

Tos y expectoración hemoptoica en un paciente con antecedente de tuberculosis

María Rivero, Jesús Ibañez y Joan Boldú

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Caso clínico

Paciente de 32 años con cuadro de 9 meses de duración de astenia, anorexia, febrícula, tos y ocasionalmente expectoración hemoptoica. Se trataba de un paciente malnutrido, alcohólico crónico y fumador, que 12 años antes había sido diagnosticado y correctamente tratado de tuberculosis pulmonar. La radiografía simple de tórax (fig. 1) mostró una imagen nodular rodeada de un halo aéreo en lóbulo superior izquierdo así como pérdida de volumen con tractos fibrosos residuales en ambos lóbulos superiores.

Evolución

En repetidas muestras de esputo creció *Aspergillus fumigatus* y las precipitininas séricas fueron positivas a un título de 1:1.280 (hemaglutinación). Las baciloskopias, cultivo de micobacterias y la serología del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fueron negativas. De cara a una posible actitud quirúrgica del micetoma se realizó una tomografía computarizada (TC) torácica y una broncoscopia. La TC (fig. 2) mostró la bilateralidad de la infección al detectar otra lesión similar, aunque menor, en lóbulo superior derecho, y en la broncoscopia (fig. 3) se observaron 2 grandes masas blanquecinas emergiendo de los bronquios de ambos lóbulos superiores. Ante estos hallazgos y teniendo en cuenta la escasa cuantía de la hemoptisis y su pobre función pulmonar (volumen espiratorio máximo en 1 segundo [FEV_1] = 50%) se consideró no indicada la cirugía y se optó por un tratamiento antifúngico sistémico. Tras 2 meses de tratamiento con itraconazol (400 mg/d) las alteraciones radiológicas persistían sin cambios, aunque el enfermo estaba clínicamente asintomático. Desconocemos su evolución posterior por haberse trasladado a su ciudad de origen.

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

Correspondencia: Dra M. Rivero.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Virgen del Camino.
C/ Irunlarrea, 4.
31008 Pamplona.

Manuscrito recibido el 7-3-2000; aceptado el 10-5-2000

Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 277-278

Comentario

El aspergiloma pulmonar resulta de la colonización saprofítica de cavidades pulmonares habitualmente de origen tuberculoso. Su diagnóstico se basa en la demostración del hongo en las secreciones respiratorias, la presencia de precipitinas séricas y la evidencia de la típica imagen radiológica en media luna. Sin embargo, la frecuente existencia de lesiones fibróticas extensas en estos enfermos dificulta su identificación y micetomas de pequeño tamaño pueden pasar desapercibidos en la radiología simple. En este sentido, la TC permite identificar aspergilomas de menor tamaño y ayuda a precisar su localización topográfica exacta¹, dato imprescindible de cara a una posible resección quirúrgica. La historia natural de esta entidad no es del todo conocida y su manejo sigue siendo controvertido². Aunque la cirugía es la única opción realmente curativa, por su elevada morbilidad queda reservada para los pacientes con infección localizada, unilateral y aceptable función pulmonar, o para los enfermos con hemoptisis masivas³⁻⁶. En líneas generales, se considera al tratamiento antifúngico sistémico como poco eficaz debido a la dificultad de penetración de los fármacos al interior de la cavidad. Sin embargo, con el nuevo antifúngico itraconazol se han comunicado excelentes resultados^{7,8} y es considerado hoy en día por muchos como

el antifúngico de elección. No obstante, la persistencia de la cavidad, y por tanto la posibilidad de reinfección y recurrencia^{7,9}, sugiere la necesidad de un tratamiento prolongado⁸, si bien no se ha definido aún cuál debe ser su duración óptima.

Bibliografía

1. Gea J, Arán X, Sauleda J, Broquetas JM, Alegret X, Bartrina J. Utilidad de la tomografía axial computadorizada en el diagnóstico del aspergiloma pulmonar. *Rev Clín Esp* 1991; 188: 399-402.
2. Kauffman CA. Persiste la incertidumbre sobre el tratamiento de los aspergilomas. *Lancet* (Ed. esp) 1996; 29: 260.
3. Chatzimichalis A, Massard G, Kessler R, Barsotti P, Claudon B, Ojard-Chillet J, Wihlm JM. Bronchopulmonary aspergillosis: a reappraisal. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 927-929.
4. Chen JCh, Chang YL, Luh SP, Lee JM, Lee YCh. Surgical treatment for pulmonary aspergillosis: a 28 year experience. *Thorax* 1997; 52: 810-813.
5. El Oakley R, Petrou M, Goldstraw P. Indications and outcome of surgery for pulmonary aspergillosis. *Thorax* 1997; 52: 813-815.
6. Kay PH. Surgical management of pulmonary aspergillosis. *Thorax* 1997; 52: 753-754.
7. Dupont B. Itraconazole therapy in aspergillosis: study in 49 patients. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 607-614.
8. Saraceno JL, Phelps DT, Ferro TJ, Futerfas R, Schwartz DB. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis. Approach to management. *Chest* 1997; 112: 541-548.
9. Caras WE, Pluss JL. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis: pathologic outcome after itraconazole therapy. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 25-30.