

ma pulmonar; más aún si el tumor asienta en zona diana de neumorreducción. En este sentido, dado que la media de la mejoría funcional en este tipo de cirugía es del 20-30%, se debería multiplicar el FEV₁ predicho postoperatorio por este factor para valorar la operabilidad del paciente.

G. Juan*, M. Ramón* y A. Cantó**

Servicios de *Neumología
y **Cirugía Torácica.

Hospital General Universitario de Valencia.

1. Varela G. Los límites de la resección pulmonar. Arch Bronconeumol 1998; 34: 471-472.
2. De Meester SR, Patterson GA, Sundaresan RS, Cooper JD. Lobectomy combined with volume reduction for patients with lung cancer and advanced emphysema. J Thorac Cardiovasc Surg 1998; 115: 681-688.
3. McKenna RJ, Fischel RJ, Brenner M, Gelb AF. Combined operations for lung volume reduction surgery and lung cancer. Chest 1996; 110: 885-888.
4. Juan G, Pérez C, Galbis JM, Arnau A, Ramón M, Cantó A. Neumorreducción en el tratamiento del enfisema: resultados preliminares. Arch Bronconeumol 1997; 33: 418-421.
5. Ginsberg RJ, Rubinstein LV, and The Lung Cancer Study Group. Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1N0 non-small cell lung cancer. Ann Thorac Surg 1995; 60: 615-622.

Aspergilosis pulmonar invasiva en un sujeto inmunocompetente

Sr. Director: La aspergilosis pulmonar invasiva está descrita ampliamente en enfermos inmunodeprimidos. Los factores de riesgo más importantes son la neutropenia prolongada y el tratamiento con dosis elevadas de glucocorticoides durante largo tiempo, como mínimo dos meses. Presentamos el caso de un varón cuyo único factor de riesgo aparente fue el tratamiento con corticoides durante diez días.

Varón de 80 años de edad, criador de palomas, fumador de 10 cigarrillos al día sin criterios clínicos de bronquitis crónica ni disnea basal. El primer ingreso fue debido a un cuadro compatible con bronquitis aguda con broncospasmo. Se trató con broncodilatadores, cefuroxima y un ciclo corto de esteroides durante 10 días, con lo que la evolución fue favorable. La radiografía de tórax y la espirometría, incluido el test de difusión de CO, al alta fueron normales. Sin embargo, a los 6 días del alta empezó con tos y expectoración purulenta, dolor torácico generalizado, fiebre de hasta 39 °C y disnea hasta hacerse de reposo. En la exploración física se apreciaron cianosis central, taquicardia a 100 lat/min y taquipnea a 30 respiraciones/min. Se auscultaban crepitantes bilaterales diseminados. Resto sin interés.

En los análisis rutinarios de sangre destacaban: 19.000 leucocitos/mm³ con neutrofilia del 97%, velocidad de sedimentación de 110 mm y fibrinógeno de 1.000 mg/100 ml. Gasmetría arterial basal: PaO₂, 49 mmHg; PaCO₂, 29 mmHg; PH, 7,49; HCO₃, 23 mEq/l.

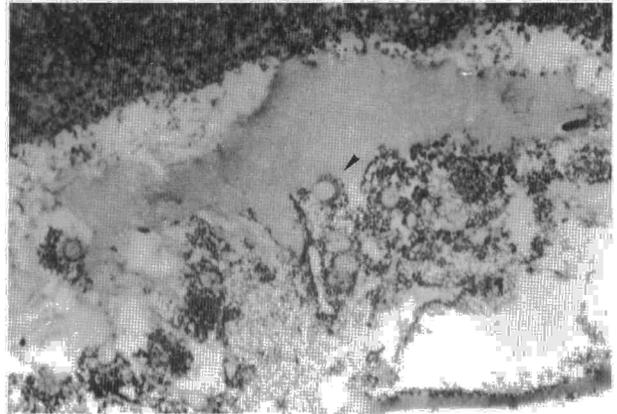


Fig. 1. Detalle microscópico del parénquima pulmonar en el que se observan cabezas conidiales de *Aspergillus* spp., con la característica disposición en corona de los conidios (flecha). (Técnica de Mason, × 400.)

Estudios inmunológicos, incluidos ANA, FR, inmunocomplejos y ANCA, negativos. Las baciloscopias y los cultivos de esputo, así como las serologías para gérmenes "atípicos", incluidos virus respiratorios, fueron negativos. En una de las muestras de esputo se aisló *Aspergillus fumigatus*. La ecocardiografía no detectó signos de endocarditis. La radiografía de tórax presentaba múltiples imágenes nodulares en ambos hemitórax, así como imágenes de aumento de densidad no homogénea con broncograma en los lóbulos inferiores.

Fue tratado con oxígeno a altas concentraciones, esteroides y antibióticos de amplio espectro. A pesar de ello, el paciente empeoró de manera muy rápida y falleció. Se practicó la autopsia, que objetivó: bronconeumonía bilateral abscesificada, aspergilosis pulmonar invasiva (fig. 1) y encefalitis necrótico-hemorrágica focal por *Aspergillus*.

La aspergilosis pulmonar invasiva (API) en enfermos inmunodeprimidos graves suele ser una de las primeras sospechas diagnósticas, si la clínica es compatible. Sin embargo, no ocurre lo mismo en pacientes inmunocompetentes, en los que suele ser diagnóstico de autopsia.

El número de casos publicados de API en individuos aparentemente inmunocompetentes está aumentando¹⁻⁴. La mayoría de estos casos presentaban una infección previa por el virus de la influenza, alguna enfermedad crónica (pulmonar, renal, hepática o diabetes), alcoholismo o cirugía concomitante. Algunos autores⁴, incluso, creen que con la asociación de uno de estos supuestos y una clínica compatible se debe vigilar el crecimiento de *Aspergillus* en esputo y considerar el diagnóstico y tratamiento antifúngico si resulta positivo. Sin embargo, sólo hemos encontrado 5 casos de API en inmunocompetentes^{4,5}.

Los únicos factores de riesgo que tenía nuestro paciente eran la edad y el tratamiento previo con una pauta corta de esteroides. Los principales rasgos clínicos de este caso y de otros publicados en sujetos no inmunocomprometidos son los de una neumonía de rápida evolución, que conduce a la muerte por fallo respiratorio en poco tiempo. Radiológicamente, se caracteriza por múltiples nódulos que suelen ser de bordes bien delimitados y que frecuentemente se cavitan, lo cual puede llevar al diagnóstico erróneo de neumonía por *Staphylococcus aureus* o granulomatosis de Wegener. La administración intravenosa de

anfotericina B es el tratamiento de elección.

Creemos que quizás haya que considerar el diagnóstico de API ante la presencia de infiltrados pulmonares que no responden al tratamiento habitual y *Aspergillus* en esputo, sin tener en cuenta el estado inmunológico del paciente, dada la alta mortalidad de esta enfermedad.

M. Maté*, R. Álvarez-Sala**
y M. Rodríguez***

Servicios de *Medicina Interna,

Neumología y *Anatomía Patológica.

Hospital La Paz.

Universidad Autónoma de Madrid.

1. Jiva TM, Kallay MC, Marín MG, Poe RH. Simultaneous legionellosis and invasive aspergillosis in an immunocompetent patient newly treated with corticosteroids. Chest 1993; 104: 1.929-1.931.
2. Monlun E, De Blay F, Berton C, Gasser B, Jaeger A, Pauli G. Invasive pulmonary aspergillosis with cerebrospinal involvement after short-term intravenous corticosteroid therapy in a patient with asthma. Respir Med 1997; 91: 435-437.
3. Crean JM, Niederman MS, Fein AM, Feinsilver SH. Rapidly progressive respiratory failure due to aspergillus pneumonia: a complication of short-term corticosteroid therapy. Crit Care Med 1992; 20: 148-150.
4. Karam GH, Griffin FM Jr. Invasive pulmonary aspergillosis in non-immunocompromised, non-neutropenic hosts. Rev Infect Dis 1986; 8: 357-363.
5. Alba D, Gómez-Cerezo J, Cobo J, Fachal C, Molina F, Vázquez JJ. Aspergilosis pulmonar invasora. Serie de necropsia. Rev Clin Esp 1995; 195: 22-25.
6. Hovenden JL, Nicklason F, Barnes RA. Invasive pulmonary aspergillosis in non-immunocompromised patients. BMJ 1991; 302: 583-584.

Edema pulmonar tras el uso de ritodrina y corticoides en una paciente asmática embarazada

Sr. Director: Además de su uso en el asma bronquial, los agonistas adrenérgicos β₂, como la ritodrina, la terbutalina y el fenoterol, se utilizan ampliamente para frenar el trabajo de parto pretermino. Presentamos un caso de