

## Presentación de un caso de hamartoma osteocondromatoso endobronquial resecado con broncoscopia flexible

### A Case of Endobronchial Osteochondromatous Hamartoma Removed Using Flexible Bronchoscopy

Sr. Director:

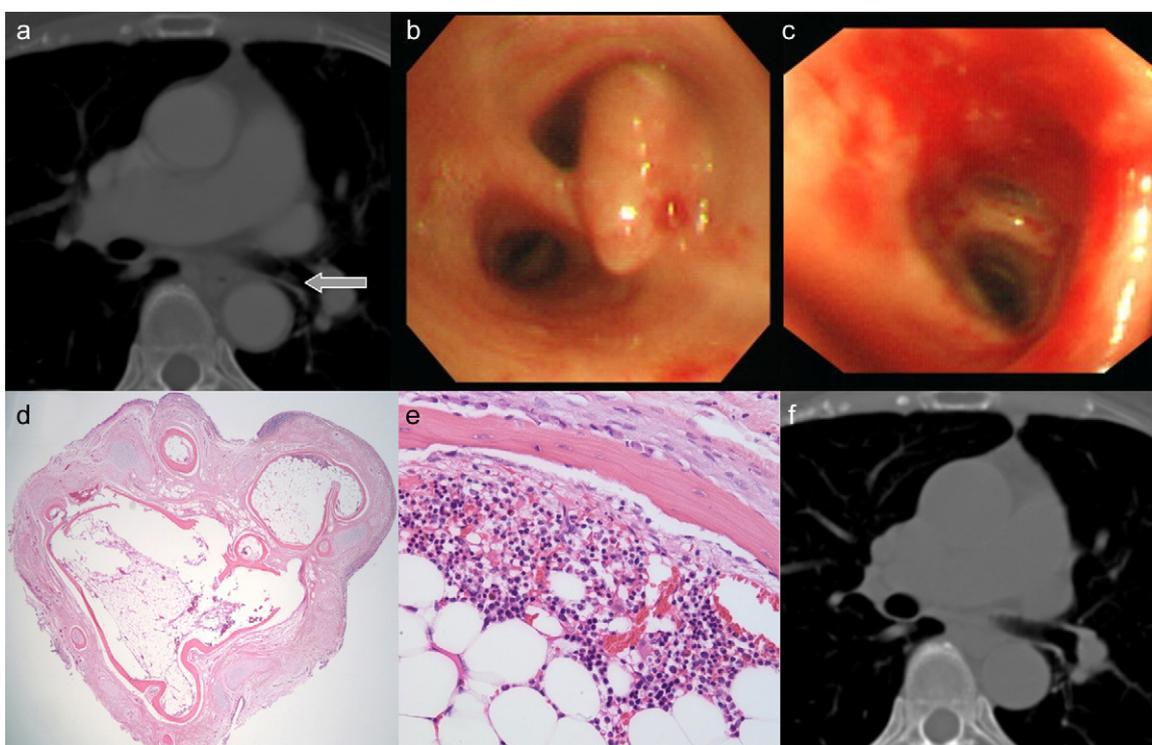
Los tipos histológicos habituales de hamartoma endobronquial son el hamartoma condromatoso y el lipoide<sup>1</sup>. El hamartoma osteocondromatoso que contiene un componente de la médula ósea se ha descrito con muy poca frecuencia en los estudios publicados en inglés<sup>2</sup>. Describimos un caso sumamente raro de hamartoma osteocondromatoso endobronquial, de localización central y que se extrajo satisfactoriamente a través de broncoscopia flexible.

Una mujer de 67 años de edad acudió a nuestro hospital refiriendo tos intermitente de más de 2 meses de evolución. No era fumadora. No detectamos anomalías en las pruebas de laboratorio, incluido un hemograma así como pruebas microbiológicas en el esputo. En la radiografía simple de tórax no se observaron anomalías. Para una valoración más detallada de la tos efectuamos una tomografía computarizada de tórax. Esta reveló una lesión endobronquial de 1 cm de diámetro sin anomalías parenquimatosas específicas (fig. 1a). Se sometió a una broncoscopia para la evaluación de la lesión endobronquial. La broncoscopia demostró una lesión mucosa polipoide localizada en el bronquio lobar inferior izquierdo (fig. 1b). Durante la broncoscopia su consistencia era tan dura como un fragmento de hueso, por lo que pudimos extraer la lesión polipoide por completo con las pinzas de biopsia (fig. 1c). Aunque la lesión tenía tendencia hemorrágica, la hemorragia se controló mediante suero fisiológico frío

y una solución de adrenalina al 1:20.000. Los hallazgos anatómopatológicos demostraron celdas cartilaginosas acompañadas de tejido óseo con elementos mieloides, compatibles con un hamartoma osteocondromatoso endobronquial (fig. 1d,e). Después de la exéresis de la lesión endobronquial, la tos se resolvió. En el seguimiento la paciente no demostró pruebas de recidiva (fig. 1f).

La lesión de esta paciente es un caso excepcional de hamartoma osteocondromatoso endobronquial. Se han publicado pocos casos de estas lesiones con un componente de médula ósea reseca quirúrgicamente<sup>2</sup>. Su tratamiento ha de individualizarse de acuerdo con las manifestaciones clínicas de cada paciente y de cada hamartoma<sup>3,4</sup>. Oishi et al. efectuaron la resección quirúrgica de un hamartoma osteocondromatoso relativamente grande que no pudo extraerse por broncoscopia<sup>2</sup>. Por el contrario, nuestro grupo pudo extraer la lesión durante la broncoscopia flexible. Este caso se caracterizó por una lesión polipoide de diámetro relativamente pequeño. Esta podría ser la razón por la que la lesión pudo extraerse por completo mediante broncoscopia sin complicaciones significativas. La extracción endoscópica presenta ventajas sobre el control de los síntomas y puede evitar la toracotomía por una lesión endobronquial<sup>5,6</sup>.

En el presente caso, la lesión demostró una consistencia tan dura como un fragmento óseo. En la biopsia, la consistencia dura era diferente de la consistencia esponjiforme que en general se ha descrito<sup>1</sup>. Parece asociarse al componente que contiene el tejido óseo. Además, durante la extracción broncoscópica tiene tendencia hemorrágica. Se supone que dicha tendencia hemorrágica se debe al contenido de tejido de la médula ósea del tumor. Especulamos que un hamartoma osteocondromatoso endobronquial de tamaño relativamente pequeño se extraería sin riesgos con una pinza de biopsia mediante broncoscopia flexible.



**Figura 1.** a) La tomografía computarizada reveló una lesión endobronquial que medía 1 cm de diámetro (flecha). b) Lesión mucosa polipoide localizada en el bronquio lobar inferior izquierdo en la broncoscopia flexible. c) Tras la extracción completa de la lesión mucosa polipoide con pinza de biopsia (d), la masa polipoide endobronquial estaba constituida principalmente por hueso, cartilago y tejido adiposo, y recubierta de epitelio respiratorio (tinción con hematoxilina-eosina,  $\times 40$ ). e) El hueso contenía elementos mieloides, que sugerían médula ósea verdadera (tinción con hematoxilina-eosina,  $\times 200$ ). f) La tomografía computarizada muestra la eliminación de la lesión polipoide a los 12 meses del procedimiento broncoscópico.

## Bibliografía

1. Cosio BG, Villena V, Echave-Sustaeta J, de Miguel E, Alfaro J, Hernandez L, et al. Endobronchial hamartoma. Chest. 2002;122:202-5.
2. Oishi H, Tabata T, Okada Y, Endo M, Suzuki S, Matsumura Y, et al. Rapidly growing endobronchial hamartoma with bone marrow tissue. Ann Thorac Surg. 2006;81:2287-9.
3. Cosano Povedano A, Munoz Cabrera L, Cosano Povedano FJ, Rubio Sanchez J, Pascual Martinez N, Escribano Duenas A. Endoscopic treatment of central airway stenosis: five years' experience. Arch Bronconeumol. 2005;41:322-7.
4. Lee SD, Kim YW, Han SK, Shim YS, Kim KY, Han YC. Endobronchial hamartoma—a case report. Korean J Intern Med. 1988;3:84-7.
5. Kim 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.
6. Sahin AA, Aydinler A, Kalyoncu F, Tokgozoglu L, Baris YI. Endobronchial hamartoma removed by rigid bronchoscope. Eur Respir J. 1989;2:479-80.

Kim Kyu Sik<sup>a</sup>, Yoon Jeehee<sup>a</sup>, Kim Yu-II<sup>a,\*</sup>, Choi Yoo Duk<sup>b</sup>, Kim Young Chul<sup>a</sup> y Sung Chul Lim<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Internal Medicine, Chonnam National University Hospital, Gwangju, Corea

<sup>b</sup> Department of Pathology, Chonnam National University Hospital, Gwangju, Corea

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [kyionly@chonnam.ac.kr](mailto:kyionly@chonnam.ac.kr) (K. Yu-II).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.04.019>

## Enfermedad primaria bullosa del pulmón en varón joven fumador de cannabis

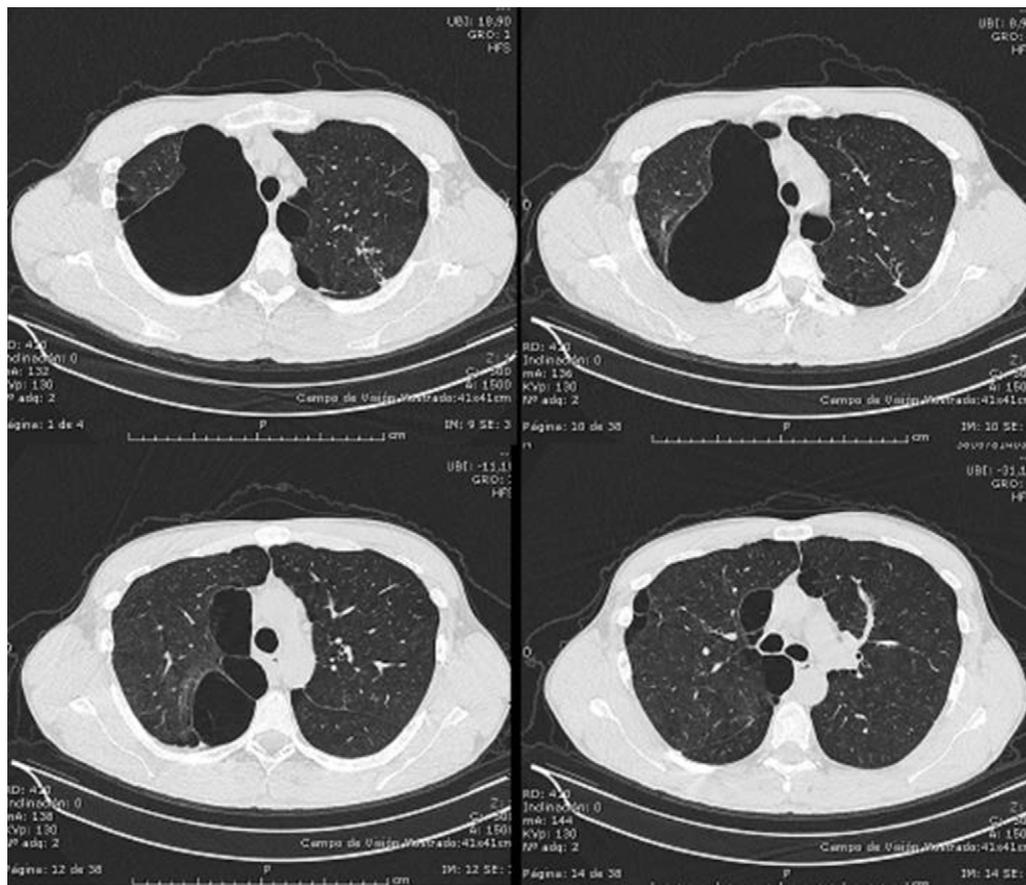
### Primary Bullous Disease of the Lung in a Young Male Marijuana Smoker

Sr. Director:

Se estima que unos 160 millones de personas fuman cannabis en el mundo. La preocupación sobre sus efectos pulmonares surge de la observación de que es cualitativamente similar al tabaco, con la excepción de sus respectivos componentes: tetrahidrocannabinol (THC) y nicotina.

Fumar cannabis conduce a largo plazo a la obstrucción del flujo aéreo en vías aéreas de gran calibre y a bronquitis crónica, así como a grandes deficiencias en la función pulmonar<sup>1-3</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 27 años con antecedentes personales de tabaquismo activo, fumador de 15 cigarros/día desde hacía 12 años, así como fumador habitual (3 cigarros/día) de marihuana, que ingresa en nuestro hospital por traumatismo torácico en relación con accidente de tráfico, motivo por el cual se le realizó una TC de tórax sin contraste intravenoso de urgencia, en la que se apreciaron bullas apicales y paramediastínicas bilaterales de predominio derecho. Destacando una bulla de gran tamaño (13 × 11 cm) en el segmento apical del lóbulo superior derecho (LSD) y algunas



**Figura 1.** Bullas apicales y paramediastínicas bilaterales de predominio derecho. Destaca una bulla de gran tamaño (13 × 11 mm) en el segmento apical derecho. Se identifican también algunas áreas de destrucción parenquimatosa en la región subpleural de lóbulo superior derecho, pequeñas bronquiectasias en el segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo, y atelectasias subsegmentarias bibasales.