

das, y sólo excepcionalmente es necesaria una intervención quirúrgica (drenaje del absceso, desbridamiento de tejido necrótico, descompresión).

En definitiva, la descripción de este caso permite añadir la neumonía necrotizante al espectro de infecciones clínicas que puede causar la *Finegoldia magna*.

## Bibliografía

1. Takayanagi N, Kagiyama N, Ishiguro T, et al. Etiology and outcome of community-acquired lung abscess. *Respiration*. 2010;80:98-105.
2. Brook I. Recovery of anaerobic bacteria from clinical specimens in 12 years at two military hospitals. *J Clin Microbiol*. 1988;26:1181-8.
3. Bourgault A, Rosenblatt J, Fitzgerald R. *Peptococcus magnus*: a significant human pathogen. *Ann Intern Med*. 1980;93:244-8.
4. Finegold SM. *Anaerobic bacteria in human disease*. New York: Academic Press; 1977. p. 433.
5. Solen K, Matta M, Annie B, et al. Postoperative mediastinitis due to *Finegoldia magna* with negative blood cultures. *J Clin Microbiol*. 2009;12:4180-2.

6. Stein G, Schooley S, Tyrrell K, et al. Human serum activity of telithromycin, azithromycin and amoxicillin/clavulanate against common aerobic and anaerobic respiratory pathogens. *Int J Antimicrob Agents* Jan. 2007;29:39-43.

Gianina Emily Sedano Gómez<sup>a,\*</sup>, Luis A. Pérez de Llano<sup>b</sup> y Julia Pita Carretero<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Geriátría, Hospital Xeral-Calde, Lugo, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Hospital Xeral-Calde, Lugo, España

<sup>c</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Xeral-Calde, Lugo, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [g.emisg@hotmail.com](mailto:g.emisg@hotmail.com) (G. Emily Sedano Gómez).

doi:10.1016/j.arbres.2010.09.007

## Tuberculoma pulmonar gigante: forma atípica de presentación de tuberculosis primaria en la infancia

### Giant pulmonary tuberculoma: atypical form of presentation of primary tuberculosis in childhood

Sr. Director:

El tuberculoma constituye una forma de presentación muy infrecuente de la tuberculosis pulmonar (TBC-P)<sup>1</sup> en niños. Se trata de un nódulo o masa bien definido o localizado en el pulmón causado por *Mycobacterium tuberculosis*<sup>2-4</sup>. Presentamos un caso de tuberculoma gigante como forma de presentación de TBC-P primaria.

Se trata de un varón de 6 años sin antecedentes personales destacables y con historia familiar de TBC-P en abuela fallecida hacía dos años y madre y tías maternas tratadas exitosamente de TBC-P, sin sensibilidad conocida. Refería discreta pérdida de peso y anorexia en los últimos tres meses. Se realizó Mantoux que resultó positivo (20 mm) y radiografía anteroposterior de tórax (fig. 1A) que mostró una consolidación pulmonar en lóbulo medio con ensanchamiento paratraqueal derecho y una lesión enfisematosa en el hemitórax derecho. La TACAR pulmonar (fig. 1B-C) objetivó adenopatías mediastínicas derechas y una colección loculada bien delimitada de aspecto necrótico parcialmente calcificado, compatible con un tuberculoma pulmonar de gran tamaño (3,5 x 4 cm) e imágenes adyacentes de consolidación pulmonar con componente atelectásico en lóbulo inferior derecho y lóbulo medio y un enfisema lobar por efecto valvular endobronquial. Ante esta situación se instauró tratamiento de TBC-P con isoniazida (5 mg/kg/día), rifampizina (10 mg/kg/día) y pirazinamida (20 mg/kg/día) y se realizó exéresis del nódulo pulmonar mediante toracotomía. El

estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico. Tras la cirugía el paciente completó 6 meses de tratamiento antituberculoso, con evolución clínica-radiológica favorable.

El tuberculoma constituye uno de los nódulos pulmonares benignos más comunes. Representa el 5-24% de los nódulos solitarios pulmonares resecaados<sup>5,6</sup>, con un tamaño que puede variar desde 1 a 10 cm de diámetro<sup>2,3,6</sup>. Habitualmente se encuentran como nódulos simples<sup>3,5</sup>, aunque nódulos múltiples no son infrecuentes<sup>5</sup>. Pueden incluir una cavidad o calcificación<sup>2,3,6</sup> y sus márgenes son habitualmente lisos y afilados<sup>3,5</sup>. Se localizan habitualmente en los lóbulos superiores<sup>2,3</sup>. Aunque la TBC-P constituye el 80-90% de todas las infecciones de TBC, un tuberculoma pulmonar es una complicación infrecuente de la misma<sup>3</sup>, pudiendo constituir una manifestación tanto de la TBC primaria como postprimaria<sup>3</sup>. Histológicamente los tuberculomas constituyen una masa encapsulada por múltiples capas concéntricas de tejido conectivo sin inflamación ni propagación periférica<sup>3</sup>. Para su diagnóstico, con frecuencia es necesario recurrir a procesos invasivos tales como punción y aspiración o toracotomía abierta, debido a que pueden ir acompañados de procesos malignos<sup>3</sup>, tal como cáncer de pulmón<sup>5</sup>. En este sentido la TACAR pulmonar con contraste puede ser útil para la identificación de cáncer de pulmón y tuberculoma en la misma lesión y para valorar la actividad del tuberculoma<sup>5</sup>. El tratamiento se basa en antituberculosos, acompañados a veces de cirugía<sup>5</sup>. Durante el tratamiento antituberculoso, algunos tuberculomas bacilos negativos no disminuyen de tamaño e incluso aumentan, dificultando la toma de decisión de tratamientos alternativos<sup>4</sup>. La PET F-18 fluoro-2-deoxy-D-glucosa (FDG-PET) puede ser útil para monitorizar la respuesta a los antituberculosos<sup>4</sup>. Según el curso evolutivo, sin tratamiento los tuberculomas pueden ser progresivos, estables o regresivos<sup>3</sup>. En general la mayoría de los tuberculomas pulmonares reducen



**Figura 1.** A) Rx anteroposterior de tórax: muestra una consolidación pulmonar en lóbulo medio con ensanchamiento paratraqueal derecho y una lesión enfisematosa en el hemitórax derecho. B-C) TACAR pulmonar: muestra adenopatías mediastínicas derechas (C) y una colección loculada bien delimitada de aspecto necrótico parcialmente calcificada (flechas gruesas), de gran tamaño (3,5 x 4 cm), e imágenes adyacentes de consolidación pulmonar con componente atelectásico en lóbulo inferior derecho y lóbulo medio (flecha fina).

su tamaño, incluso tras finalizar el tratamiento antituberculoso<sup>3</sup>. A veces es necesaria la resección de los tuberculomas mediante toracotomía o alternativamente toracoscopia<sup>5</sup>. Los beneficios de dicha resección incluyen el diagnóstico de certeza y diferencial, la determinación de futuras estrategias terapéuticas y la disminución de la dosis y duración del tratamiento con antituberculosos<sup>5</sup>. Como conclusión, decir que presentamos un caso de tuberculoma gigante como forma clínica atípica de primoinfección tuberculosa con buena evolución tras resección quirúrgica y tratamiento con antituberculostáticos.

## Bibliografía

1. Curtis AB, Ridzon R, Vogel R, McDonough S, Hargreaves J, Ferry J, et al. Extensive transmission of Mycobacterium tuberculosis from a child. *N Engl J Med*. 1999;341:1491-5.
2. Smith KC. Tuberculosis in children. *Curr Probl Pediatr*. 2001;31:5-30.
3. Varteresian-Karanfil L, Josephson A, Fikrig S, Kauffman S, Steiner P. Pulmonary infection and cavity formation caused by Mycobacterium tuberculosis in a child with AIDS. *N Engl J Med*. 1988;319:1018-9.
4. Andreu J, Cáceres J, Pallisa E, Martínez-Rodríguez M. Radiological manifestations of pulmonary tuberculosis. *Eur J Radiol*. 2004;51:139-49.

5. Lee HS, Oh JY, Lee JH, Yoo CG, Lee CT, Kim YW, et al. Response of pulmonary tuberculomas to anti-tuberculous treatment. *Eur Respir J*. 2004;23:452-5.
6. Hsu KY, Lee HC, Ou CC, Luh SP. Value of video-assisted thoracoscopic surgery in the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculoma: 53 cases analysis and review of literature. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2009;10:375-9.

Isabel Delgado-Pecellín<sup>a,\*</sup>, Águeda Molinos-Quintana<sup>b</sup> e Ignacio Obando-Santaella<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Neumología, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>b</sup> Servicio de Infeccioso, Hospital Infatil Virgen del Rocío, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [idelpe@gmail.com](mailto:idelpe@gmail.com) (I. Delgado-Pecellín).

19 de julio de 2010 4 de agosto de 2010 6 de agosto de 2010

doi:10.1016/j.arbres.2010.08.005

## Presentación no habitual del linfoma folicular

### An Unusual Presentation of Follicular Lymphoma

Sr. Director:

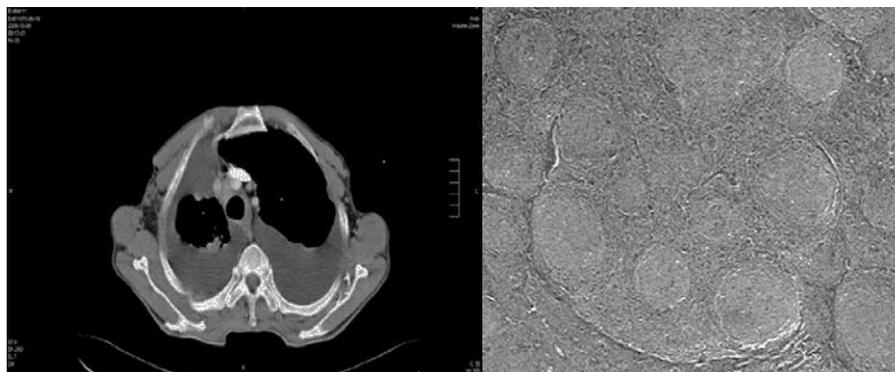
La presencia de quilo en el espacio pleural define al quilotórax<sup>1</sup>. Habitualmente se genera por una alteración en el trayecto del conducto torácico. Las neoplasias representan entre 30 y 50% de los casos, de los cuales, el linfoma no Hodgkin (LNH) es la patología más común<sup>2</sup>. Incluso en los centros de concentración, el quilotórax es una patología poco frecuente, presentamos a su consideración el aún menos frecuente caso de un quilotórax bilateral.

Se trata de un hombre de 66 años de edad quien manifestaba 2 meses de evolución con dolor de tipo opresivo en hemiabdomen superior, plenitud posprandial inmediata, hiporexia y pérdida de peso de 10 kilogramos. Se sometió a esofagogastroendoscopia documentándose una hernia hiatal no deslizante. Recibió tratamiento sin mejoría. Un mes después, inicia con disnea al subir escaleras (MRC 1), en 3 semanas progresa al reposo (MRC 4), por lo cual acude para ser evaluado en nuestro hospital. A la exploración física se encontró derrame pleural bilateral confirmado en la radiografía de tórax, así como adenomegalias indoloras de 1 cm localizadas en la región submandibular y en la región

axilar derechas. Se realizó toracocentesis con biopsia pleural siendo los análisis histopatológicos y cultivos, incluyendo tinción ácido-alcohol resistente (BAAR) reportados como negativos. El análisis del líquido pleural (pH 7,4, proteínas 4,56 g/dl, lactato deshidrogenasa 93 UI/l, triglicéridos 1.137 mg/dl, colesterol 86 mg/dl) confirmó el quilotórax. La tomografía computarizada del tórax documentó además del derrame pleural, un aumento en la densidad (54 unidades Hounsfield) de las estaciones ganglionares 4 (R y L) y 7, cuyo diámetro mayor fue de 1 cm (fig. 1). La broncoscopia, lavado broncoalveolar y biopsia bronquial fueron negativos tanto a malignidad como al análisis microbiológico. Debido a la falta de resultados concluyentes se contempló realizar una mediastinoscopia. Sin embargo, se biopsió la adenomegalia axilar derecha. El análisis histopatológico mostró hiperplasia folicular linfoide (fig. 1) y la inmunohistoquímica fue positiva a BCL-6, BCL-2, CD 10, CD 20 y ciclina D1, estableciéndose el diagnóstico de linfoma folicular grado II.

Inició quimioterapia y por recidiva del derrame pleural se colocó sonda pleural e inició dieta con triglicéridos de cadena ramificada y nutrición parenteral total. Se egresó luego de dos semanas. Ha completado ocho ciclos de quimioterapia.

En la evaluación a dos meses, el paciente se encuentra estable, con recidiva del derrame pleural en un 10% del área torácica. El reto diagnóstico del quilotórax radica en la información recopilada



**Figura 1.** Panel izquierdo. Tomografía computarizada del tórax que muestra aumento en la densidad de la estación ganglionar 4 (R y L). Panel derecho. Corte histológico del ganglio axilar.