

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, Bourrille 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,

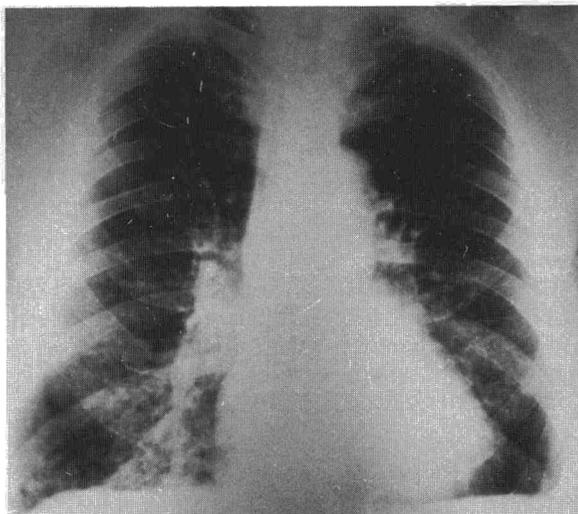


Fig. 1. Radiografía simple de tórax.



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.



3. Schranfnagel DE, Morin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. Chest 1979; 75:97-99.
4. Placht A, Hersliey H. Lipoma of the lung: review of the literature and report of a case. Am Rev Respir Dis 1962; 86:912-916.
5. Jensen MS, Petersen AV. Bronchial lipoma. Three cases and review of the literature. Scand J Thorac Cardiovasc Surg 1970; 4A:131-134.
6. Taranger J, Humbert P. Lipoma bronchique traité par bronchotomie. J Franc Med Chir Thor 1965; 19:175-179.

Bronconeumonía por *Salmonella enteritidis* en paciente con carcinoma pulmonar

Sr. Director: La salmonelosis es una infección endémica en nuestro medio. Las manifestaciones focales representan entre el 5,5 %-7,4 %, siendo el 15 % las correspondientes a las formas pleuropulmonares¹.

Observación clínica: Varón de 70 años, fumador de 60 cigarrillos/día, con antecedentes de EPOC. Treinta días antes de su ingreso presentó un cuadro de salmonelosis gastroentérica. Ingresó en nuestro centro por incremento de su disnea habitual, tos con expectoración blanquecina y en alguna ocasión hemoptoica, fiebre de 38°, malestar general, astenia, anorexia y dolor subescapular que se incrementaba con la tos. A la auscultación pulmonar destacaban roncus diseminados y crepitanes en campo medio de hemitórax derecho. En las exploraciones complementarias se objetivaron como datos significativos: leucocitosis con linfopenia, VSG 85; baciloscopias repetidas y cultivo en medio de Lowenstein-Jensen ambos negativos; gaseometría arterial: acidosis respiratoria compensada; cultivo de esputo: *Salmonella enteritidis* serogrupo C₁; radiografía de tórax: condensación homogénea segmentaria en hemitórax derecho asociada a condensación de mayor densidad en LSD con desviación ipsilateral de la tráquea; fibrobroncoscopia: engrosamiento del espolón que separa el bronquio del lóbulo superior del intermedio. Se practican BAS y legrado del espolón siendo ambas exploraciones negativas. Aglutinaciones a *Salmonella paratyphi B* 1/320, resto negativas. IgG: 2.170; IgA: 647; IgE: 38; C₃: 155. Linfocitos T 55 %, linfocitos B 12 %. TAC torácico: masa en LSD de densidad parenquimatosa con desplazamiento mediastínico hacia la derecha. Adenopatías pretraqueales y precarinales. Citoología seriada de esputos: carcinoma epidermoide. Fue tratado con cloranfenicol, mejorando la clínica e imagen bronconeumónica y persistiendo la imagen de masa en LSD.

Discusión: Entre las salmonellas paratíficas las más frecuentemente encontradas son las siguientes:



Fig. 1. Condensación homogénea de distribución segmentaria en campo medio y superior de hemitórax derecho. En LSD, condensación homogénea con desplazamiento ipsilateral de la tráquea.

tes: *S. choleraesuis* (la forma más virulenta), *S. typhimurium*, *Paratyphi C*; siendo la más infrecuente *S. enteritidis*.

En las formas focales se piensa que la puerta de entrada también es digestiva, escaso número de pacientes presentan manifestaciones digestivas o éstas pasan inadvertidas, siendo desconocido el período de latencia entre la infección primaria y las manifestaciones focales². En nuestro caso el período de latencia fue de 30 días.

Si bien las formas focales se pueden dar en personas sanas, generalmente se asocian a procesos favorecedores como son pacientes con cirrosis hepática, colagenosis, neoplasias³. Una adecuada actividad fagocítica y bactericida de granulocitos y macrófagos es esencial para la erradicación de la infección salmonelósica invasiva⁴. Es probable que el papel de los linfocitos T sea la llave para la prevención y erradicación de este organismo intracelular⁵. En el presente caso existía una disminución de los linfocitos T que podría ser causante de cierta depresión de la inmunidad celular factor coadyuvante de la infección por dicho microorganismo.

Creemos se trata de un caso de interés por tratarse de una especie infrecuente de salmonella, asociado a carcinoma epidermoide de pulmón, situación de inmunodepresión celular que puede favorecer el desencadenamiento de dicha infección.

S. Carrizo, A. Esteve,
R. Larraga e I. Herrero
Hospital de Enfermedades del Tórax.
Zaragoza.