

Enucleación de hamartoma pulmonar por VATS

VATS for pulmonary hamartoma enucleation

Diego González Rivas, Ricardo Fernández Prado, María Delgado Roel,
Marina Paradela de la Morena, José García Salcedo

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Juan Canalejo de la Coruña.

Paciente de 63 años remitido por neumología para valoración quirúrgica de nódulo pulmonar solitario en lóbulos. Como antecedentes personales era exfumador desde hacia un año de 15 paq/año. dislipemia, Ulcus duodenal y gastritis crónica.

Consultó por prurito cutáneo por lo que se solicitó Rx de tórax, estando completamente asintomático desde el punto de vista respiratorio. Se evidencia nódulo en lóbulos no presente en la última Rx tórax del paciente realizado hacia 14 años.

La exploración física era normal y las exploraciones complementarias mostraban lo siguiente: Analítica y coagulación: normal, Fibrobroncoscopia: normal Citología y BAS: negativo, ECG: ritmo sinusal sin alteraciones significativas, Estudio funcional respiratorio: FEV1 3.07 (98%), Rx. tórax: imagen nodular de alta densidad en lóbulo medio de 1 cm. en probable relación con granuloma que ya se veía en radiología de 1993. Imagen nodular ovalada de 2.7 x 2 cm. en campo medio izquierdo que no se observa en radiografía de 1993, TAC Torácico: imagen nodular de alta densidad en hemitórax derecho en región subcostal anterior de aspecto cicatricial que ya se veía en radiografía antigua. Nódulo pulmonar solitario de 3x2 cm. en segmento superior de lóbulos con bordes levemente polilobulados, no espiculados con una diminuta calcificación excéntrica de características indeterminadas

Se solicitó PET donde no se detectó captación patológica en los nódulos descritos.

Bajo anestesia general e intubación orotraqueal selectiva se realizó VATS izquierda por 2 vías de entrada objetivando tumoración en lóbulo superior izquierdo, central que no per-

mitía resección atípica por lo que se realizó enucleación del tumor en lóbulo superior izquierdo con electrocoagulación y ligadura de ramas parenquimatosas perinodulares por videotoroscopia.

El resultado anatomopatológico fue de Hamartoma condroide de 2 cm. de diámetro.

La evolución del paciente fue favorable retirándose el drenaje a las 24 horas y siendo alta a las 48 horas.

Discusion

El hamartoma es la neoplasia benigna pulmonar mas frecuente y se presenta sobre todo en varones, generalmente asintomáticos, entre la 4ª y 7ª década de la vida siendo los fumadores mas propensos a padecer esta lesión.¹

Los hamartomas pulmonares son usualmente solitarios y crecen lentamente; se pueden dividir en parenquimatosos y de tipo central endobronquial. El primero es más frecuente y suele medir menos de 4 cm. de diámetro. Se presentan típicamente como un nódulo redondeado asintomático en zonas periféricas del pulmón en una radiografía de tórax. El aspecto en forma de palomitas de maíz es sugestivo esta lesión.² Los hamartomas centrales son menos frecuentes y producen síntomas por obstrucción endobronquial.

La presencia de calcificaciones nos orienta hacia un origen benigno de la lesión, pero éstas son visibles en una minoría de casos. Algunos autores creen que los hamartomas se deben a una malformación congénita bronquial desplazado, una hiperplasia de tejido pulmonar normal, una neoplasia

Figura 1: TAC

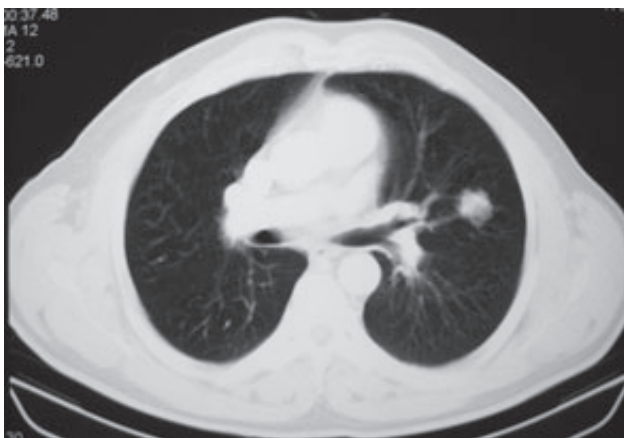


Figura 2: radiografía post-cirugía



cartilaginosa benigna o una respuesta inflamatoria. Se trata de tumores lobulados, encapsulados con septos fibrosos en su interior.³

La mayoría de los hamartomas pulmonares (90%) son asintomáticos, especialmente cuando son periféricos. Las lesiones centrales o endobronquiales pueden provocar tos, hemoptisis, expectoración y otros síntomas de obstrucción bronquial⁴.

El tratamiento de los hamartomas sintomáticos o de crecimiento rápido es la cirugía conservadora en cuña o enucleación de las lesiones que puede ser necesaria por el tamaño y la localización del hamartoma y por la presencia de neu-

monía obstructiva⁵. Las lesiones que muestran un mínimo crecimiento y no producen síntomas se pueden tratar de forma conservadora.

Referencias bibliográficas

1. Bini A, Grazia M, Petrella F, Chittolini M. Multiple chondromatous hamartomas of the lung. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*.
2. Fernández Cruz J., Moreno Cayetano I. Diagnóstico por imagen del Tórax. Septiembre 2006. Pag 258.
3. Gjevre JA. Pulmonary hamartomas. *Mayo Clin Proc*, 1996 Jan; Vol. 71 (1), pp. 14-20;
4. Zakharov V, Schinstine M. Hamartoma of the lung. *Diagn Cytopathol*. 2008 May;36
5. Guo W, Zhao YP, Jiang YG, Wang RW, Ma Z. Surgical treatment and outcome of pulmonary hamartoma: a retrospective study of 20-year experience. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008 May 31;27

Metástasis pulmonares e intracardiacas de un carcinoma renal de células claras intervenido 20 años antes

Pulmonary and intracardiac metastasis from a renal cell carcinoma operated 20 years before

Ana Arévalo Gómez, Victoria Martínez Lago

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Varón de 73 años, que requirió en el año 88 nefrectomía radical izquierda por carcinoma renal no invasivo. Siguió controles posteriores, sin evidencia de recidiva. En la radiografía de tórax realizada 20 años después, por un preoperatorio de rodilla, se detectan nódulos pulmonares. Se realiza un TC toracoabdominal que lo confirma, mostrando además una masa en el septo cardíaco de aspecto metastático (Fig. 1) y cambios postquirúrgicos secundarios a nefrectomía previa sin evidencia de neoplasia a otro nivel. Se solicita ecocardiograma (Fig. 2) y resonancia magnética cardiaca (Fig. 3) que confirman la existencia de una lesión en dicha localización. Se intenta realizar biopsia de la lesión mediante cateterismo derecho, sin éxito. Se realiza biopsia de nódulo pulmonar mediante videotoracoscopia, que muestra infiltración por carcinoma de células claras, de origen renal.

Figura 1

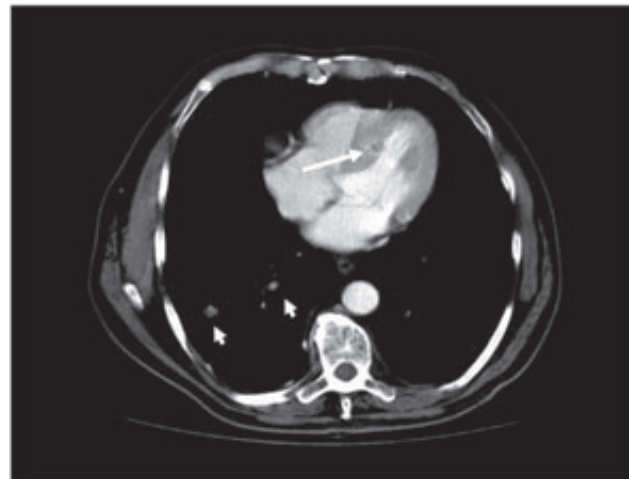


Figura 2

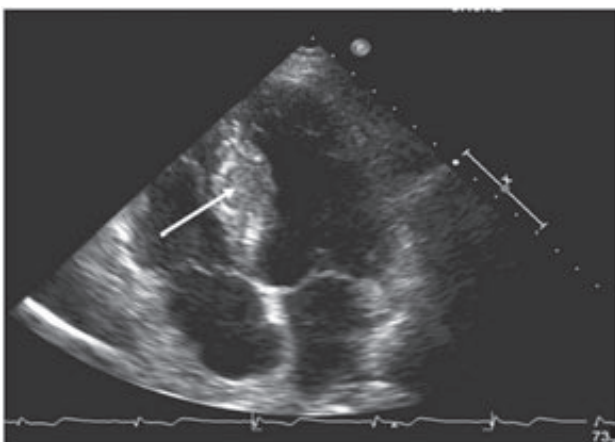


Figura 3

