

2. Hirschmann JV. Fever of unknown origin in adults. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 291-302.
3. Anthony P. Inflammatory pseudotumor (plasma cell granuloma) of lung, liver and other organs. *Histopathology* 1993; 23: 501-503.
4. Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, Shikata T. Inflammatory pseudotumor of the liver. *Clinicopathologic study and review of the literature*. *Cancer* 1990; 65: 1583-1590.
5. Zamir D, Jarchowsky J, Singer C, Abumoch S, Groisman G, Ammar M et al. Inflammatory pseudotumor of the liver- A rare entity and a diagnostic challenge. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1538-1540.
6. Carmena J, Tornero C, Villanueva A, Pons E. Fever of unknown origin as the presenting form of an inflammatory pseudotumor of the spleen. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 515.
7. Fernández de la Puebla Giménez RA, García Alegría J, Lechuga Varona MT, Blanco Molina MA. Hepatic inflammatory pseudotumor: a case with response to steroid treatment. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 22: 14-17.
8. Arber DA, Weiss LM, Chang KL. Detection of Epstein-Barr virus in inflammatory pseudotumor. *Semin Diagn Pathol* 1998; 15: 155-160.
9. Hirohashi S, Ueda K, Uchida H, Ono W, Takahama J, Takewa M et al. Nondiffuse fatty change of the liver: discerning on MR images enhanced with ferumoxides-initial observations. *Radiology* 2000; 217: 415-420.
10. Menke DM, Grieser H, Araujo I, Foss HD, Herbst H, Banks PM et al. Inflammatory pseudotumors of lymph node origin show macrophage-derived spindle cells and lymphocyte-derived cytokine transcripts without evidence of T-cell receptor gene rearrangements. *Hematopathology* 1996; 105: 430-439.

Alveolitis alérgica extrínseca por esparto (espartosis)

Sr. Editor: La alveolitis alérgica extrínseca por esparto es una enfermedad pulmonar de base inmunológica producida por la inhalación continuada del polvo de esparto durante su manipulación para múltiples usos industriales¹. Presentamos un nuevo caso de espartosis que se manifestó de forma crónica en su presentación clínica, después de trabajar más de 40 años en la elaboración de alpargatas de esparto.

Mujer de 64 años remitida a consulta externa de neumología por disnea. Por lo que se refiere a sus antecedentes personales, no presentaba diabetes mellitus, hipertensión arterial, alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, y desde su juventud se dedicaba a la fabricación de alpargatas de esparto (más de 40 años). En los últimos dos o tres años refiere de forma progresiva disnea que actualmente es de pequeños esfuerzos, acompañada de tos no productiva, con cianosis labial muy acentuada. No refiere palpitaciones, ortopnea ni disnea paroxística nocturna, y no presenta edemas tibiomaleolares. En la exploración física destaca cianosis labial y acra, sin adenopatías periféricas ni ingurgitación yugular. En la exploración cardíaca se aprecian tonos arrítmicos, sin soplos ni ruidos, y en la exploración pulmonar se detectan crepitantes basales bilaterales en velcro. El abdomen es blando y depresible, sin masas ni megalias. Se observan acropaquias en los dedos de las manos. Los datos de la analítica fueron los siguientes: recuento y fórmula, normal; hemoglobina, 170 g/l; hematocrito, 0,53 l/l; VSG, 26 mm/h; parámetros bioquímicos dentro de la normalidad; anticuerpos antinucleares negativos; crioaglutininas, negativas. Gasometría arterial respirando aire ambiente: pH, 7,41; pCO₂, 41 mmHg; pO₂, 59 mmHg. La introdermorreacción de Mantoux fue negativa. En la radiografía de tórax se evidenció un patrón reticulonodular basal bilateral. La tomografía axial computarizada de tórax demostró cardiomegalia global, fibrosis pulmonar difusa, con áreas de panalización. El ECG puso de ma-

nifiesto fibrilación auricular con respuesta ventricular entre 80 y 90 pm. En la ecocardiografía transesofágica no se detectaron valvulopatías y no se pudo determinar la presión arterial pulmonar por Doppler. En la exploración funcional respiratoria se observaron: FVC, 2,52 l (89%); FEV₁, 1,97 (87%); FEV₁/FVC, 78%; DLCO, 7,54 (35%); DLVA, 3,90 (66%). Se realizó biopsia transbronquial que evidenció una histología típica de alveolitis alérgica extrínseca (fig. 1) con zonas de fibrosis establecida. En el cultivo del esparto se aislaron *Candida* y *Aspergillus* sp. La paciente abandonó el trabajo y se inició tratamiento con glucocorticoides que se retiraron progresivamente. Transcurridos 4 años, precisa oxigenoterapia crónica domiciliaria.

El esparto (*Stipa tenacissima*) es una planta herbácea de la familia de las gramíneas muy extendida en nuestro país, en especial en el sureste de la península. Se emplea como fibra textil para la fabricación de cuerdas, esteras, cestas, alpargatas, pasta de papel, en la construcción para la suspensión de las placas de escayola. La industria espartera principal radica en Murcia^{1,2}. Las manifestaciones clínicas de la espartosis están poco sistematizadas. Parece claro que no se inician hasta después de un largo período de exposición (entre 10 y 20 años)^{2,3}. A pesar de guardar gran semejanza con las manifestaciones que presentan los pacientes afectados de alveolitis alérgicas extrínsecas, la espartosis se incluía en el grupo de las bisinosis⁴. En 1984 Hinojosa Macías et al⁵ publican el caso de un trabajador escayolista en contacto con el esparto que desarrolló un cuadro de disnea, tos, artromialgias y, ocasionalmente, fiebre a las 3 a 7 h del inicio de su actividad laboral; los autores, tras un estricto estudio radiológico, funcionalismo pulmonar, pruebas cutáneas, determinación de precipitinas, prueba de transformación linfoblástica y prueba de provocación bronquial, diagnosticaron al paciente de alveolitis alérgica extrínseca al espar-

to. Posteriormente se han publicado 8 casos más, también con manifestaciones clínicas agudas o subagudas⁶. En su etiopatogenia se han involucrado determinados microorganismos, principalmente hongos⁶. Algunos autores como Pérez Arellano et al⁷ propugnan denominar a los últimos casos descritos «pulmón del escayolista» en lugar de espartosis. El caso que aportamos se diferencia claramente de los anteriores por su presentación crónica y evolución a la fibrosis establecida, sin recuperación a pesar de abandonar el contacto con el esparto.

Luis Miravet, Asunción Paradís*,
Manuel Arnal y Francisco Cabadés

Servicios de Medicina Interna y de *Anatomía Patológica.
Hospital Comarcal de Vinaròs. Castellón.

1. Dantín Gallego J. La elaboración de las fibras vegetales como actividad rural en España. *Med Seg Trab* 1975; 91: 13-25.
2. Dantín Gallego J, Cerra González J, Comba Esquerro G. Estudio epidemiológico, clínico y funcional respiratorio del trabajo del esparto. *Med Emp* 1969; 2: 94-105.
3. Jiménez Díaz G, López García E, Lahoz F, Ramírez Guedes, Ales JM. Asma y fibrosis (consideraciones sobre enfermos del cáñamo y esparto). *Rev Clin Esp* 1966; 3: 182-188.
4. Morell Brotad F. Neumonitis por hipersensibilidad al esparto. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 207-208.
5. Hinojosa Macías M, Sánchez Cano F, Martín Muñoz F, Díez Gómez ML, Pérez Rodríguez E, Picher Núñez J et al. Neumonitis por hipersensibilidad en trabajadores expuestos al esparto (stipatosis). *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 214-217.
6. Morell F, Gómez F, Uresandi F, González A, Sáez I, Rodrigo MJ. Espartosis: un nuevo tipo de alveolitis alérgica extrínseca en los escayolistas de la construcción. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 19-23.
7. Pérez Arellano JL, Barrios González MN, Orfao Matos A, Jiménez López A. ¿Espartosis o pulmón del escayolista? *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 44.0