

Un caso di lipoma tracheale

A case of tracheal lipoma

Tommaso Bondavalli, Ines Maria Grazia Piroddi, Emanuela Barisione

UOC Pneumologia ad Indirizzo Interventistico, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Riassunto

Nella pratica clinica, i lipomi endobronchiali hanno riscontro raro perché sono spesso asintomatici o i loro sintomi vengono attribuiti a manifestazioni asmatiche. In paziente settantacinquenne riscontro alla TC del torace di formazione nodulare endotracheale che determinava una parziale ostruzione del lume tracheale. Il paziente è stato trattato con elettrolaser a contatto e successivo *debulking* con pinza endoscopica, in broncoscopia rigida; ai successivi *follow-up* nessun segno di recidiva. Storicamente la chirurgia era considerata la procedura di elezione per il trattamento delle neoformazioni tracheobronchiali. Negli ultimi anni però la rimozione endoscopica è divenuta la tecnica più utilizzata perché meno invasiva e parimenti risolutiva.

Parole chiave: lipoma tracheale, tumori benigni tracheobronchiali, broncoscopia rigida, broncoscopia operativa con laser

Summary

Endobronchial lipomas are a rare finding in clinical practice; they are often asymptomatic or their symptoms are mistaken for asthma. Seventy-five-year-old patient, finding of nodular endotracheal formation at CT scan, which caused partial obstruction of the tracheal lumen. The patient was treated with contact electrolaser and subsequent debulking with endoscopic forceps in rigid bronchoscopy. No sign of recurrence at follow-up. Historically surgery was considered the election procedure for the treatment of tracheobronchial neoformations. In the last years, however, endoscopic removal has become the most widely used technique because it is less invasive and equally effective.

Key words: tracheal lipoma, benign tracheobronchial tumors, rigid bronchoscopy, operative bronchoscopy laser

Introduzione

I tumori benigni tracheobronchiali hanno riscontro piuttosto raro nella pratica clinica; la loro incidenza risulta infatti dello 0,2/100.000¹ e i lipomi risultano in netta minoranza (3,2-9,5%). La loro localizzazione è nella maggior parte dei casi a livello dei bronchi principali, più raramente in trachea; il trattamento può essere sia endoscopico che, in alcuni casi, chirurgico².

Caso clinico

Uomo di 75 anni, ex fumatore, obeso, iperteso, diabetico e da anni affetto da BPCO; durante accertamenti propedeutici ad intervento chirurgico di aneurisma dell'aorta addominale è stata riscontrata alla TC del torace MDC (28/05/19) la presenza di formazione endotracheale tondeggianti (17 x 11 mm), a margini lisci, a densità pari a quella del tessuto adiposo, circa 70 HU (*Hounsfield Unit*), non impregnante il contrasto (Fig. 1). Tale reperto risultava già evidente in una precedente TC del torace del 2012 eseguita in altra sede, ma di minori dimensioni (15 x 10 mm); il paziente

Ricevuto il 20-7-2020
Accettato il 30-11-2020

Corrispondenza

Tommaso Bondavalli
UOC Pneumologia ad Indirizzo Interventistico,
IRCCS Ospedale Policlinico San Martino
largo Rosanna Benzi 10, 16132 Genova
dr.bondavallitommaso@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere nessun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Bondavalli T, Piroddi IMG, Barisione E. Un caso di lipoma tracheale. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2020;35:241-243. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-A047>

© Copyright by Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society (AIPO – ITS)



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>



Figura 1. Immagine TC della lesione.

riferiva inoltre saltuaria presenza di tosse stizzosa. Considerato il quadro TC e l'aumento dimensionale, anche se minimo, si è proposto al paziente un intervento endoscopico di exeresi. Ad una prima valutazione con fibrobroncoscopio flessibile, la formazione, che risultava situata al terzo medio della trachea, in posizione latero-superiore destra, con base piccola pedunculata sulla parete laterale (Fig. 2a), determinava un'ostruzione del 70% circa del lume tracheale, con riduzione evidente dell'imbocco del bronco principale destro. La mucosa era liscia, omogenea, rosa-giallastra, non tendente al sanguinamento. Si è proceduto quindi, in seduta di broncoscopia rigida, ad escissione della lesione tramite

laser (*Dornier MedTech Medilas D LiteBeam®*), utilizzato a 15W a contatto e alla resezione a taglio sul peduncolo della base per circa 15 secondi e successiva rimozione in blocco con pinza endoscopica, ristabilendo la completa pervietà dell'albero tracheobronchiale. Nella stessa seduta è stata trattata sempre tramite laser (6-7 secondi) la base di impianto per limitare il rischio di recidive, occorse nel nostro centro in una precedente analoga situazione a 6 mesi di distanza dalla rimozione e descritte anche in letteratura³. Viste le caratteristiche anamnestiche, radiologiche e macroscopiche della lesione, si è deciso di non effettuare ulteriori indagini diagnostiche e di attendere l'esito dell'esame istologico. Il paziente è stato dimesso il giorno successivo senza complicanze post-procedurali. L'esito istologico ha confermato che la formazione (15 x 12 x 10 mm, Fig. 2b) era costituita dalla proliferazione di elementi adipocitari maturi privi di atipie citocariologiche, suddivisi in lobuli da esili tralci di connettivo fibroso. I successivi due controlli a sei mesi e un anno non hanno mostrato segni di recidiva.

Discussione

I lipomi tracheali sono tumori lisci di forma ovale, scarsamente vascolarizzati⁴; possono avere una forma polipoidale e possono avere un modello di crescita che ricorda un *iceberg*⁵. Il tumore è di solito rivestito da normale epitelio respiratorio, ma occasionalmente vi possono essere riscontri di displasia maligna dello strato superficiale⁶; istologicamente sono composti da un tappeto di adipociti, con uno stroma che contiene anche un gran numero di linfociti e istiociti. A causa della loro lenta crescita sono generalmente asintomatici e

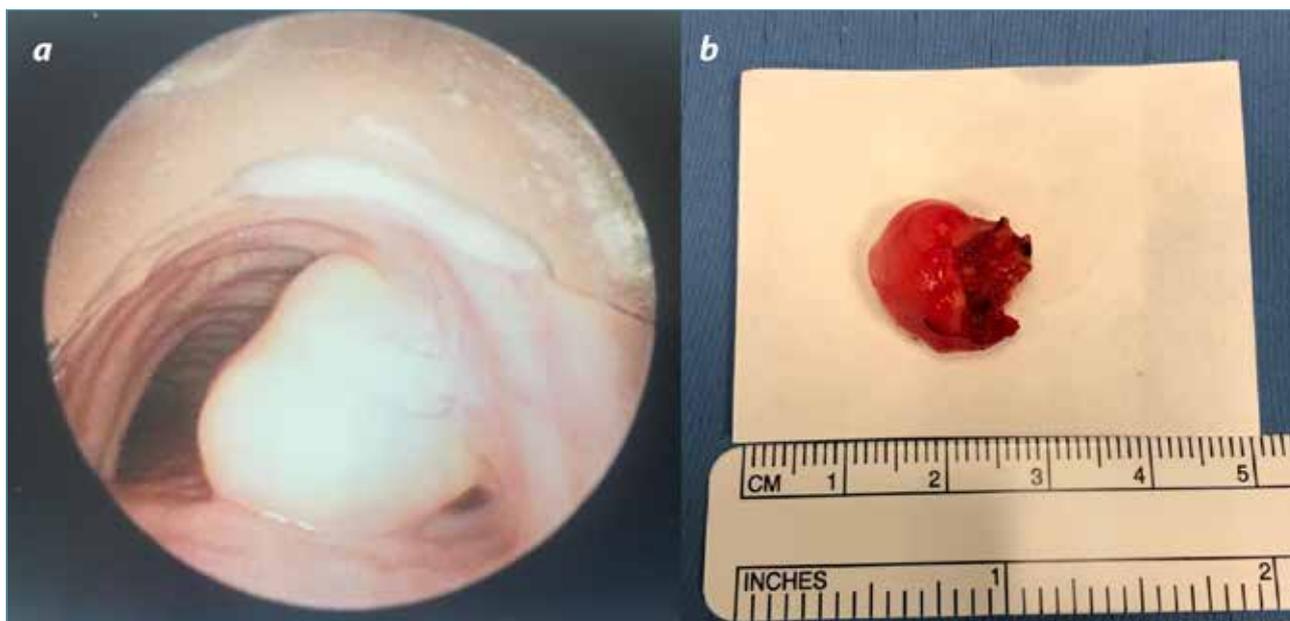


Figura 2. a) Immagine endoscopica della lesione; b) Lipoma dopo la rimozione.

sviluppano sintomi solo in fase tardiva. I sintomi più comunemente associati sono tosse secca, *wheezing*, stridore e dispnea; risultano rari gli episodi di emoftoe, non essendo comunemente ulcerativi. Spesso i sintomi sono scambiati per asma bronchiale e i pazienti vengono avviati a terapia broncodilatatrice, senza successo. Altre evenienze, legate anche alla dimensione del lipoma e alla loro sede periferica, sono le polmoniti ricorrenti.

Nella diagnosi differenziale tra le cause di ostruzioni bronchiali, debbono essere considerati l'amartoma e il leiomioma. In alcuni casi, potrebbe essere concomitante una malattia neoplastica (tumore polmonare primario)⁷. La TC del torace risulta il metodo di *imaging gold standard* di questa patologia e addirittura può risultare diagnostica in presenza di esame con mezzo di contrasto, nel caso in cui si evidenzia una masserella endoluminale omogenea nella densità adiposa e non impregnante il contrasto⁸.

Il trattamento può essere sia endoscopico che, in alcuni casi, chirurgico^{2,9}. Storicamente la chirurgia era considerata la procedura di elezione per il trattamento delle neoformazioni tracheobronchiali benigne⁷. Negli ultimi anni però la rimozione endoscopica è divenuta la tecnica più utilizzata in quanto meno invasiva e parimenti risolutiva. Nonostante l'assenza di specifici confronti, la broncoscopia rigida è considerata il *gold standard* di efficacia e sicurezza rispetto alla broncoscopia flessibile, durante la quale risulta più difficile la gestione di eventuali complicanze¹⁰. In uno studio multicentrico retrospettivo sul *management* broncoscopico di lipomi endotracheali la broncoscopia rigida era stata effettuata nel 94,7% dei pazienti (36 su 38). La modalità operativa più utilizzata è stata laser + rimozione meccanica (76,3%)². L'opzione chirurgica (pneumonectomia, lobectomia, bilobectomia e broncotomia) dovrebbe tuttavia essere riservata ai casi con possibile tumore maligno coesistente, compromissione irreversibile del parenchima distale ed estensioni extra-bronchiali/tracheali⁹. Nel

nostro *case report* abbiamo confermato come la broncoscopia rigida dovrebbe essere scelta in elezione per i lipomi tracheali, risultando efficiente, risolutiva, sicura e associata a un buon *outcome* clinico del paziente.

Bibliografia

- 1 Jensen MS, Petersen AH. Bronchial lipoma: three cases and review of the literature. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1970;4:131-4. <https://doi.org/10.3109/14017437009134253>
- 2 Nassiri AH, Dutau H, Breen D, et al. A multicenter retrospective study investigating the role of interventional bronchoscopic techniques in the management of endobronchial lipomas. *Respiration* 2008;75:79-84. <https://doi.org/10.1159/000109709>
- 3 Opoka L, Lewandowska K, Langfort R, Rudziński P. Recurrence of endobronchial lipoma. *Pneumonol Alergol Pol* 2010;78:369-73.
- 4 Drira I, Souissi R, Horchani H, et al. Endobronchial lipoma. Apropos of a case. *Rev Pneumol Clin* 1995;51:247-9.
- 5 Box K, Kerr KM, Jeffrey RR, Douglas JG. Endobronchial lipoma associated with lobar bronchiectasis. *Respir Med* 1991;85:71-2. [https://doi.org/10.1016/s0954-6111\(06\)80214-3](https://doi.org/10.1016/s0954-6111(06)80214-3)
- 6 Destito C, Romagnoli A, Carlucci I, et al. Endobronchial lipoma: endoscopic resection or surgical excision? Report of a case and review of the literature. *G Chir* 1995;16:445-7.
- 7 Muraoka M, Oka T, Akamine S, et al. Endobronchial lipoma: review of 64 cases reported in Japan. *Chest* 2003;123:293-6. <https://doi.org/10.1378/chest.123.1.293>
- 8 On R, Kushima H, Ishii H, Watanabe K. Endobronchial lipoma: the diagnostic benefit of computed tomography findings. *Intern Med* 2018;57:285-6. <https://doi.org/10.2169/internal-medicine.9289-17>
- 9 Zhang X, Ji T, Yang L, et al. Surgical treatment of tracheal lipoma after multiple bronchoscopy interventions and placements of a tracheal stent. *Thorac Cardiovasc Surg Rep* 2019;8:e20-e23. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688903>
- 10 Madan K, Agarwal R, Bal A, Gupta D. Bronchoscopic management of a rare benign endobronchial tumor. *Rev Port Pneumol* 2012;18:251-4. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.02.003>