

Relato de Caso

Lipoma endobrônquico*

Endobronchial lipoma

ANTÔNIO MAURO BOF¹, ABRÃO RAPOPORT², LUIZ CARLOS PAIER¹, YARA LOPES DIAZ¹,
LUIZ CARLOS FILGUEIRAS LEIRO¹, ROBERTO RUBEN PANDO-SERRANO¹,
MÁRCIO ROGÉRIO ALCALÁ GOMES¹, EMÍLIO SCAFURA LOMONTE¹

RESUMO

Os lipomas são neoplasias benignas compostas basicamente de tecido adiposo e podem se localizar em várias partes do corpo. O caso relatado é de uma paciente que procurou o serviço médico com queixa de pneumonias de repetição. Após a propedêutica diagnóstica, que incluiu radiografia simples de tórax e tomografia computadorizada de tórax, suspeitou-se que havia uma lesão endobrônquica com densidade de gordura. A hipótese diagnóstica era a presença de um lipoma endobrônquico como responsável pelo quadro clínico da paciente, que foi confirmada após tratamento cirúrgico. Os objetivos deste trabalho são relatar o caso de um lipoma endobrônquico e fazer uma revisão da literatura.

Descritores: Pneumonia/complicações; Recidiva; Neoplasias brônquicas/cirurgia; Lipoma/cirurgia; Tomografia computadorizada por raios X; Relatos de casos

ABSTRACT

Lipomas are benign neoplasms composed primarily of adipose tissue and may be located in various parts of the body. The case reported is that of a patient who sought medical assistance complaining of recurring pneumonia. After diagnostic procedures, including chest X-ray and computed tomography scan of the chest, endobronchial lesion with fat density was suspected. The diagnostic hypothesis was endobronchial lipoma. This hypothesis was confirmed after surgical intervention. The aim of this study was to report this case of endobronchial lipoma and to review the available literature on the subject.

Keywords: Pneumonia/complications; Recurrence; Bronchial neoplasms/surgery; Lipoma/surgery; Tomography, X-ray computed; Case reports

INTRODUÇÃO

O lipoma é uma neoplasia benigna relativamente comum, originada dos adipócitos, que pode surgir em qualquer parte do corpo, sendo mais comum no tecido celular subcutâneo. Clinicamente os lipomas se manifestam como lesões nodulares, de consistência firme e elástica, podendo ser únicos ou múltiplos, normalmente assintomáticos e são retirados cirurgicamente, na maioria das vezes, por questões estéticas. Raramente podem se localizar na cavidade torácica, comprometendo brônquio, mediastino, co-

ração, parênquima pulmonar ou pleura.⁽¹⁾

Os lipomas endobrônquicos são pouco frequentes e, embora histologicamente benignos, podem causar importante morbidade, devido a pneumonias recorrentes causadas por obstrução brônquica.⁽²⁾ Com diagnóstico precoce e tratamento apropriado, há tendência de se evitar sérias complicações pulmonares. Este trabalho tem como objetivos relatar um caso de lipoma endobrônquico e fazer uma revisão da literatura.

* Trabalho realizado no Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital Heliópolis, São Paulo (SP) Brasil.

1. Cirurgião Torácico, do Serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital Heliópolis. Centro de Estudos Dr. Salvador Mercurio Netto, São Paulo (SP) Brasil.

2. Coordenador do Curso de Pós-Graduação do Hospital Heliópolis, São Paulo (SP) Brasil.

Endereço para correspondência: Antônio Mauro Bof. Rua: José Alves, 161 - CEP: 29075-080, Goiabeiras, Vitória - ES, Brasil. E-mail: maurobof@ig.com.br

Recebido para publicação, em 9/3/05. Aprovado, após revisão, em 10/5/05.

RELATO DO CASO

Uma paciente de 66 anos foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia torácica para investigação de quadros pneumônicos de repetição, iniciados havia cerca de dois anos. Ao exame clínico e físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, levemente dispnéica, normocorada, com gaseometria arterial normal. No tórax apresentava submacicez e murmúrio vesicular diminuído em base esquerda. A radiografia simples de tórax, na admissão, mostrava hipotransparência lobar inferior esquerda, com redução volumétrica e desvio mediastinal para esse lado, atelectasia parcial lobar inferior esquerda e escoliose das vértebras torácicas. A tomografia computadorizada de tórax mostrou imagem de baixa densidade, sugestiva de gordura, ocupando a luz brônquica, ao nível do brônquio principal esquerdo. A hipótese diagnóstica foi de pneumonias de repetição devido obstrução brônquica causada por uma lesão com

densidade de gordura sugestiva de lipoma.

A opção terapêutica de escolha foi a toracotomia esquerda seguida de broncotomia com exérese da lesão, broncorrafia com pontos separados de fio inabsorvível e fechamento da parede torácica (Figura 1). A peça cirúrgica retirada mostrava um nódulo de consistência elástica, amarelado, com áreas de bocelamento (Figura 2). Microscopicamente, encontrou-se mucosa brônquica exibindo, no córion, tumoração constituída por tecido adiposo maduro com glândulas próprias da região (Figura 3). O pós-operatório ocorreu sem intercorrências. A paciente obteve alta hospitalar no sétimo dia do pós-operatório e encontrava-se assintomática após quatro anos de acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A paciente em questão foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia torácica para investigação diagnóstica de um quadro pulmonar infeccioso de repetição. Vários fatores etiológicos foram pesquisados, porém o fato que chamou a atenção é que a pneumonia era sempre no lado esquerdo, o que levou a se pensar, também, em uma lesão endobrônquica como principal responsável pelo seu quadro clínico.

Os lipomas endobrônquicos são tumores benignos

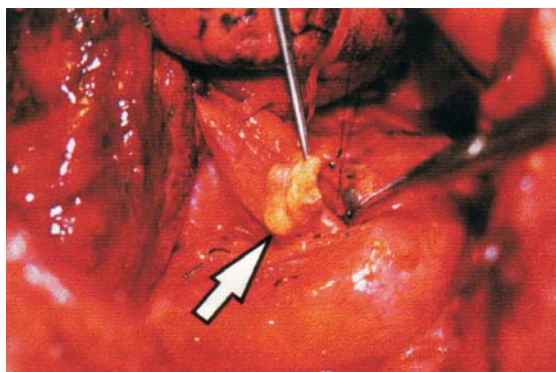


Figura 1 - Inventário da cavidade: a seta mostra exérese do lipoma do brônquio principal esquerdo. A seta está sobre a aorta.



Figura 2 - Peça cirúrgica: nódulo bocelado medindo: 2,5X1,5X1,3 cm.

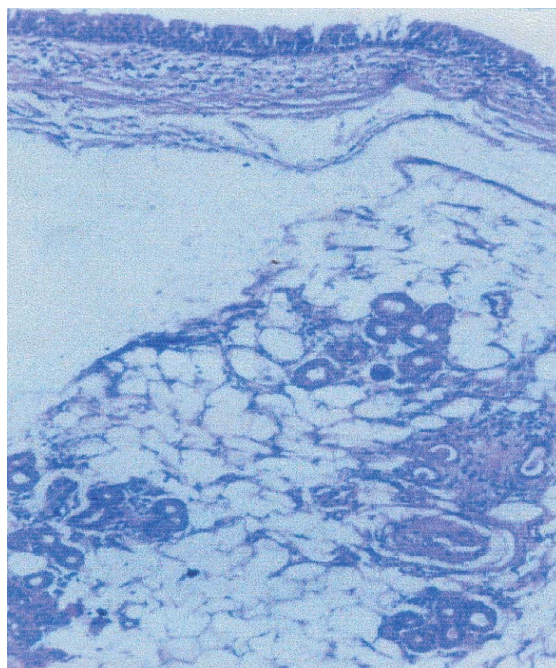


Figura 3 - Estudo histopatológico revelando tratar-se de lipoma. Coloração HE, aumento 40X.

nos raros e representam cerca de 0,1% a 0,5% de todas as neoplasias pulmonares. Em uma revisão, registraram-se 109 casos relatados de lipoma endobrônquico.⁽³⁾ Alguns autores realizaram 6.500 broncofibroscopias e encontraram apenas 4 casos de lipoma endobrônquico (0,06%) entre 210 tumores benignos diagnosticados (3,23%).⁽⁴⁾ Devido à sua raridade, é difícil conhecer a sua exata prevalência.

O lipoma endobrônquico incide mais frequentemente a partir da quinta e sexta décadas de vida, com predomínio no sexo masculino e em pessoas obesas.⁽⁵⁾ A apresentação dos sintomas é largamente dependente do grau de obstrução das vias aéreas. Eles podem cursar com tosse, dispnéia ou infecção pulmonar recorrente. As lesões pulmonares, presentes principalmente na porção distal, podem ser irreversíveis, sendo confundidas clinicamente com tumor carcinóide brônquico.⁽⁶⁾ Devido ao fato de os lipomas endobrônquicos serem relativamente avasculares, a hemoptise é um sintoma pouco comum, ocorrendo em menos de 25% dos casos.⁽²⁾

Os lipomas endobrônquicos iniciam-se, geralmente, na submucosa, mas podem crescer também entre as cartilagens e ter aspecto de vidro de relógio, com um componente peribrônquico. O desenvolvimento transbrônquico, em *iceberg*, é mais raro, havendo apenas seis casos relatados na literatura.⁽⁷⁾ Estas neoplasias consistem em lóbulos compostos de células adiposas maduras, separadas por septos fibrosos e circundados por fina cápsula, também fibrosa.

No diagnóstico diferencial de causas de obstruções brônquicas, deve-se pensar em hamartoma lipocondromatoso e outros tipos de hamartomas intrapulmonares, e no leiomioma.⁽⁸⁻⁹⁾ Em alguns casos pode haver associação com doença neoplásica, principalmente tumor primário de pulmão.⁽¹⁰⁾ Alguns autores, em uma revisão recente da literatura japonesa, relataram 64 casos de lipoma endobrônquico entre 1971 e 2001, com uma incidência de 0,1% a 0,5% dentre todos os tumores de pulmão.⁽¹¹⁾

Numa pesquisa direcionada de lesão endobrônquica de origem gordurosa, a radiografia de tórax é inespecífica e a tomografia computadorizada de tórax, atualmente, é um exame importante porque mostra a localização exata da lesão, e avalia o parênquima subjacente e a densidade da lesão, que é baixa.⁽¹²⁻¹³⁾ No caso da nossa paciente, a lesão

apresentava densidade de -150 Unidades Hounsfield, valor específico para gordura. No estudo por ressonância nuclear magnética, temos como precisar as características morfológicas da massa encontrada, com hipersinal em T1 e sinal intermediário em T2.⁽¹⁴⁾ A broncofibroscopia faz-se importante, pois determina a localização da lesão e permite que se faça biópsia, para a comprovação histopatológica. A nossa paciente foi atendida pela rede pública e na ocasião não foi possível a realização da broncofibroscopia por questões técnicas e operacionais. O diagnóstico definitivo dá-se pela análise histológica da lesão, que vai mostrar lóbulos de células adiposas maduras circundadas completamente ou não por cápsula fibrosa.

O tratamento desses tumores deve ser o mais conservador possível. Se não houver lesão brônquica ou parenquimatosa ao redor do tumor e se existir uma confirmação histopatológica do diagnóstico, a ressecção endoscópica é o tratamento de escolha. A técnica que emprega o laser YAG é, hoje em dia, o tratamento de escolha nos casos de tumores endobrônquicos benignos, apresentando baixos índices de complicações, da ordem de 2% (pneumotórax ou enfisema mediastinal).⁽¹⁵⁾ A ressecção com eletrocautério é útil como alternativa para alguns tipos de tumores intramurais, incluindo o lipoma.⁽¹⁶⁾ Quando há evidência de bronquiectasia, atelectasia ou pneumonia obstrutiva, uma toracotomia se impõe.^(7,12)

No caso relatado, a opção terapêutica foi a toracotomia porque não havia outra forma de resolver o caso pela rede pública, e não havia recursos por parte da paciente para se submeter a uma ressecção endoscópica em serviço especializado. Por ocasião deste relato, a paciente estava em acompanhamento ambulatorial, assintomática após quatro anos da operação, exercendo suas atividades laboriosas.

Em resumo, o lipoma endobrônquico é um tumor benigno raro, e sua sintomatologia é dependente do grau de obstrução brônquica. A tomografia computadorizada de tórax e a broncofibroscopia são os métodos mais utilizados na investigação diagnóstica, sendo que o exame histopatológico é que define o diagnóstico. Sob condições específicas, a ressecção endoscópica é o tratamento de escolha e, na inviabilidade desta, uma toracotomia se impõe. O tratamento deve ser o mais conservador possível por se tratar de lesão benigna.

REFERÊNCIAS

1. Teran Santos J, Campo Luarte J, Rodrigues Pascual L, Garcia Munoz JP, Gallo Marin F, Viejo Banuelos JL. [Pleural lipomas: their diagnosis by computed axial tomography]. *Rev Clin Esp.* 1990;187(40):203-4. Spanish.
2. Simmers TA, Jie C, Sie B. Endobronchial lipoma posing as carcinoma. *Neth J Med.* 1997;51(4):143-5.
3. Hirata T, Reshad K, Itoi K, Muro K, Akiyama J. Lipoma of the peripheral lung: a case report and review of the literature. *Thorac Cardiovasc Surg.* 1989;37(6):385-7.
4. De Abajo C, Morato A, Lázaro L, Gallo F, Pueyo A, Viejo JL. [Endobronchial lipomas. Apropos of 4 cases]. *Rev Pneumol Clin.* 1996;52(6):373-7. French.
5. Box K, Kerr KM, Jeffrey RR, Douglas JG. Endobronchial lipoma associated with lobar bronchiectasis. *Respir Med.* 1991;85(1):71-2.
6. Celik G, Kaya A, Ozdemir O, Ozdemir N, Dizbay Sak S, Alper D. Endobronchial lipoma: a case report. *Tuberk Toraks.* 2003;51(4):432-5.
7. Drira I, Souissi R, Horchani H, Kilani T, Labbene N, Chebbi ML [Endo-bronchial lipoma. A propos of a case]. *Rev Pneumol Clin.* 1995;51(4):247-9. French.
8. Matsuba K, Saito T, Ando K, Shirakusa T. Atypical lipoma of the lung. *Thorax.* 1991;46(9):685.
9. Scarpinella-Bueno A, Santoro IL. Leiomioma intrabrônquico: relato de um caso. *J Pneumol.* 1995;21(4):199-200.
10. Kamiyoshihara M, Sakata K, Otani Y, Kawashima O, Takahashi T, Morishita Y. Endobronchial lipoma accompanied with primary lung cancer: a report of a case. *Surg Today.* 2002;32(5):402-5.
11. 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(1):293-6.
12. Mata JM, Cáceres J, Ferrer J, Gómez E, Castaner F, Velayos A. Endobronchial lipoma: CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr.* 1991;15(5):750-1.
13. Liu KL, Chang YC, Lee YC, Chen SJ, Lee WJ. Computed tomography diagnosis of post-obstructive atelectasis by an endobronchial lipoma. *J Formos Med Assoc.* 2004;103(2):148-50.
14. Rodriguez E, Pombo F, Gallego C, Otero I. Endobronchial lipoma. Computed tomography and magnetic resonance. *Chest.* 1994;105(5):1628.
15. Shah H, Garbe L, Nussbaum E, Dumon JF, Chiodera PL, Cavaliere S. Benign tumors of the tracheobronchial tree. Endoscopic characteristics and role of the laser resection. *Chest.* 1995;107(6):1744-51.
16. Huisman C, Van Kralingen KW, Postmus PE, Sutedja TG. Endobronchial lipoma: a series of three cases and the role of electrocauter. *Respiration.* 2000;67(6):689-92.