

# HAMARTOMA CONDROIDE ENDOBROQUIAL. PRESENTACION DE UN CASO

E. ANTON ARANDA, F.J. DOMINGUEZ DEL VALLE, C. DE MIGUEL\*  
y R. GUARCH\*

Servicio de Medicina Interna. Servicio de Anatomía Patológica\*.  
Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Presentamos el caso de un varón con hamartoma condroide endobronquial que debutó mediante hemoptisis observándose en la radiografía torácica una condensación alveolar en la base pulmonar derecha. La broncoscopia con biopsia fue el método definitivo de diagnóstico, intentándose por esta vía la resección tumoral. La relativa rareza de este tumor, en particular de la forma central o endobronquial ha sido el motivo de reportar este caso y revisar las características clínicas, metodología diagnóstica e indicación terapéutica.

*Arch Bronconeumol* 1986; 6:285-287.

## Introducción

El hamartoma es, entre los tumores benignos pulmonares, uno de los más frecuentes<sup>1, 2</sup>. Fue definido por vez primera por Albrecht en 1904<sup>3</sup> como: «unas malformaciones pseudotumorales constituidas por un conjunto tisular anormal del mismo tipo que el órgano donde asienta. La anomalía radica en el exceso en cantidad, organización o grado de diferenciación o todos ellos».

Estos tumores tienen una gran importancia clínica pues la mayoría no pueden ser diferenciados del carcinoma pulmonar primitivo o metastásico por radiología convencional sobre todo si tenemos en cuenta que, a partir de los 40 años, alrededor del 70% de tumoraciones pulmonares son de naturaleza maligna<sup>4</sup>.

Por otro lado, la identificación histopatológica preoperatoria del hamartoma mediante citopunción transparietal en los periféricos y broncoscopia en los centrales tiene gran significación en la actitud terapéutica.

Por todo ello consideramos interesante describir un caso de hamartoma condroide de localiza-

## Endobronchial chondroid hamartoma. Case report

We report a male patient with an endobronchial chondroid hamartoma which presented as hemoptysis. A basal right lung alveolar condensation was observed. The diagnosis was ultimately established by bronchoscopy and biopsy. A tumoral resection was attempted using that approach. The relative rarity of this tumor, particularly in its central or endobronchial form, justifies the report of this case, as well as the review of the clinical features, diagnostic methodology and therapeutic approach of this type of tumor.

ción bronquial destacando sus características clínicas, diagnósticas y posibilidades terapéuticas.

## Observación clínica

Varón de 76 años que ingresó por presentar hemoptisis de tres días de evolución con proceso catarral de vías respiratorias superiores los días previos. Entre sus antecedentes personales destacaba una monoplejía residual de extremidad superior izquierda por herida de guerra. Examen físico: constantes vitales y exploración cardiopulmonar normales. Atrofia muscular de extremidad superior izquierda. Resto normal. Exploraciones biológicas: hemograma con series roja y blanca normales. VSG = 46 mm/1.<sup>a</sup> hora. Bioquímica rutinaria en sangre y orina sin alteraciones. Pruebas de coagulación (t<sup>o</sup> coagulación, hemorragia y protrombina y plaquetas) normales. Mantoux negativo a las 72 horas. Cultivos seriados de esputo: se aislaron *E. Coli* y *Citrobacter sp.*, sensibles a cotrimoxazol. Baciloscopia de aspirado bronquial negativa. Otras exploraciones: ECG normal. Rx tórax: condensación basal derecha de características alveolares (fig. 1). Broncoscopia: se observaron restos hemáticos en todo el árbol bronquial, principalmente en el derecho. A nivel de la pirámide basal derecha, en su rama anterior, se visualizó una masa de tejido blando y mixomatoso que ocluía en su mayor parte la luz de la misma. Se biopsió dicha masa, quedando restos implantados en la división de los subsegmentos.

Anatomía patológica: la muestra remitida medía 1,5 × 1 × 1 cm. Era de consistencia blanda y de superficie lobulada. Estaba constituido por un estroma fibroso laxo con islotes de tejido adiposo maduro y de cartilago todo ello revestido por un epitelio cilíndrico ciliado aparentemente sin alteraciones y con un denso infiltrado linfoplasmocitario con centros germinales

Recibido el 16-12-1985 y aceptado el 19-3-1986.

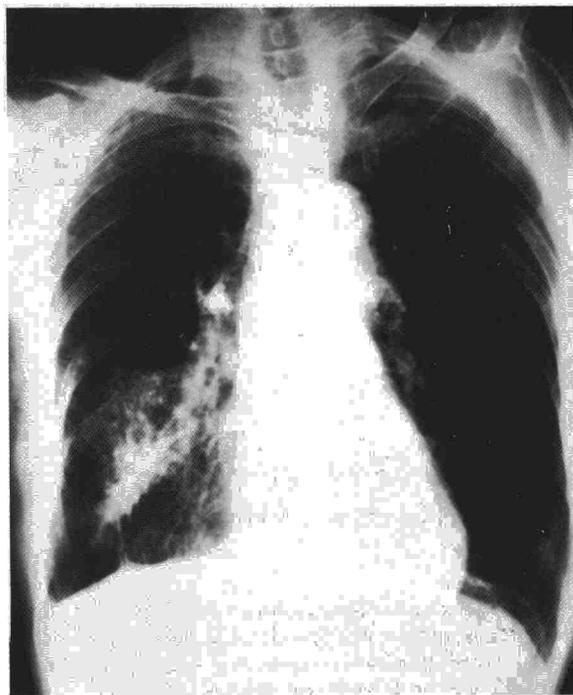


Fig. 1. Condensación alveolar basal derecha en la proyección PA de la radiografía simple de tórax.

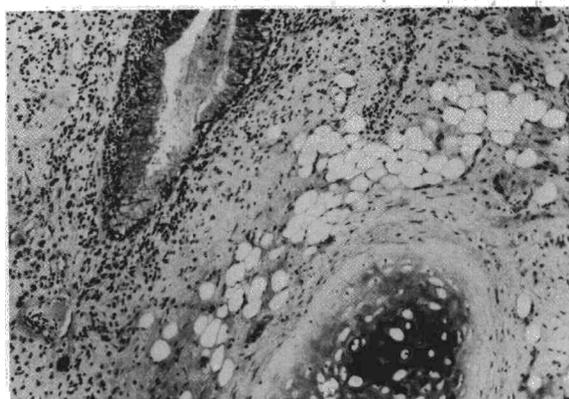


Fig. 3. Detalle de una de las hendiduras epiteliales y del islote de cartilago rodeado por tejido fibroso laxo y tejido adiposo (HE Neg x 160).

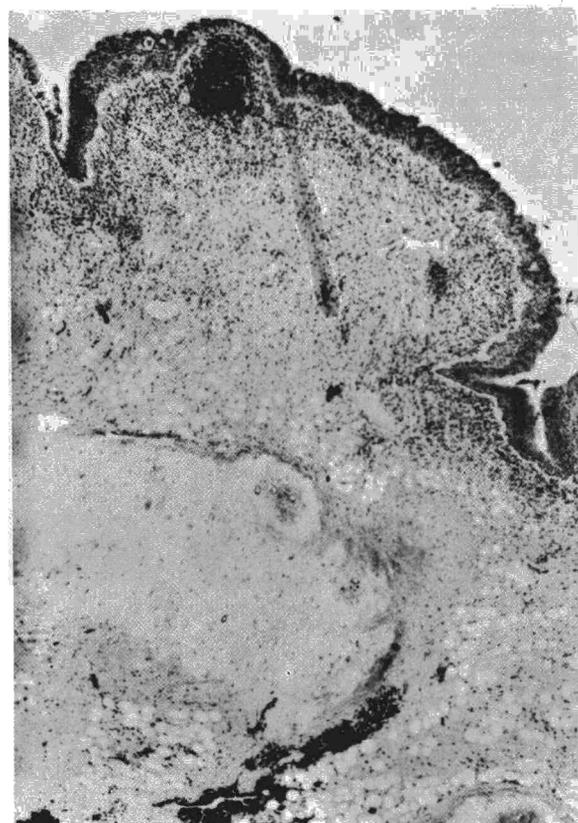


Fig. 2. Panorámica de la lesión, observándose el perfil lobulado con hendiduras epiteliales, el denso infiltrado inflamatorio subepitelial y el estroma conectivo con tejido adiposo maduro y un islote de cartilago (HE Neg x 40).

de localización subepitelial (fig. 2). El patrón lobulado estaba determinado por múltiples hendiduras profundas revestidas por el mismo epitelio (fig. 3).

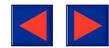
Evolución: fue favorable, remitiendo completamente la hemoptisis. Radiológicamente se observó aclaramiento progresivo de la imagen condensativa. A los 10 días de su ingreso se practicó nueva broncoscopia, comprobándose que la masa asentaba en el subsegmento anterior interno del segmento anterior del lóbulo inferior derecho, siendo imposible eliminarlo en su totalidad pues crecía periféricamente tomando la luz bronquial como molde y a medida que se iba cogiendo con la pinza de biopsia más salía, sangrando en las últimas tomas. Dada la edad del paciente y el carácter benigno del tumor se pensó que no estaba indicado el tratamiento quirúrgico. Se le envió a su domicilio con tratamiento antibiótico-mucolítico y en un control realizado al mes y otro cuatro meses más tarde, el paciente estaba asintomático con radiografía torácica normal.

### Comentarios

La patogenia de este tumor no es bien conocida, pero actualmente la idea más aceptada es la de Koutras<sup>5</sup> y Olsen<sup>6</sup> que lo identifican como restos embrionarios del árbol bronquial rodeados por tejido pulmonar normal y que en un momento determinado estos restos crecerían constituyendo hamartomas. Esta idea resulta apoyada por el hecho de que este tumor sólo se diferencia en su localización, sea periférico o central.

La incidencia del hamartoma en la población general es alrededor del 0,25%<sup>7</sup> y representa el 6,9% de los tumores solitarios pulmonares<sup>8</sup>. La forma endobronquial, a la que pertenece el caso que presentamos es rara, del 3 al 19,5% de todos los hamartomas<sup>9</sup>. En el aspecto epidemiológico afecta con mayor proporción al sexo masculino de 2:1 a 4:1<sup>4</sup> y la edad media de presentación es de 50 años, si bien puede aparecer desde la 2.ª década hasta la 8.ª<sup>1</sup>.

En la mayoría de casos el hamartoma pulmonar se descubre casualmente con ocasión de un examen radiológico sistemático<sup>1</sup>. No suelen dar sintomatología cuando son periféricos, lo más frecuente. Pero al aumentar de tamaño o si se trata



de la forma central puede producir clínica en relación con una obstrucción bronquial: atelectasias, neumonitis, síntomas como tos, fiebre, expectoración sea o no hemoptoica, dolor torácico y disnea podrían caracterizar el cuadro clínico<sup>2,4</sup>.

En la radiografía torácica, el hamartoma pulmonar típico es un nódulo solitario, bien circunscrito, de tamaño inferior a 4 cm de diámetro sin predominio lobar significativo<sup>4</sup>. La calcificación típica en «copo de maíz» es rara, pero si aparece es casi patognomónica<sup>10</sup>. La forma endobronquial suele manifestarse con obstrucción bronquial y atelectasia o neumonía distal<sup>2</sup>, como en nuestro caso.

En la forma central, la broncoscopia y la biopsia es el método diagnóstico de elección, mientras en la localización periférica, la endoscopia, broncografía y citología de secreción bronquial son de poca utilidad diagnóstica.

Hasta hace pocos años sólo la toracotomía permitía acceder al tumor y mediante el estudio de su naturaleza histológica llegar al diagnóstico definitivo. Sin embargo, la introducción de nuevas técnicas de investigación como la biopsia pulmonar transparietal (biopsia-aspiración con aguja fina) podría evitar en un futuro próximo la práctica de toracotomía<sup>1,4</sup>. Del 10 al 30% de biopsias no son diagnósticas debido a la dureza del tumor.

Histológicamente se trata de un hamartoma endobronquial, tumor benigno originado en la pared bronquial y que reúne todos los componentes de la misma pero en una proporción inadecuada y una distribución anárquica. Su origen sería un nido de estroma fibroso que posteriormente se diferenciaría hacia cartílago y tejido adiposo y que en su crecimiento endobronquial y en su necesidad de adaptarse a un espacio reducido se iría replegando sobre sí mismo apareciendo múltiples hendiduras epiteliales que fragmentarían la tumoración hasta alcanzar los de más larga evolución un patrón abigarrado y de mayor dificultad diagnóstica<sup>11</sup>.

Aunque el pronóstico del hamartoma es considerado excelente, en general se considera clínica-

mente, por algunos autores, como una verdadera neoplasia por su capacidad para crecer y en algunos casos malignizarse<sup>12</sup>.

Las indicaciones de la cirugía son evidentes cuando con la metodología diagnóstica citada no se consiga diferenciar respecto a un proceso maligno o cuando se conozca su naturaleza benigna pero haya crecimiento tumoral y obstrucción bronquial. Si no se dan estas circunstancias, algunos autores recomiendan la vigilancia clínico-radiológica. A este respecto, Ramírez et al<sup>1</sup> de 41 casos no operados, ninguno experimentó transformación maligna en cinco años de seguimiento. Sin embargo, el criterio más extendido es la extirpación tumoral.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Ramírez G, Celard P, Gamondea JP et al. Les hamartomes pulmonaires. A propos de quarante-neuf cas opérés. *Sem Hôp Paris* 1984; 60:118-4.
2. Rivas J, Pollmar Ch. Los llamados hamartomas de pulmón. *Rev Clin Esp* 1981; 162:105-110.
3. Albrecht E. Ueber Hamartome. *Verh Dtsch Ges Path* 1904; 7:153-157.
4. Sinner WN. Fine-needle biopsy of hamartomas of the lung. *AJR* 1982; 138:65-69.
5. Koutras P, Urschel HC, Paulson DL. Hamartoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 61:768-776.
6. Olsen P. Hamartoma of the lung. *Danish Med Bull* 1968; 15:117-123.
7. Young JM, Jones E, Hughes FA, Foley FE, Fox JR. Endobronchial hamartoma. Report of two cases. *J Thorac Surg* 1954; 27:300-305.
8. Steele JD. The solitary pulmonary nodule. Report of a cooperative study of resected asymptomatic solitary pulmonary nodules in males. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1963; 46:21-39.
9. Sibala JL. Endobronchial hamartoma. *Chest* 1972; 62:631-639.
10. Fraser RG, Pare JAP. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Barcelona Salvat ed. 1981; 1068-1069.
11. Carter D, Eggleston JC. Tumors of the lower respiratory tract. En: Atlas of tumor pathology (Fasc. 17, 2nd Ser). US Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC 1980.
12. Karasik A, Modan M, Jacob CH, Lieberman Y. Increased risk of lung cancer in patients with chondromatous hamartoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 80:217-220.