

# HAMARTOMAS CONDROMATOSOS PULMONARES

J. SALAS MOLINA\*, A. CANO SANCHEZ\*\*, P. LOPEZ PUJOL\*\*\*  
y C. PERA MADRAZO\*\*\*\*

Servicio de Anatomía Patológica. Departamento de Cirugía.  
Ciudad Sanitaria Reina Sofía. Córdoba.

Los autores describen dos casos de hamartomas pulmonares intraparenquimatosos. Se analizan sus características clínicas y anatomopatológicas, realizando una breve referencia bibliográfica y se describen las diversas teorías histogenéticas. Su diagnóstico necesita la colaboración histopatológica, y su tratamiento adecuado es la resección más económica posible.

*Arch Bronconeumol* 1985; 21:124-126

## Pulmonary chondromatous hamartomas

The authors describe two cases of intraparenchymatous pulmonary hamartomas. Their clinical characteristics and pathological anatomy were analyzed, making a brief bibliographical reference and describing the various histogenetic theories. The diagnosis needed histopathological collaboration and its adequate treatment was the most economic resection possible.

### Introducción

El hamartoma pulmonar es un tumor benigno poco frecuente que nace de la pared bronquial. McDonald, Harrington y Clagett en 1945<sup>1</sup> encuentran hamartomas en el 0,25 % de 7.972 necropsias revisadas. Spencer<sup>2</sup>, en 1977, afirma que sus componentes tisulares siguen el plan general de desarrollo y puede alcanzar variable grado de madurez y capacidad funcional.

En el presente trabajo describimos dos casos de hamartoma pulmonar intraparenquimatoso, que hemos recibido en los últimos años en nuestro Servicio de Anatomía Patológica.

### Observaciones

**Caso 1.** MCB, de 76 años de edad, varón, que tres años antes de acudir a este hospital presentó cuadro neurológico con crisis de pérdida de la conciencia, reapareciendo dicho cuadro espontáneamente en varias ocasiones durante este período de tiempo. Se diagnostica de enfermedad del seno.

En la radiografía de tórax se observó una sombra redonda de 2 cm de diámetro en el lóbulo inferior izquierdo (fig. 1). La tomografía de tórax revelaba una densidad en el segmento VI del lóbulo inferior izquierdo, bien demarcado del pulmón adyacente y no calcificado. Con el diagnóstico de nódulo benigno pulmonar se procedió a toracotomía posterolateral izquierda, practicándose enucleación de la tumoración.

Estudio anatomopatológico de la pieza reseçada: *Macroscópico:* Se remite una tumoración nodular que mide 1,5 cm de

diámetro mayor. Su superficie externa es lobulada y de coloración blanco-rosada. Al corte, se encuentra constituida por un tejido blanco-grisáceo de aspecto cartilaginoso y consistencia firme, separado por tractos gelatinosos de coloración grisácea. *Microscópico:* Neoformación constituida por grandes nidos de cartilago hialino, rodeados por variable cantidad de tejido fibroadiposo. En la periferia y confluencia de varios nódulos existen áreas más amplias de tejido conectivo, que se encuentra surcado por espacios de luces irregulares revestidas por un epitelio, que en unas áreas es pseudoestratificado cilíndrico y en otras monoestratificado cúbico o incluso aplanado.

**Caso 2.** ADM, de 67 años de edad, que ingresa por un cuadro catarral acompañado de fiebre elevada, malestar general, somnolencia, obnubilación, disnea de reposo, tos y expectoración de aspecto mucopurulento. Tiene estertores en ambas bases pulmonares. Hace 2 ó 3 años presentó cuadros repetidos catarrales con escasa expectoración, febrícula y malestar general.

En la radiografía de tórax, tras la resolución de su cuadro inicial, se observó un nódulo solitario en base derecha posterior, de contornos nítidos y sin calcificaciones (fig. 2). Con el diagnóstico de nódulo solitario pulmonar se procede a toracotomía pósterolateral derecha y enucleación de un nódulo en lóbulo inferior derecho.

Estudio anatomopatológico. *Macroscópico:* Se recibe nódulo de tejido de 1,8 cm, de diámetro máximo, de superficie externa lobulada y coloración blanquecina. Al corte, está constituido por un tejido de aspecto cartilaginoso, alternando con otro blanco-amarillento y calcificado, conteniendo una cavidad central con material de aspecto mucoso. *Microscópico:* Tumoración constituida por tejido cartilaginoso, hialino, calcificado, separado por tejido fibroadiposo que incluye hendiduras y quistes revestidos por epitelio monoestratificado de células cúbicas. Estas hendiduras corren periféricamente paralelas al tejido pulmonar adyacente.

### Discusión

Albrecht<sup>3</sup> fue el primero, en 1940, en usar el término hamartoma en orden a describir una malformación del hígado caracterizada por una disposi-

Recibido el 12-4-1984 y aceptado el 28-11-1984.

\* Médico Adjunto. Anatomía Patológica.

\*\* Médico Residente. Radiología.

\*\*\* Jefe de Sección. Cirugía Pulmonar.

\*\*\*\* Jefe de Departamento. Cirugía General.

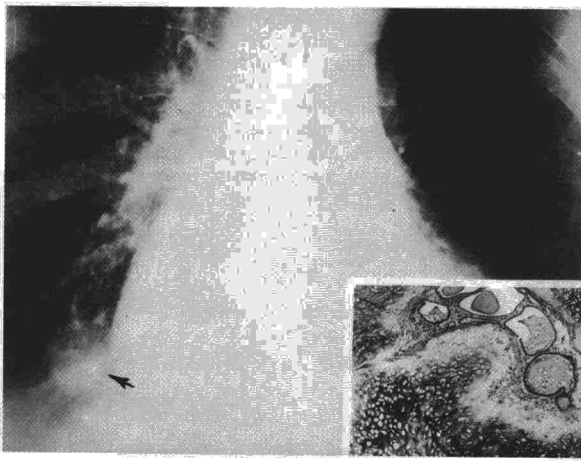
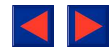


Fig. 1. Caso 1. Radiografía posteroanterior de tórax; lesión nodular única (cabeza de flecha) en LII. Recuadro: Microfotografía del hamartoma intrapulmonar típico. (HE  $\times$  40.)

ción anormal de sus tejidos. Dos años más tarde, Hart<sup>4</sup> describe éste en el pulmón. Desde entonces, ha habido mucho desacuerdo en cuanto a su nomenclatura. Se han usado términos tales como condroadenoma, hamartocondroma, lipocondroadenoma, fibroadenoma de pulmón, hamartoma condromatoso, bronquioma y tumor mixto del pulmón.

Este tumor es más frecuente en varones y puede aparecer entre la quinta y sexta década de la vida, localizado principalmente en el parénquima pulmonar. La incidencia del hamartoma condromatoso endobronquial es del 19,5 %<sup>5</sup>.

El hamartoma condromatoso puede localizarse en el bronquio principal (endobronquial) o en el parénquima pulmonar (intrapulmonar), con englobamiento tardío de las estructuras bronquiolares. Ha habido en el pasado gran controversia en la literatura con respecto a la relación entre los tumores que tienen cartilago endobronquial y los intrapulmonares<sup>5</sup>; pero en la actualidad hay buena evidencia de que se trata de dos formas de un mismo tumor, constituidas por los mismos tejidos, y que difieren sólo por su sitio de origen<sup>5</sup>. No existe predilección por ninguna parte del pulmón<sup>6</sup>. Todos los casos de hamartoma pulmonar múltiple descritos carecen de tejido cartilaginoso<sup>7</sup>.

Generalmente, el hamartoma parenquimatoso no produce síntomas, cuando aumenta de tamaño, y comprime el parénquima adyacente. Sin embargo, cuando es suficientemente grande puede obstruir un bronquio, causando atelectasia y neumonitis. En este caso pueden concurrir tos, hemoptisis, dolor costal y fiebre. Los pacientes con una lesión endobronquial, preferentemente, presentan fiebre y hemoptisis.

Histológicamente, la variedad de hamartoma periférico está compuesto por los mismos elementos mesodermales y epiteliales que el tipo endobronquial. No obstante, los tumores endobron-



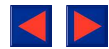
Fig. 2. Caso 2. Radiografía de tórax mostrando nódulo pulmonar solitario de bordes nítidos (cabeza de flecha) en LII. No existe calcificación. Recuadro: Microfotografía del hamartoma condromatoso típico. (HE  $\times$  40.)

quiales tienen relativamente menos cartilago y más grasa que las lesiones parenquimatosas y, escasas, menos complejas hendiduras epiteliales<sup>8</sup>. Con respecto a la evolución, hay que decir que es benigna. No obstante, en raras ocasiones se han descrito transformaciones malignas, como en el caso estudiado por Poulse, Jacobsen y Francis<sup>9</sup>, en el que la malignización ocurrió en el componente epitelial.

El origen de los hamartomas condromatosos no es claramente conocido. Las teorías etiológicas postuladas y revisadas por Hodges<sup>10</sup> son entre otras: 1) malformación congénita; 2) hiperplasia de las estructuras normales; 3) respuesta a la inflamación; 4) neoplasia.

El diagnóstico definitivo de hamartoma condromatoso parenquimatoso sólo es posible, generalmente, después de toracotomía. No obstante, es preciso insistir en la importancia que tiene la radiología como método diagnóstico. Así, las calcificaciones que con frecuencia se observan en los hamartomas, constituyen el dato radiológico más significativo que ayuda a diferenciarlo de carcinoma u otro tipo de tumores.

La forma de tratamiento es la extirpación quirúrgica. A causa de la facilidad con que estas lesiones son enucleadas, éste es el procedimiento más usado en los hamartomas periféricos. Para aquellos de localización endobronquial, la extirpación es por broncotomía o broncoscopia. Una vez extirpados, estos tumores no recurren.

**BIBLIOGRAFIA**

1. MacDonald JR, Harrington SW, Clagett OT. Hamartoma (often called chondroma) of the lung. *J Thorac Surg* 1945; 14:128-143.
2. Spencer H. *Pathology of the lung*. 3. Oxford, Pergamon Press 1977.
3. Albrecht E. Ueber Hamartome. *Verh Dtsch Ges Pathol* 1904; 7:153-157.
4. Hart: Cit. Poirier TJ, Van Ordstrand HS. Pulmonary chondromatous hamartomas. Report of seventeen cases and review of the literature. *Chest* 1971; 59:50-55.
5. Bateson EM. Relationship between intrapulmonary and endobronchial cartilage-containing tumour (so-called hamartomata). *Thorax* 1965; 20:447-461.
6. Butler C, Kleinerman J. Pulmonary hamartoma. *Arch Path* 1969; 88:584-592.
7. Nili M, Vidne BA, Avidor I, Paz R, Levy MJ. Multiple pulmonary hamartomas: a case report and review of the literature. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1979; 13:157-160.
8. Tomashefski JF. Benign endobronchial mesenchymal tumors. Their relationship to parenchymal pulmonary hamartomas. *Am J Surg Pathol* 1982; 6:531-540.
9. Poulsen JT, Jacobsen M, Francis D. Probable malignant transformation of a pulmonary hamartoma. *Thorax* 1979; 34:557-558.
10. Hodges FV. Hamartoma of the lung. *Dis Chest* 1958; 33:43-51.