones; reconocer este hecho de antemano conduce a que el cirujano lo realice con mesura. En el pulmón destruido izquierdo son tres: el vértice por el peígro que la falta de plano de clivaje desgare el tronco venoso braquial cefálico; en el mediastino posterior por la presencia de la aorta, y en el fondo de saco basal por el grosor pleural. En la actualidad, en nuestro Servicio la vía de elección es la que efectuamos, por ella se llevan realizadas 102 lobectomías y 49 neumectomías por distintas patologías; la vía posterolateral es para nosotros una vía alternativa para casos determinados, representando sólo el 15% de las vías utilizadas; así por ejemplo, sobre 10 casos de pulmones destruidos de distintas etiologías, 9 se resolvieron por toracotomía vía axilar y 1 posterolateral. De todas formas respetamos la posición expresada por el Dr. Spátola de preferir la posterolateral.

El Dr. Schieppati señala que en los casos presentados, por las lesiones encontradas, comparte la terapéutica. Aprovecha para resaltar la importancia de la broncotomía para la exéresis de los tumores benignos. Estamos en un total acuerdo con ello. De nuestra experiencia tenemos 2 tumores benignos endobronquiales, un hamartoma que fue curado con esta maniobra conservadora, cuyas secuencias técnicas proyectamos en estas sesiones como contribución al trabajo del Dr. Villegas sobre "Hamartomas

* Miembro Asociado Titular.

** Leída en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del 9 de abril de 1986.

pulmonares", y el otro corresponde al segundo caso presentado en esta oportunidad, que como pudieron observar por la tomografía axial computada y la pieza operatoria, ya se había destruido todo el parénquima pulmonar, obligando a efectuar una pleuroneumectomía.

Con respecto a la vía de abordaje al tórax, el Dr. Schieppati mantiene una posición amplia dejando librado a la experiencia de cada equipo la conducta a tomar. Compartimos totalmente esa opinión. Tal es así que en la actualidad se plantea una tercera posición con respecto a la vía de abordaje a seguir para efectuar resecciones pulmonares, la esternotomía mediana, defendida por distintos autores entre los que destacamos al Dr. Boretti por la experiencia alcanzada. Pensamos que esta nueva modalidad, esternotomía mediana longitudinal, exige los comentarios en defensa de la toracotomía anterior por vía axilar, que para nosotros ha reemplazado en la mayoría de los casos (85%) a la posterolateral. Aprovechamos esta oportunidad para hacer resaltar que por la vía axilar que realizamos hemos introducido 3 variantes, adecuando cada una de ellas a las maniobras a realizar. Estas variantes le dan individualidad en relación a las otras vías axilares descriptas.

El Dr. Otero aporta una interesante casuística de 38 tumores benignos en un período de 8 años, realmente una serie importante para nuestro medio. Nosotros observamos sólo 12 tumores benignos en 13 años representando el 3,15% sobre todos los tumores broncopulmonares. Desde ya, de esas cifras están excluidos tumores de baja malignidad como los carcinoides que son enucleados en el grupo de los malignos.

Es muy interesante el caso aportado de lipoma pulmonar subpleural y la forma en que lo resolvieron. Un dato anatómico útil a tener presente, es que se puede observar tejido adiposo hasta los bronquios, de 1 mm. de ahí lo periférico de muchos de estos tumores. El Dr. Otero también se inclina por la vía posterolateral, lo cual también respetamos, pero tomó en cuenta el caso que nos describió y siguiendo el intercambio de ideas que hemos hecho con el Dr. Spátola por la vía de abordaje que preferimos, aun para la cirugía de resección pulmonar, pensamos que los tumores benignos pueden ser resueltos por toracotomía anterior por vía axilar, y aun por vías axilares menos amplias, con suma facilidad y seguridad, ofreciendo a los enfermos mayor confort posoperatorio.