

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, Auconce 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^{1,2}. Más raro es su aislamiento en procesos infecciosos locales^{3,4} y bacteriemias^{5,6}. La coexistencia de neumonía y bacteriemia es un hecho excepcional⁷⁻⁹. 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/mm³, 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^{3,4,6}. Pero también se han descrito en individuos previamente sanos⁶⁻⁸.

La puerta de entrada es discutida. En algunos casos parece ser cortes o abrasiones en la piel, en contacto con agua contaminada⁵. En otras ocasiones, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, el origen podría ser endógeno o nosocomial⁶. Incluso se ha sugerido que ciertas exploraciones endoscópicas sean responsables de la bacteriemia¹⁰, como pudo suceder en nuestro caso.

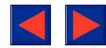
Cuando puede hallarse un foco séptico como origen de la bacteriemia se trata muchas veces, de colecciones supuradas de diversa localización^{3,4,6}. En muy pocos casos se ha descrito una neumonía. En las series de Von Graevenitz et al³ y Mc Cracken et al⁴, sólo dos pacientes con bacteriemia presentaban simultáneamente una neumonía. Posteriormente se han descrito algunos casos más⁷⁻⁹ 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 cepas¹¹.

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.



8. Reines HD, Cook FV. Pneumonia and bacteremia due to *Aeromonas hydrophila*. Chest 1981; 80:264-267.

9. Aguado García JM, Gómez Garcés JL, Fernández Guerrero ML, Gómez Huelgas R, de Villalobos E. Neumonía bacteriémica por *Aeromonas hydrophila* en un paciente inmunocomprometido. Enf Infec Microbiol Clin 1984; 2:270.

10. Bercof E, Esperov M, Pariente EA, Morcamp D, Bourraille J. Péritonites espontáneas à *Aeromonas hydrophila* chez le cirrhotique. Rev Méd Intern 1985; 6:62-64.

11. Motyl MR, McKinley G, Janda JM. In vitro susceptibilities of *Aeromonas hydrophila*, *Aeromonas sobria* and *Aeromonas carye* to 22 antimicrobial agents. Antimicrob Agents Chemother 1985; 28:151-153.

Lipoma endobronquial

Sr. Director: Los lipomas endobronquiales son neoformaciones benignas poco frecuentes¹, desarrolladas a partir del tejido graso de la pared bronquial, que presentan pacientes de edad avanzada. La aparición suele acontecer entre la sexta y séptima década de la vida^{2,3}, siendo más frecuentes en varones⁴ y se hallan localizados en bronquios principales. El lipoma tiene su origen histológico en el tejido adiposo existente en la submucosa bronquial o bien a partir de las células mesenquimatosas primitivas de la misma localización⁵. Presentamos un paciente varón de 68 años, que presenta historia de 8 meses de tos productiva, fiebre intermitente y dolor torácico. La Rx de tórax demuestra lesiones parenquimatosas peribronquiales con imágenes de bronquiectasias infectadas a nivel de lóbulo medio e inferior derecho (fig. 1). Se le realizaron dos bronoscopias, observándose masa vegetante bien delimitada de 1,5 cm de diámetro a unos dos cm del nacimiento del bronquio intermediario; la biopsia fue informada de afección inflamatoria crónica inespecífica con actividad aguda y áreas de metaplasia escamosa epitelial sin evidencia de morfología neoplásica. Se le realizó toracotomía y,

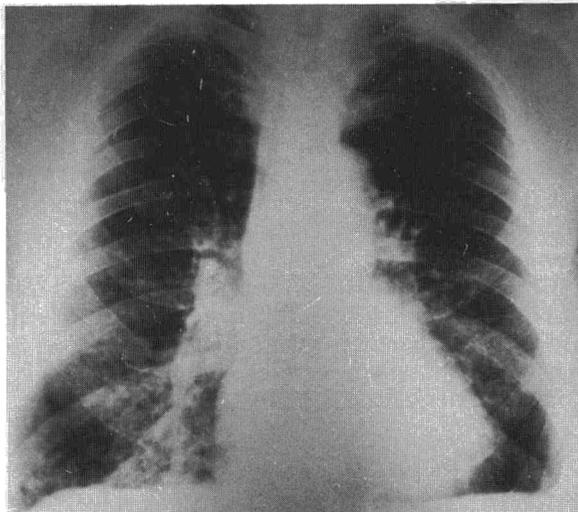


Fig. 1. Radiografía simple de tórax.



Fig. 2. Pieza quirúrgica.

al hallarse hepatizados ambos lóbulos inferiores, bilobectomía. Informe anatomopatológico: pieza de bilobectomía con lipoma endobronquial, de 1,5 × 0,8 cm y bronquiectasias tubulares en bronquitis crónica severa (fig. 2).

Las manifestaciones clínicas estarán en relación directa con el progresivo tamaño del lipoma y obstrucción bronquial que ocasione, así como de su localización.

El método de diagnóstico de elección es la coadyuvante de la infección por dicho microorganismo o a veces rosada, con cierto parecido al adenoma bronquial, diferenciándose de éste por la elasticidad de la cápsula al tomar la biopsia, la movilidad y el sangrado del adenoma al realizarla. En nuestro caso el diagnóstico histológico de certeza no se pudo realizar a pesar de dos bronoscopias, teniendo sólo el diagnóstico de sospecha por el comportamiento de la lesión al intentar biopsiar.

El tratamiento debe realizarse mediante resección endoscópica o bien a través de una toracotomía, por broncostomía, o resección quirúrgica si el parénquima distal presenta lesiones postinflamatorias irreversibles, como nos ocurrió en nuestro caso.

**R. Cameselle, P. Gil Gil, E. Novoa Morón,
J. Barros Tizón y P. Iglesias Acevedo**
Servicio de Cirugía General.
Hospital Xeral de Vigo.

BIBLIOGRAFIA

1. Giudice JC, Gordon R, Komansky HJ. Endobronchial lipoma causing unilateral absence of pulmonary perfusion. Chest 1980; 77:104-105.
2. Politis J, Funahashi A, Gehlsen JA, De Cock R, Stengel BF, Choi H. Intrathoracic lipomas: report of three cases and review of the literature with emphasis on endobronchial lipoma. J Thorac Cardiovasc Surg 1979; 77:550-556.