



## Hamartoma endobronquial. Presentación de un caso tratado con láser

**Sr. Director:** Los hamartomas son neoplasias benignas del pulmón que pueden ser intraparenquimatosas o endobronquiales. El hamartoma endobronquial representa del 3 % al 19,5 % del total<sup>1</sup>. Hasta la fecha son muy pocos los hamartomas resecados con láser, aún cuando lo han sido con excelentes resultados; es por ello que creemos interesante el presentar un nuevo caso.

Se trata de un varón de 20 años que es remitido al Servicio, con indicación de exploración fibrobroncoscópica, por haber padecido cuatro episodios neumónicos del LII en el curso de 14 meses. Antecedentes personales sin interés. Exploración física normal. Analítica general, de rutina, normal; VSG 8 mm/1.<sup>a</sup> hora. En la Rx de tórax correspondiente a la última neumonía (tres semanas antes) se apreciaba una condensación homogénea basal izquierda con silueta cardíaca respetada (fig. 1); la Rx practicada a petición nuestra fue normal. La exploración fibrobroncoscópica reveló la existencia de una masa lisa y vascularizada que ocluía, casi en su totalidad, la luz del bronquio del lóbulo inferior izquierdo (fig. 2). La descripción anatomopatológica de la biopsia bronquial fue: fragmento blanquecino de 0,2 × 0,2 cm de consistencia firme, constituido por tejido fibroso denso, con áreas de degeneración mixoide, que presenta hendiduras revestidas por pequeñas células epiteliales, con infiltrados focales de polimorfonucleares neutrófilos y ocasionales células caliciformes. El paciente fue enviado a otro centro para su tratamiento mediante resección con Nd-YAG láser. En una fibrobroncoscopia efectuada cuatro meses más tarde, únicamente se apreció una pequeña protusión en la cara interna del bronquio de LII con mucosa de aspecto normal. En el estudio de la nueva biopsia, no se observó recidivas ni restos de lesión.

Los hamartomas se presentan más a menudo en varones y la proporción respecto al sexo es de 2:1 a 3:1. Generalmente, los tumores de localización periférica no presentan sintomatología, mientras que los de localización endobronquial, al crecer, pueden llegar a obstruir un bronquio, dando síntomas y signos propios de atelectasia o de neumonitis: fiebre, tos, expectoración, hemoptisis y dolor torácico<sup>2-4</sup>. Habitualmente los hamartomas endobronquiales se diagnostican por biopsia bronquial y hasta hace poco su tratamiento era quirúrgico. En la actualidad, para estos tumores, lo mismo que para otras neoplasias benignas endobronquiales, estenosis traqueales y extracción de cuerpos extraños enclavados, el tratamiento con láser puede sustituir a la cirugía<sup>5-7</sup>. En nuestro caso, al igual que en la mayoría de estos tratamientos, se prac-

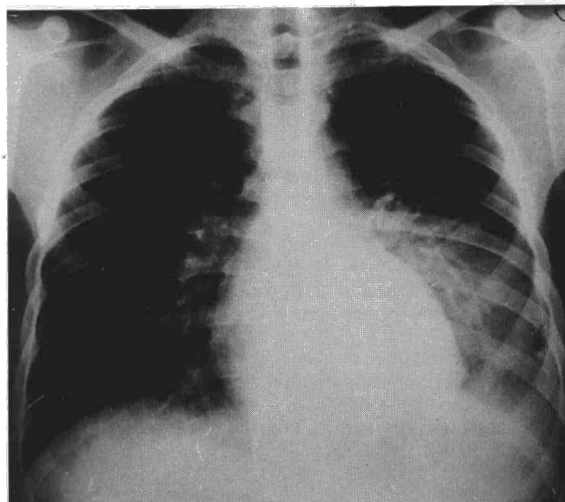


Fig. 1. Condensación homogénea basal izquierda.



Fig. 2. Masa lisa que ocluye, casi en su totalidad, la luz del bronquio del LII.

ticó la resección con broncoscopio rígido y bajo anestesia general. Las complicaciones más importantes son la hipoxemia, la hemorragia masiva y la perforación a órganos vecinos<sup>5</sup>. Aunque los casos de hamartoma endobronquial tratados con láser, son pocos, en todos ellos los resultados obtenidos fueron excelentes<sup>8,9</sup>.

**J. Hueto Pérez de Heredia  
y F.J. Ezquieta Fernández**

Servicio de Neumología. Hospital de Navarra.

### BIBLIOGRAFIA

1. Sibala JL. Endobronchial hamartoma. Chest 1972; 62: 631-634.



2. Rivas J, Pollmar Ch. Los llamados hamartomas de pulmón. Rev Clin Esp 1981; 162:105-110.
3. Antón E, Domínguez FJ, de Miguel C, Guarch R. Hamartoma condroide endobronquial. Presentación de un caso. Arch Bronconeumol 1986; 22:285-287.
4. Fraser R, Pare J. Diagnosis of diseases of the chest. Filadelfia, Saunders WB 1981; 1.068-1.069.
5. Díaz JP. El láser en patología traqueobronquial. Arch Bronconeumol 1986; 22:28-33.
6. Díaz JP. El láser YAG-Nd en patología traqueobronquial. Arch Bronconeumol 1985; 21:255-256.
7. Dumon JF, Shapshay S, Bourcereau J et al. Principles for safety in application of neodymium-YAG laser in bronchology. Chest 1984; 86:163-168.
8. Meric B, Dumon JF, Garbe L, Saux A, Dupin M. Quinientas endoscopias mediante láser YAG en broncología. Arch Bronconeumol 1983; 19:73-79.
9. Dumon JF, Reboud E, Garbe L, Auconte F, Meric B. Treatment of tracheobronchial lesions by laser photoresection. Chest 1982; 81:278-284.

## Neumonía y bacteriemia por *Aeromonas hydrophila*

**Sr. Director:** *Aeromonas hydrophila* se encuentra con frecuencia creciente en las heces de pacientes con diarrea<sup>1,2</sup>. Más raro es su aislamiento en procesos infecciosos locales<sup>3,4</sup> y bacteriemias<sup>5,6</sup>. La coexistencia de neumonía y bacteriemia es un hecho excepcional<sup>7-9</sup>. El haber tenido la oportunidad de estudiar un caso con estas características nos mueve a su presentación.

Varón de 65 años de edad con antecedentes de paludismo y fiebre tifoidea en su juventud. Diagnosticado de hepatitis a los 54 años. Bebedor importante sin que pudiera precisarse la cantidad exacta. A los 61 años fue diagnosticado por punción-biopsia de cirrosis hepática micronodular. Desde entonces había presentado 3 episodios de hemorragia por varices esofágicas. Ingresó en nuestro hospital por hematemesis.

En la exploración destacaba: Palidez de piel y mucosas. Circulación abdominal colateral. Hepatomegalia de 5 cm, dura, no dolorosa.

Datos analíticos de interés: Hemoglobina 11,1 g/dl, hematocrito 30 %, plaquetas 73.000/mm<sup>3</sup>, T de protrombina 12" (100 %), creatinina 2,1 mg/dl; aminotransferasas, fosfatasas alcalinas, gammaglutamiltranspeptidasa, bilirrubina e ionograma dentro de límites normales.

Se realizó esofagoscopia objetivándose varices esofágicas grado III/IV que sangraban en el momento de la exploración. No pudo cohibirse la hemorragia por sonda de Sengstaken. Se procedió a escleroterapia y después de la segunda sesión el paciente comenzó con fiebre elevada, malestar general y tos improductiva. La radiografía de tórax mostró una condensación de patrón alveolar en lóbulo inferior izquierdo. Se tomó una muestra de esputo y tres hemocultivos y posteriormente se ini-

ció tratamiento con cefamandol y tobramicina. Dos días después desapareció la fiebre y mejoró el estado general. El infiltrado radiológico disminuyó paulatinamente. En esputo y hemocultivos creció *Aeromonas hydrophila*.

Las bacteriemias por *Aeromonas hydrophila* afectan principalmente a individuos inmunosuprimidos en relación con procesos hematológicos y menos frecuentemente portadores de una cirrosis hepática<sup>3,4,6</sup>. Pero también se han descrito en individuos previamente sanos<sup>6-8</sup>.

La puerta de entrada es discutida. En algunos casos parece ser cortes o abrasiones en la piel, en contacto con agua contaminada<sup>5</sup>. En otras ocasiones, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, el origen podría ser endógeno o nosocomial<sup>6</sup>. Incluso se ha sugerido que ciertas exploraciones endoscópicas sean responsables de la bacteriemia<sup>10</sup>, como pudo suceder en nuestro caso.

Cuando puede hallarse un foco séptico como origen de la bacteriemia se trata muchas veces, de colecciones supuradas de diversa localización<sup>3,4,6</sup>. En muy pocos casos se ha descrito una neumonía. En las series de Von Graevenitz et al<sup>3</sup> y Mc Cracken et al<sup>4</sup>, sólo dos pacientes con bacteriemia presentaban simultáneamente una neumonía. Posteriormente se han descrito algunos casos más<sup>7-9</sup> en los que se documenta la presencia de aeromonas en sangre y secreciones broncopulmonares.

Estas bacterias gramnegativas son muy sensibles a los antibióticos aminoglucósidos y resistentes a penicilina, ampicilina, carbenicilina, eritromicina y clindamicina. Es destacable que las cefalosporinas de segunda generación, utilizadas actualmente en el tratamiento de las neumonías, sólo inhiben el 50 % de las cepas<sup>11</sup>.

C. Ayensa Dean y J.M. Cia Ruiz  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Ortiz de Zárate. Vitoria.

## BIBLIOGRAFIA

1. George WL, Nakata MM, Thompson J, White ML. *Aeromonas*-related diarrhea in adults. Arch Intern Med 1985; 145:2.207-2.211.
2. Holmberg SD, Schell WL, Fanning GR et al. *Aeromonas* intestinal infections in the United States. Ann Intern Med 1986; 105:683-689.
3. Von Graevenitz A, Mensh A. The genus *Aeromonas* in human bacteriology. Report of 30 cases and review of the literature. N Engl J Med 1968; 278:245-249.
4. Mc Cracken AW, Barkley R. Isolation of *Aeromonas* species from clinical sources. J Clin Pathol 1972; 25:970-975.
5. Wolff RL, Wisseman SL, Kitchens LS. *Aeromonas hydrophila* bacteriemia in ambulatory immunocompromised hosts. Am J Med 1980; 68:238-242.
6. Vilaseca Momplet J, Arnau de Bolos JM, Fernández Peres F, Andreu Domingo A, López Hernández A. Bacteriemia por *Aeromonas hydrophila*. Características clínicas y bacteriológicas. A propósito de 16 observaciones. Rev Clin Esp 1985; 177:104-107.
7. Scott EG, Russell CM, Moell KT, Sproul AE. *Aeromonas hydrophila* sepsis in a previously healthy man. JAMA 1978; 239:1.742.