



Cilindroma bronquial: aportación de un nuevo caso

Sr. Director: El cilindroma representa el 10 % del grupo de los adenomas bronquiales^{1,2}. Encierra un gran potencial de malignidad, superior a los carcinoides³, por lo que se aconseja ser cauteloso en cuanto al pronóstico. Presentamos un nuevo caso de carcinoma adenoide quístico de localización bronquial, destacando sus características clínicas, diagnósticas y posibilidades terapéuticas.

Varón de 69 años, labrador, que durante los últimos nueve años había trabajado con alabastro. Fractura traumática en el tercio medio de clavícula derecha hace tres meses. No fumador, no bebedor. Ingresó por fiebre, tos y expectoración blanquecina. Refería meses antes de su ingreso un cuadro semejante, habiéndosele diagnosticado de neumonía de lóbulo inferior izquierdo y tratado con antibióticos. En la exploración física se encontró: TA 135/70 mmHg; pulso 120 pm; T^a 38,5 °C. Buen estado general. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: estertores basales y abolición del murmullo vesicular en base del hemitórax izquierdo. No adenopatías. Abdomen blando y depresible. No masas. Se palpó hepatomegalia de 1 cm por debajo del reborde costal. No esplenomegalia. Extremidades inferiores normales. Exploración neurológica normal. Laboratorio: Hemograma y bioquímica normal. Destacaba una VSG de 120 mm a la 1^a h y en gasometría hipoxemia con normocapnia. Orina normal. Baciloscopias y cultivos de esputo: negativos. E.C.G.: Normal. Radiología de tórax: fractura de clavícula derecha en el tercio medio de la misma. Pérdida de volumen de lóbulo inferior izquierdo con patrón de alveograma a dicho nivel.

Broncoscopia: masa que ocluye totalmente la luz de entrada del bronquio principal izquierdo. Fue intervenido quirúrgicamente, practicándosele neumonectomía, presentando un buen postoperatorio.

El estudio anatomopatológico mostró una tumoración epitelial con patrón adenoide conteniendo glándulas (fig. 1) con células de pequeño tamaño con núcleos regulares hipercromáticos sin atipias ni mitosis. Diagnóstico histológico: cilindroma.

El carcinoma adenoide quístico, al igual que los tumores carcinoides y los mucoepidermoides, están encuadrados en los tumores bronquiales formados de glándulas o adenomas bronquiales^{3,4}.

Normalmente se localizan en tráquea⁵ y grandes bronquios⁴, siendo excepcional la localización en bronquios segmentarios y subsegmentarios. Su clínica es anodina, pudiendo ser asintomáticos durante mucho tiempo. Las manifestaciones más frecuentes son hemoptisis, neumonías obstructivas⁶ o asociación de ambas. Nuestro enfermo ingresó por un cuadro de neumonía en lóbulo inferior izquierdo, de evolución torpida, sin asociarse con ninguna otra sintomatología.

La radiología puede mostrar un patrón pulmonar normal o una infiltración parenquimatosa⁶ y, según sea el tamaño y localización, dar imagen de atelectasias. Endoscópicamente se manifiesta como masa única, o infiltración con elevación de la mucosa^{7,8}, con menos vascularización que los carcinoides. Microscópicamente están compuestos de pequeñas células pleomórficas y estrelladas, con núcleos de tinción oscura, dispuestos en trabéculas o cilindros entrelazados⁸.

Su tratamiento debe ser quirúrgico —en este caso se practicó neumonectomía— si bien se han comunicado en la literatura ablaciones realizadas endoscópicamente mediante laser YAG⁵.

G. Tiberio, J.L. Alonso*, F. Escolar*,
C. de Miguel** y L. Bengoechea**

Servicio de Medicina Interna
Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

*Servicio de Medicina Interna y **Sección
de Anatomía Patológica.
Hospital Reina Sofía, Tudela.

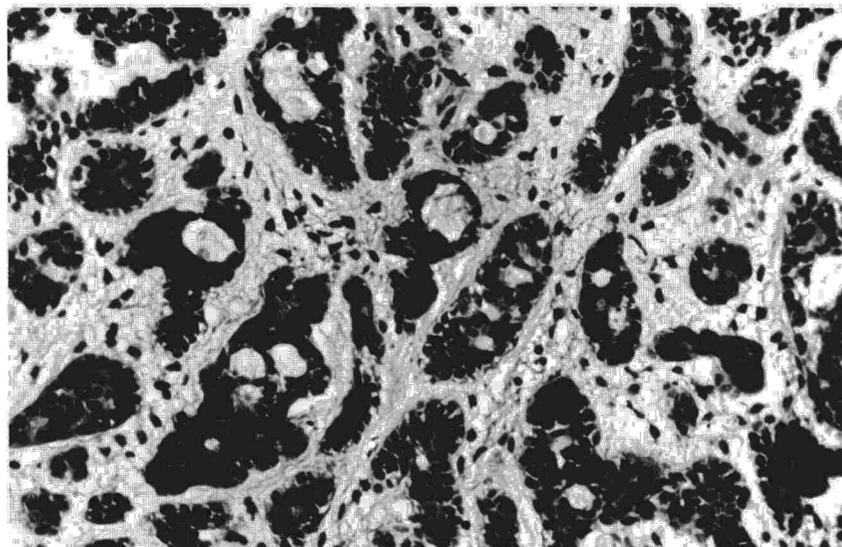


Fig. 1. Tumoración epitelial con patrón adenoide conteniendo glándulas. (HE × 63).

BIBLIOGRAFIA

- Cooper DKC, Belcher JR. Conservative surgery for bronchial adenomata. *Thorax* 1976; 31: 44-48.
- Goodner JT, Berg JW, Watson WL. The nonbenign nature of bronchial carcinoids and cylindromas. *Cancer* 1961; 14: 539-546.
- Lawson RM, Ramanathan L, Huley G, Hinson KW, Lennox SC. Bronchial adenoma: review of an 18-year experience at the Brompton Hospital. *Thorax* 1976; 31: 245-253.
- Toty L, Potier A, Personne Cl. Cylindrome obstruissant la bronche principale gauche. Ablation endoscopique par le laser YAG (fibre souple). *Nouv Presse Med* 1980; 43: 3272-3275.
- Stalpaert G, Deneffe G, Van Maele R. Surgical treatment of adenoid cystic carcinoma of the left main bronchus and trachea by left pneumonectomy, resection of 7,5 cm. of trachea, and direct reanastomosis of right lung. *Thorax* 1979; 34: 554-556.
- Marks C, Marks M. Bronchial adenoma. A clinicopathologic study. *Chest* 1977; 71: 376-380.
- Jackson CL, Konzelmann FW. Bronchoscopic aspects of bronchial tumours with special reference to so-called bronchial adenoma. *J Thorac Surg* 1937; 6: 312-325.
- Carter D, Eggleston JC. Tumours of the lower respiratory tract. Ed. Advisory Committee, AFIP Second serie 1980; 199.
- Paulson DL, Urschel HC, McNamara JJ, Shaw RR. Bronchoplastic procedures for bronchogenic carcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1970; 59: 38-48.
- Payne WS, Ellis FH, Woolner LB, Moersch HJ. The surgical treatment of cylindroma (adenoid cystic carcinoma) and mucoepidermoid tumors of the bronchus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1959; 38: 709-726.

Neumonía bacteriémica por *Arizona* y *Providencia rettgeri* en un paciente heroínomano

Sr. Director: *Arizona* y *Providencia rettgeri* son dos microorganismos que habitualmente forman parte de la flora del tracto intestinal. Su poder patógeno en el hombre sano es de escasa relevancia, pudiendo provocar en ocasiones gastroenteritis leves e infecciones urinarias no complicadas¹. La neumonía extrahospitalaria por *Arizona* y *Providencia rettgeri* constituye una entidad excepcional². A continuación aportamos un caso de afectación pulmonar por dichos gérmenes en un varón heroínomano.

Se trataba de un joven de 18 años que fue traído a urgencias por náuseas, vómitos y disminución del nivel de conciencia después de una dosis de heroína intravenosa; el paciente fue tratado con naloxona y quedó en observación permaneciendo asintomático y siendo dado de alta 24 horas después. No precisó intubación ni manipulación de la vía aérea. Dos días más tarde el paciente acudió

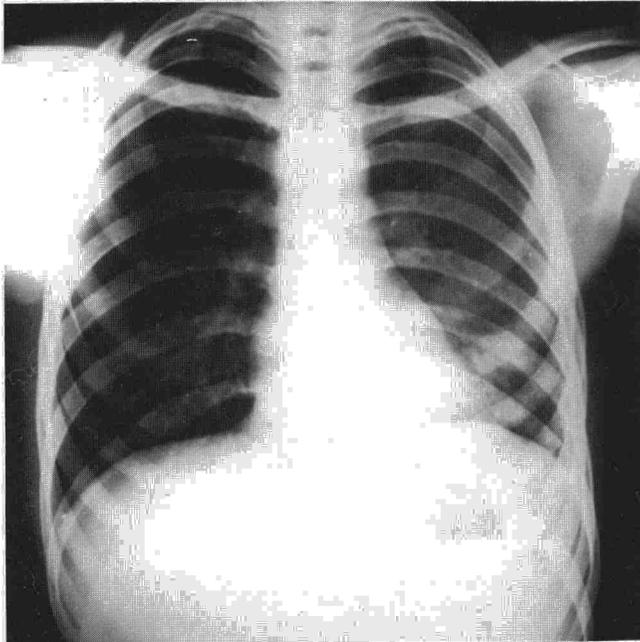
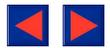


Fig. 1. Rx tórax: condensación basal izquierda con cavitación en su interior.

nuevamente a urgencias por dolor torácico de características pleuríticas, fiebre y escalofríos. La exploración mostró una disminución del murmullo vesicular en la auscultación de la base izquierda del tórax. Los hallazgos de laboratorio fueron: leucocitos totales $6000/\text{mm}^3$ (90 % neutrófilos segmentados y 2 % bandas), VSG 76 mm en la 1.ª hora. La gasometría arterial y el resto de las determinaciones analíticas fueron normales. La radiografía de torax mostró una condensación basal izquierda con imagen sugestiva de cavitación en su interior (fig. 1). Un ecocardiograma fue normal. Se inició tratamiento con cloxacilina y gentamicina por vía intravenosa, pero la evolución no fue favorable. Cuatro días más tarde otra radiografía de torax mostró la aparición de un derrame pleural izquierdo. La toracocentesis dio salida a un líquido con características de exudado inflamatorio con: proteínas 6 g/dl, LDH 855 U., pH 6,8 y leucocitos $480/\text{mm}^3$ (90 % polimorfonucleares). La tinción de Gram y el cultivo del líquido pleural fueron negativos. Se colocó un tubo de drenaje pleural. El séptimo día, dos hemocultivos, que habían sido recogidos el día del ingreso, fueron informados como positivos para *Arizona* y *Providencia rettgeri*. El antibiograma (difusión de disco en agar de Mueller-Hinton) mostró que *Arizona* era únicamente sensible a cloramfenicol y amikacina y resistente a ampicilina, ticarcilina, cefotaxime, cefradina y gentamicina. *Providencia rettgeri* era sensible al cefotaxime, cefamandol, cloramfenicol, amikacina y co-trimoxazole y resistente al resto de los antibióticos. A partir de dicho momento el paciente fue tratado con amikacina 500 mg/12 h iv durante 14 días, las manifestaciones clínicas desaparecieron y la radiografía del tórax objetivó una mejoría de la condensación y desaparición por completo del derrame pleural.

El género *Arizona* pertenece a la familia de las enterobacterias y es muy similar al grupo *Salmonella*; pudiendo distinguirse de éste por su actividad al fermentar diversos substratos bioquímicos. *Providencia rettgeri* fue inicialmente clasificado como miembro del género *Proteus*; pero por presentar mayor contenido de guanina y citosina en el DNA que otros *Proteaeae*, pasó a formar un nuevo género³.

Se han descrito ocasionalmente diversas infecciones severas producidas por *Arizona*^{4, 5}, habiéndose observado asimismo casos aislados de neumonía y empiema⁶. *Providencia* se ha relacionado más frecuentemente con infecciones nosocomiales, habiéndose descrito sobre todo en infecciones de tracto urinario, aunque también se han dado casos de sepsis, neumonía e infecciones de herida quirúrgica sobre todo en pacientes neoplásicos postoperado^{7, 8}.

Ambos organismos presentan patrones variables de sensibilidad a los antibióticos y por ello el tratamiento deberá individualizarse siempre según el antibiograma³.

Las neumonías adquiridas en la comunidad pueden ser causadas por aspiración o menos frecuentemente por siembra pulmonar de origen hematógeno. *Arizona* y *Providencia rettgeri* podrían ser causa de neumonía a través de ambos mecanismos. La posibilidad de un foco séptico a distancia fue descartada, en nuestro enfermo, dada la ausencia de otros signos clínicos. El hecho de que en nuestro paciente existiesen vómitos y alteración de la conciencia sugiere que la broncoaspiración pudo ser la condición predisponente al desarrollo de la neumonía. La neumonía extrahospitalaria por bacilos gram negativos en pacientes previamente sanos es una entidad excepcional y generalmente suele afectar a enfermos con condiciones especiales como son el alcoholismo, las enfer-

medades pulmonares crónicas, diabetes, neoplasias y edad avanzada⁹.

Respecto a la posibilidad de que se tratase de una neumonía intrahospitalaria, ya que el paciente había estado en el hospital dos días antes, cabe decir que la estancia en urgencias había sido corta y que la vía aérea no había sido manipulada, ambos hechos parecen ir bastante en contra de dicha posibilidad.

En nuestro conocimiento, éste es el primer caso de neumonía producida por dichos organismos en un paciente heroínmano. El estupor inducido por la heroína ha sido descrito como factor predisponente para desarrollar neumonías necrotizantes por gérmenes anaerobios o bien mixtas (aerobios-anaerobios), pero no especialmente para desarrollar neumonías por bacilos gram negativos¹⁰. Por ello y por su rareza, creemos que el presente caso, debe ser considerado como una asociación casual entre la adicción a la heroína y la aparición de una neumonía por bacilos gram negativos.

J. Torné, R. Miralles, R. Molina,
A. García-Flores, P. Saballs y L. Drobnic.

Servicio de Medicina Interna
y Enfermedades Infecciosas.

Hospital del Mar.
Universidad Autónoma de Barcelona.

1. Gómez-Lus R. Género *Salmonella* y *Shigella*. Microbiología y Parasitología. Ed. Publicaciones, Madrid 1978; 305-320.

2. Grane LR, Lerner AM Gram-negative bacillary pneumonias. Respiratory infections: Diagnosis and management. Ed JE Pennington New York, Raven Press, 1983; 227-250.

3. Silverblatt FJ, Weinstein R. Enterobacteriaceae. En: Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE, ed. Principles and practice of infectious diseases, 2.ª ed A Wiley Medical publication Nueva York, John Wiley & Sons 1985; 1226-1236.

4. Guckian JC, Byers EH, Perry JE *Arizona* infection of man. Arch Intern Med 1967; 119: 170-175.

5. Butt E, Morris JF. *Arizona paracolon* recovered from middle ear discharge. J Infect Dis 1952; 91: 283-284.

6. Edwards PR, Mc Whoter AC, Fife MA. The occurrence of bacteriae of *Arizona* group in man. Canad J Microbiol 1967; 2: 281-287.

7. Solber CO, Matsen JM. Infections with *Providencia* bacilli. A clinical and bacteriologic study. Am J Med 1971; 50: 241-246.

8. Mayer KH, Zinner SH. Bacterial pathogens of increasing significance in hospital-acquired infections. Rev Infect Dis 1985; 7: s371-s379.

9. Lerner AM. Gram-negative bacillary pneumonias. Disease-a-Month 1980; 27: 1-45.

10. Murray HW. Infections in drug abusers. En: Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE, ed. Principles and practice of infectious diseases. 2.ª ed Nueva York. A Wiley Medical publication John Wiley & Sons 1985; 1662-1667.