

Pseudotumor endobronquial como manifestación de la aspiración de un cuerpo extraño

Sr. Director: La aspiración de un cuerpo extraño sólido es un accidente común. El diagnóstico suele ser inmediato dada la clínica aparatosa y el antecedente conocido de aspiración de un cuerpo extraño. Con menor frecuencia el cuadro puede pasar desapercibido y producir posteriormente lesiones bronquiales secundarias, manifestándose en forma de obstrucción bronquial crónica. Dada la poca frecuencia de este tipo de presentación, creemos de interés comunicar un caso de un paciente varón de 35 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a nuestro Servicio por fiebre y torcalgia derecha. El paciente refería una historia de febrícula vespertina y expectoración de seis meses de evolución. El estudio radiológico del tórax (fig. 1) mostró una atelectasia del segmento anterior del ló-

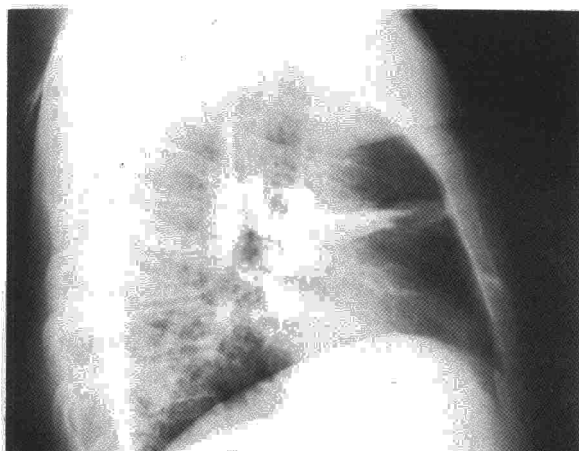
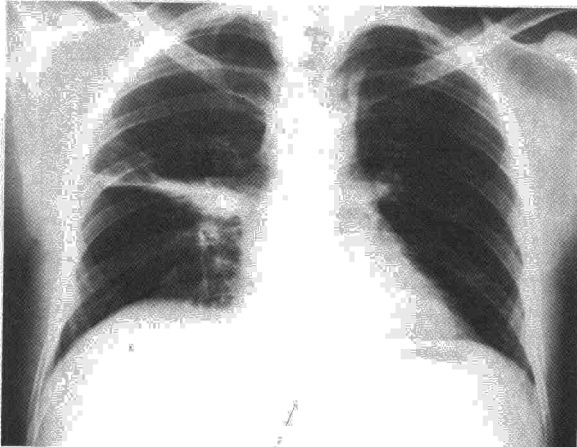


Fig. 1. Radiografía PA (a) y lateral (b) de tórax, en la que se aprecia la presencia de una atelectasia correspondiente al segmento anterior del lóbulo superior derecho.



Fig. 2. Visión ampliada del cuerpo extraño.

bulo superior derecho. Se realizó una fibrobroncoscopia que evidenció una tumoración mamelonada, fácilmente sangrante en la entrada del segmento anterior del lóbulo superior derecho. La biopsia de la tumoración fue diagnosticada de proceso inflamatorio crónico. Debido al aspecto macroscópico de adenoma bronquial se repitió la biopsia endoscópica que no aportó nuevos datos. Con el diagnóstico de tumoración endobronquial, el paciente fue intervenido quirúrgicamente, hallándose un lóbulo superior derecho hepatizado principalmente a nivel de su segmento anterior. Se realizó una lobectomía superior y al efectuar la broncotomía apareció un cuerpo extraño de material plástico recubierto por tejido de granulación (fig. 2). Reinterrogado el paciente, no refería ningún antecedente de aspiración de cuerpo extraño.

En general el diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño suele ser inmediato como consecuencia del cuadro clínico. Las radiografías de tórax no suelen aportar datos sobre su localización, excepto en los casos en los que el cuerpo extraño es radiopaco o en los que existe una atelectasia por obstrucción bronquial completa¹. El tratamiento consiste en la extracción precoz del cuerpo extraño generalmente con broncoscopio rígido². En un estudio multicéntrico realizado por Puzo y Castella¹, sólo dos de 43 cuerpos extraños requirieron intervención quirúrgica debido a la imposibilidad de ser extraídos endoscópicamente. En los pacientes en los que el cuerpo extraño ha pasado desapercibido y ha provocado lesiones crónicas, pueden plantearse problemas en cuanto a su diagnóstico diferencial³⁻⁶. En estos casos generalmente la lesión está motivada por la presencia de lesiones pulmonares secundarias a la obstrucción bronquial persistente⁷ y el diagnóstico de cuerpo extraño se realiza durante el acto quirúrgico o me-



dante el estudio de la pieza de resección. En estos casos el estudio preoperatorio suele aportar datos a favor de la existencia de estenosis bronquial o lesiones consecutivas a la misma. En nuestro paciente la intervención quirúrgica se indicó por la presencia de una tumoración endobronquial que producía una neumonía obstructiva. Debido a que no existían antecedentes conocidos de aspiración de cuerpo extraño, ya que éstos suelen impactarse a nivel de los bronquios lobares inferiores, en ningún momento se sospechó el verdadero diagnóstico.

M. Carranza, M.A. Callejas, J.L. Freixinet, J.M. Gimferrer, A. Xaubet* y J. Sánchez-Lloret
Cátedra y Servicio de Cirugía Torácica.
*Servicio de Neumología. Hospital Clínico y Provincial de la Facultad de Medicina de Barcelona.

BIBLIOGRAFIA

1. Puzo MC, Castella J. Cuerpos extraños traqueobronquiales. Arch Bronconeumol 1982; 18:282-290.
2. Holinger PH, Holinger LD. Use of the open tube bronchoscope in the extraction of foreign bodies. Chest 1978; 73(supp): 721-724.
3. Hernández Hazañas M, Domínguez Palacios JM. Evolución atípica de cuerpo extraño intrabronquial. Arch Bronconeumol 1976; 12:131-133.
4. García de Cabo A, Guerra Janz F. Cuerpo extraño intrabronquial. Patología del adulto. Arch Bronconeumol. 1979; 15:129-131.
5. Marcos Sánchez F, Vidente Catalán LC, Turabin Fernández JL, Moreiras Jiménez JL, Pérez Nevado A, Durán Pérez-Navarro A. Evolución prolongada de cuerpo extraño intrabronquial en adulto. Arch Bronconeumol 1984; 20:139-141.
6. Reventós J, Castella J, Noguera A. Tumor endobronquial inflamatorio producido por un cuerpo extraño inhalado: problemas de diagnóstico diferencial. An Med Sta. Cruz y S. Pablo 1967; 17:528-535.
7. Franco Granado A. Bronquiectasias por cuerpo extraño. Arch Fac Med Madrid 1978; 34:371-390.

Leiomiomatosis pulmonar múltiple diagnosticada por fibrobroncoscopia

Sr. Director: La leiomiomatosis pulmonar múltiple (LPM) es una entidad muy infrecuente, existiendo en la actualidad menos de 50 casos descritos. La enfermedad se caracteriza por la existencia de nódulos pulmonares múltiples, que las más de las veces se descubren de forma casual, cuya histopatología corresponde a leiomiomas. La confirmación anatómopatológica en los casos diagnosticados hasta el presente se ha obtenido por toracotomía y biopsia. Presentamos un caso de LPM que fue diagnosticado por biopsia de una masa endobronquial a través del fibrobroncoscopio.

Se trata de una paciente de 58 años, sin hábitos tóxicos, y con antecedentes de una histerectomía 2 años antes del ingreso por leiomiomatosis uterina, que ingresa al descubrirse de forma casual nódulos pulmonares múltiples en una radiografía de tórax

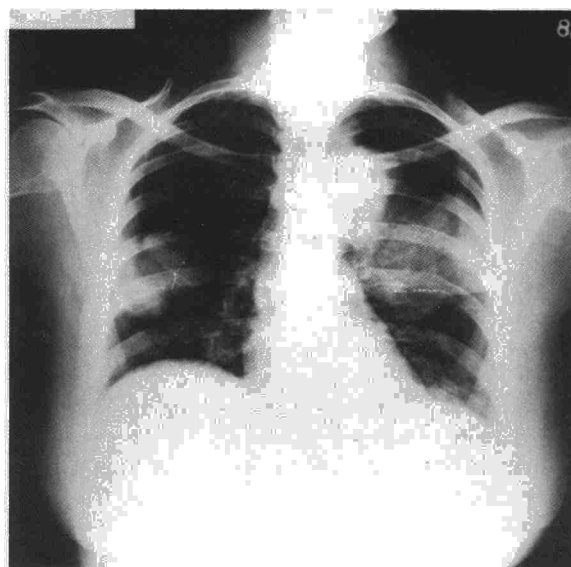


Fig. 1. Leiomiomatosis pulmonar múltiple. Radiografía posteroanterior de tórax.

(fig. 1). La exploración física al ingreso fue estrictamente normal. Hemograma, urea, glicemia, analítica hepática, pruebas de coagulación y calcemia fueron normales. Las baciloscopias y las citologías de esputo fueron negativas, así como una serología de quiste hidatídico. Las exploraciones ginecológica, otorrinolaringológica, tránsito esófago-gastrointestinal, pielografía, gammagrafía tiroidea y búsqueda de sangre en heces no aportaron nuevos datos al diagnóstico, salvo la demostración de una pequeña hernia de hiatus. Se realizó una fibrobroncoscopia, que mostró una masa endobronquial bien definida, con mucosa lisa, que ocluía parcialmente el bronquio del lóbulo superior izquierdo. Las biopsias realizadas a este nivel obtuvieron tejido muscular liso, sin atipias ni mitosis, que levantaba el epitelio de la pared bronquial sin infiltrarlo (tinciones de hematoxilina-eosina y tricrómico). La paciente se mantuvo estable durante los 4 meses siguientes al diagnóstico, falleciendo entonces de forma súbita. No se realizó necropsia.

Los leiomiomas pulmonares son infrecuentes, pues no suponen más del 2 % de los tumores broncopulmonares benignos¹. La mayoría de las veces son muy distales en el árbol bronquial, y no son accesibles con el fibrobroncoscopio². La aparición como nódulos pulmonares múltiples de dichos tumores, considerada excepcional, se interpretó inicialmente como una forma de hamartomatosis pulmonar múltiple. Sin embargo, el hecho de que prácticamente todos los casos han sido descritos en mujeres en las que existían antecedentes de leiomiomas uterinos o en las que no se habían realizado exploraciones ginecológicas³, obligó a considerar el posible origen metastásico de dichos tumores, sugiriéndose el término de leiomiomatosis metastatizante benigna. Este punto de vista se ha visto reforzado por la com-