

PRESENTACIÓN DE CASOS

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

HAMARTOMA ENDOBRONQUIAL. PRESENTACIÓN DE 1 CASO

Dr. Pedro Pablo Pino Alfonso,¹ Dr. Carlos Gassiot Nuño,¹ Dr. Luis Toledo Sosa,² Dr. Isidro Machado Puerto,³ Dra. Adela Ramos Quevedo⁴ y Téc. Magalys Verdecia Rodríguez⁵

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente de 51 años de edad, exfumador, de la raza blanca, que consulta por episodios de tos pertinaz y radiopacidad en base pulmonar derecha en el rayos X de tórax, que se interpreta como proceso neumónico en varias ocasiones. Se le realizó estudio endoscópico y se detectó una tumoración endobronquial de posible causa benigna. Se intervino quirúrgicamente y la lesión resultó ser un hamartoma endobronquial. Dicho proceder resultó ser curativo.

Descriptor DeCS: HAMARTOMA/diagnóstico; BRONQUIOS/cirugía.

El hamartoma se define como una mezcla normal de elementos de tejido o una proporción anormal de un elemento simple normalmente presente en un órgano. Cuando se habla de hamartoma pulmonar se refiere a una masa de una variada combinación de cartílago, tejido conectivo, grasa, músculo liso y epitelio respiratorio. A pesar del nombre, el hamartoma de pulmón se considera ahora como una neoplasia benigna que se deriva del mesénquima peribronquial, por lo que se ha propuesto un nombre alternativo: mesenquimoma,¹

también se ha llamado hamartocondroma, hamartoma condromatoso, adenocondroma y fibroadenoma de pulmón.²

La incidencia del hamartoma pulmonar en la población es de 0,25 %. Se reportan en hombres 2 a 4 veces más frecuentemente que en mujeres, son raros en los niños, típicamente ocurren en la edad adulta (edad pico sexta década),³ Por lo infrecuente que son los hamartomas endobronquiales es que decidimos reportar este caso diagnosticado y tratado en este hospital.

¹ Especialista de II Grado en Neumología.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna.

³ Residente de III Año en Anatomía Patológica.

⁴ Residente de III Año en Neumología.

⁵ Técnica en Anestesia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de raza blanca, sexo masculino y 51 años de edad. Ingresa por neumonías repetidas.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente exfumador y con antecedentes de asma bronquial. Durante el último año presentó varios episodios de tos pertinaz sin fiebre y radiopacidad en los rayos X de tórax no bien definida en la base del pulmón derecho, que siempre se interpretó como neumonía por lo que recibió tratamiento con varios antibióticos sin que resolviera definitivamente, aunque siempre mejoraba clínicamente después de los tratamientos. Se ingresa en nuestro centro por persistencia de la imagen radiológica para estudio.

EXAMEN FÍSICO

Se halló murmullo vesicular disminuido ligeramente en la base derecha, el resto del examen fue normal.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Hemograma con diferencial, eritrosedimentación, glicemia, creatinina, transaminasa glutamicooxalacética, transaminasa glutamicopirúvica, fosfatasa alcalina, bilirrubina, calcio, fósforo, ionograma, coagulograma, serología, electrocardiograma, ultrasonido de hemiabdomen superior, pruebas funcionales respiratorias y gammagrafía ósea y cerebral, todos normales. Broncoscopia: En el *árbol bronquial derecho*, lesión tumoral redondeada con pedículo que se mueve con los movi-

mientos respiratorios, ubicada en la entrada de los bronquios basales y que prácticamente los ocluye. Conclusión: Lesión tumoral endobronquial, posiblemente benigna. Lavados bronquiales BAAR, bacteriológico, citológico, micológico: Negativos. Biopsia bronquial: Mucosa bronquial no tumoral con engrosamiento difuso de la membrana basal y metaplasia escamosa focal. No hay evidencias de malignidad en la muestra examinada.

Con los elementos anteriormente planteados se traslada a la sala de cirugía para tratamiento quirúrgico, días más tarde se realiza lobectomía media e inferior con vaciamiento mediastinal, sin complicaciones.

Diagnóstico histológico de la pieza quirúrgica: Hamartoma endobronquial, bronquiectasias obstructivas distales y ganglios linfáticos antracóticos.

Tiene una evolución satisfactoria por lo que se le da el alta y se orienta seguimiento por consulta externa.

DISCUSIÓN

Los hamartomas pulmonares se pueden dividir en parenquimatosos y el tipo central endobronquial.² El primero es más frecuente, generalmente mide menos de 4 cm de diámetro, aunque se han descrito hamartomas gigantes del pulmón.⁴ Se presentan típicamente como un nódulo redondeado asintomático en zonas periféricas del pulmón en un rayo X de tórax rutinario o en la necropsia. También se han descrito casos en los que las lesiones pulmonares son múltiples y hacen sospechar la posibilidad de metástasis.⁵

Los hamartomas centrales o endobronquiales son encontrados más raramente y producen síntomas, por la obstrucción de las vías aéreas, como: tos, hemoptisis, disnea o neumonías obstructivas y causan daño irreversible

del pulmón por la obstrucción bronquial, si no son diagnosticados temprano y tratados adecuadamente.⁶

La forma endobronquial obstructiva con neumonías repetidas fue la forma de presentación de nuestro caso y al momento del diagnóstico ya tenía daños irreversibles en el pulmón afecto (bronquiectasias distales).

Entre el 4 y el 14 % de todas las lesiones pulmonares en forma de moneda son hamartomas. En el 30 % de los casos se ve en el rayo X de tórax el patrón característico de calcificaciones en rositas de maíz.

El tratamiento típico es la cirugía conservadora en cuña o enucleación de las lesiones. La lobectomía puede ser necesaria por el tamaño y la localización del hamartoma y por la presencia de neumonía obstructiva. A nuestro paciente se le hizo bilobectomía por las 2 últimas razones mencionadas y además, por no existir seguridad antes del acto operatorio de que la lesión fuera benigna, a pesar de la impresión del endoscopista. Otra variante de tratamiento en los casos de afectación de los bronquios centrales es con el Nd: YAG láser.⁶

SUMMARY

The case of a 51-year-old white patient, exsmoker, who is attended at the physician's office due to bouts of persistent cough and to radio-opacity on the right pulmonary base detected in the chest X rays that is interpreted as a pneumonic process on various occasions, is presented. An endoscopic study was conducted and an endobronchial tumor of possible benign cause was found. He underwent surgery and the lesion proved to be an endobronchial hamartoma. This procedure was curative.

Subject headings: HAMARTOMA/diagnosis; BRONCHI/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bosch JM, van den, Wagenaar SS, Corrin B, Westermann CJ. Mesenchymoma of the lung (so-called hamartoma) a review of 154 parenchymal and endobronchial cases. *Torax* 1987;42:790-3.
2. Bateson EM. Relationship between intrapulmonary and endobronchial cartilage containing tumours (so-called hamartoma). *Thorax* 1965;20:447-61.
3. Koutras P, Urschel HJ Jr, Paulson DL. Hamartoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997;61:768-76.
4. Fujino S, Tezukan N, Sawa S. Giant hamartoma of the lung. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;46:1229-31.
5. Kato N, Endo Y, Tamura G, Matogama T. Multiple pulmonary leiomyomatous hamartoma with secondary ossification. *Pathol Int* 1999;49:222-5.
6. Tajima H, Hayashi Y, Machara T. Endobronchial hamartoma treated by an Nd-YAG laser: report of a case. *Surg Today* 1998;28:1078-80.

Recibido: 12 de abril del 2000. Aprobado: 27 de diciembre del 2000.

Dr. *Pedro Pablo Pino Alfonso*. Hospital Clínicquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.