

**Correspondencia:**  
 Patricia Vujacich  
 E-mail: patricia.vujacich@gmail.com

## Una causa infrecuente de tos y hemoptisis en un ex fumador

**Autores:** Patricia Vujacich<sup>1</sup>, Florencia von Stecher<sup>3</sup>, Joaquín García Morato<sup>2</sup>

<sup>1</sup>División Neumonología, Hospital de Clínicas José de San Martín.

<sup>2</sup>División Cirugía Torácica, Hospital de Clínicas José de San Martín.

<sup>3</sup>Departamento de Patología, Hospital de Clínicas José de San Martín.

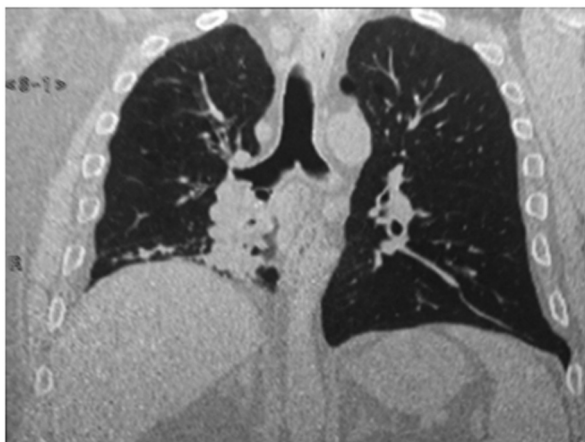
Comentamos el caso de un paciente de 62 años, ex tabaquista de 40 paquetes/año, diabético, hipertenso con cardiopatía isquémica que consultó por tos y hemoptisis leve de varios meses de evolución. Tenía antecedente de dos neumonías en los últimos tres años. La radiografía (Rx) y tomografía computada (TAC) de tórax pusieron en evidencia una masa polilobulada en lóbulo inferior derecho con pérdida de volumen y consolidación basal post-obstructiva (Fig. 1).

La broncoscopia mostró una lesión vegetante endobronquial sésil con amplia base de implantación dorsal, duro elástica, que ocluía en un 95% la luz del tronco intermedio derecho (Fig. 2). Fue imposible la biopsia adecuada con pinzas convencionales debido a la dureza de la lesión. El procedimiento debió completarse con broncoscopia rígida con re-permeabilización del bronquio intermedio.

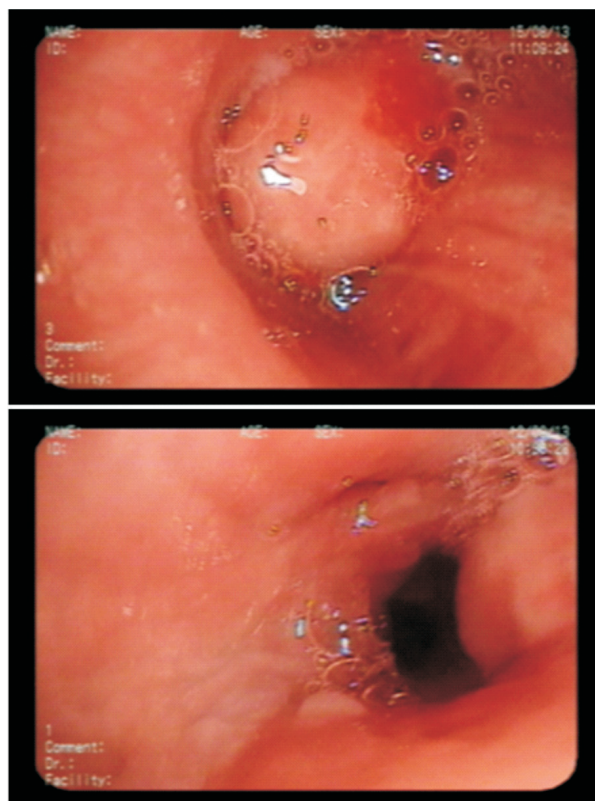
La biopsia intraoperatoria mostró una lesión de una consistencia pétreo y la anatomía patológica

diferida puso en evidencia un hamartoma mixto con focos de tejido cartilaginoso, óseo y adiposo maduro (Fig. 3).

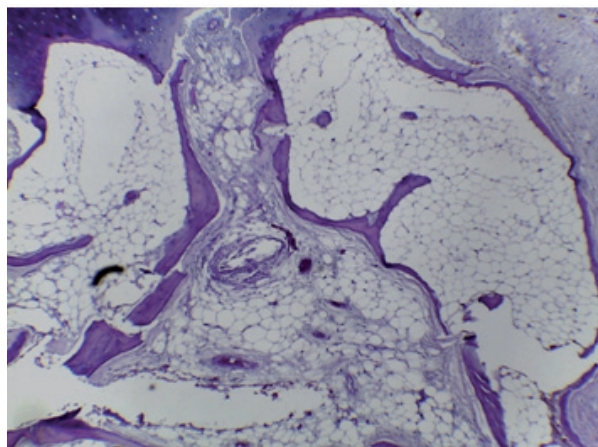
En el control posterior, pese a la re-permeabilización endoscópica, se observó un espolón engrosado cuya biopsia mostró tejido de granulación. Se decidió conducta expectante.



**Figura 1.** Masa heterogénea en lóbulo inferior derecho ocluyendo tronco intermedio con pérdida de volumen y consolidaciones basales. Nótese áreas de densidad cálcica a nivel medial.



**Figura 2.** Arriba: Masa vegetante endobronquial implantada en pared dorsal del tronco intermedio de consistencia pétreo con mínimo sangrado al tacto. Abajo: Post resección con engrosamiento del espolón del lóbulo medio (tejido de granulación).



**Figura 3:** Hamartoma: se observan focos de tejido óseo, cartilaginoso y adiposo.

Los hamartomas son tumores pulmonares benignos derivados del tejido mesenquimático peribronquial, generalmente se presentan como nódulos solitarios. Existen, sin embargo, dos tipos clínicos bien definidos de acuerdo a su localización: intraparenquimatosos (90%) y endobronquiales (10%). Habitualmente son asintomáticos pero la forma endobronquial puede causar destrucción pulmonar irreversible distal secundaria a la obstrucción bronquial. Si bien el tratamiento quirúrgico ha sido la opción clásica, la resección

endoscópica mecánica con láser o electrocauterio ha sido comunicada con éxito<sup>1-3</sup>.

Las técnicas endoscópicas son efectivas para el diagnóstico y tratamiento del hamartoma endobronquial. El tratamiento debe ser precoz para evitar daño por obstrucción crónica y supuración, en cuyo caso puede ser necesaria la resección pulmonar<sup>4,5</sup>.

**Agradecimientos:** Alejandro Raimondi y Marcos Aguirre por su colaboración en la atención del caso.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Bibliografía

1. NoKim SA, Um SW, Song JU, Jeon K, Koh WJ, Suh GY, et al. Bronchoscopic features and bronchoscopic intervention for endobronchial hamartoma. *Respirology* 2010; 15: 150-4.
2. Poonja Z, Sobey A, Weinkauff JG. Endobronchial hamartoma. *J Bronchology Interv Pulmonol* 2013 Jul; 20(3): 247-8.
3. Miller SM, Bellinger CR, Chatterjee A. Argon plasma coagulation and electrocauterization for benign endobronchial tumors. *J Bronchology Interv Pulmonol* 2013 Jan; 20(1): 38-40.
4. Zehani-Kassar A, Ayadi-Kaddour A, Marghli A, Ridene I, Kilani T, El Mezni F. Clinical characteristics of resected bronchial hamartoma. Study of seven cases. *Rev Mal Respir* 2011 May; 28(5): 647-53.
5. Kim SA, Um SW, Song JU, et al. Bronchoscopic features and bronchoscopic intervention for endobronchial hamartoma. *Respirology*. 2010 Jan; 15(1):150-4.