

manifestaciones de cirrosis hepática². Los corticoides en la CBP también mejoran los parámetros histológicos y bioquímicos, pero su uso puede verse limitado por sus efectos secundarios³. De los casos publicados, en uno, el tratamiento inicial fue con metotrexato con empeoramiento de la función hepática, por lo que finalmente se realizó trasplante hepático. En el segundo se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico con mala evolución a nivel pulmonar, por lo que se añadió metotrexato e hidroxycloquina para su control. Finalmente, en el último caso se inició tratamiento único con corticoides con mala evolución hepática, por lo que precisó trasplante. El caso clínico que presentamos ha sido tratado con corticoides y ácido ursodesoxicólico con buen control de la enfermedad en la actualidad.

Bibliografía

1. Dempsey OJ, Paterson EW, Kerr KM, Denison AR. Sarcoidosis. *BMJ*. 2009;339:620-5.
2. Kishor S, Turner ML, Borg BB, Kleiner DE, Cowen EW. Cutaneous sarcoidosis and primary biliary cirrhosis: a chance association or related diseases? *J Am Acad Dermatol*. 2008;58:326-35.

3. Oo YH, Neuberger J. Options for Treatment of Primary Biliary Cirrhosis. *Drugs*. 2004;64:2261-71.
4. Leff JA, Ready JB, Repetto C, Goff JS, Schwarz MI. Coexistence of Primary Biliary Cirrhosis and Sarcoidosis. *West J Med*. 1990;153:439-41.
5. Hughes P, McGavin CR. Sarcoidosis and primary biliary cirrhosis with co-existing myositis. *Thorax*. 1997;52:201-2.

Raquel Extremera Fuentes^a, Alicia Binimelis Varella^a y Alberto Alonso-Fernández^{a,b,*}

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España

^b CIBER Enfermedades Respiratorias, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aaf_97@hotmail.com (A. Alonso-Fernández).

doi:10.1016/j.arbres.2010.12.007

Utilidad de la visualización de trofozoitos en líquido pleural en el diagnóstico de empiema y absceso hepático amebianos

Usefulness of the Presence of Trophozoites in Pleural Fluid in the Diagnosis of Amoebic Empyema and Liver Abscess

Sr. Director:

Entamoeba histolytica (*E. histolytica*) es una causa infrecuente de absceso hepático, que afecta a inmigrantes o viajeros a zonas endémicas¹, aunque se han descrito casos autóctonos en nuestro país². La incidencia exacta de alteraciones pulmonares en pacientes con amebiasis hepática es desconocida, aunque se ha estimado que pueden existir hallazgos clínicos o radiológicos a nivel torácico en un 50% de los casos. Un tercio de dichas alteraciones consiste en reacciones inflamatorias (derrame pleural y neumonitis), siendo más frecuente la ruptura del absceso a vía aérea, cavidad pleural o ambas³.

Presentamos el caso de un paciente con un absceso hepático y derrame pleural derecho. La identificación de *E. histolytica* en líquido pleural permitió realizar el diagnóstico de empiema y absceso hepático amebianos, a pesar de que el estudio microbiológico del pus procedente del drenaje del absceso había resultado negativo para bacterias y parásitos⁴.

Se trata de un varón de 57 años, torero de profesión, que realiza viajes anuales a Ecuador. Acudió a urgencias por cuadro de más de tres semanas de evolución de fiebre de 39 °C con tiritona, que se inició en Ecuador, tras dos semanas de estancia en aquel país y dos semanas antes de su regreso a España, acompañado en los últimos días de tos seca y dolor costal derecho y en hipocostrio ipsilateral. La exploración física mostró una temperatura axilar de 37,5 °C, hipoventilación en base pulmonar derecha y hepatomegalia dolorosa de un través de dedo. Hemograma: 14.350 leucocitos/mm³ (72,3% neutrófilos), hemoglobina 10,8 g/dl con VCM y HCM normales y 599.000 plaquetas/mm³. Bioquímica: urea 28 mg/dl, creatinina 0,79 mg/dl, proteínas totales 6 g/dl, GOT 36 UI/l, GPT 78 UI/l, fosfatasa alcalina 283 UI/l, GGT 278 UI/l, bilirrubina total 0,84 mg/dl, LDH 129 UI/l, VSG 110 mm/h y PCR 147 mg/l. La radiografía de tórax evidenció elevación de hemidiafragma derecho con derrame pleural ipsilateral de escasa cuantía. La ecografía abdominal mostró un absceso hepático de 9,5 × 9 cm en segmentos posteriores de lóbulo hepático derecho, procediéndose al drenaje percutáneo, que se mantuvo durante 11 días, e iniciándose anti-

bioterapia con piperacilina-tazobactam a dosis de 4/0,5 g IV/8 h. El cultivo del pus y la investigación de parásitos fueron negativos. En los días sucesivos el enfermo se mantuvo afebril aunque persistía tos no productiva y malestar general. Se añadió metronidazol IV 750 mg/8 h ante la sospecha de absceso amebiano, y se realizó toracocentesis diagnóstica, que reveló un líquido pleural de aspecto melicérico con 7.200 cel/mm³ (PMN 75%), proteínas 4,91 g/dl, LDH 615 mU/ml, glucosa 0,95 g/l, pH 7,31, ADA 27,5 mU/ml, y presencia de trofozoitos de *E. histolytica*. La inmunofluorescencia indirecta para *E. histolytica* resultó positiva a título de 1/512. Se colocó un tubo de drenaje pleural, que fue retirado cuatro días después. El enfermo quedó asintomático. Continuó con tratamiento oral a dosis de 750 mg/8 h durante dos semanas. Posteriormente recibió paromomicina 30 mg/kg/día durante 10 días. En TAC de control, realizado dos semanas después, se apreció persistencia de cavidad residual en lóbulo hepático derecho de 3 × 2,8 cm de diámetro, sin evidencia de derrame pleural.

El caso anteriormente descrito sugiere que ante un absceso hepático con derrame pleural asociado en el que los antecedentes del paciente hagan sospechar una etiología amebiana, la realización de una toracocentesis diagnóstica y la investigación de trofozoitos en líquido pleural pueden resultar de utilidad, especialmente si el cultivo y la investigación de parásitos en el pus del absceso hepático han resultado negativos⁴. Esto sería de especial interés si la evolución clínica ha sido desfavorable con tratamiento antimicrobiano y drenaje percutáneo del absceso hepático⁵ ya que, como ocurrió en nuestro paciente, un diagnóstico correcto permitió continuar tratamiento con metronidazol, ya iniciado empíricamente^{1,3}, y la colocación de un tubo de drenaje pleural, como se recomienda para el tratamiento del empiema amebiano⁴.

A pesar de que la vía de acceso más frecuente al espacio pleural de *E. histolytica* es la rotura transdiafrágica de un absceso hepático amebiano, los trofozoitos también pueden alcanzar el espacio pleural a través del torrente sanguíneo o linfático⁶ por lo que las pruebas de imagen, como ocurrió en nuestro caso, pueden no mostrar signos de perforación diafrágica.

Bibliografía

1. Stanley Jr SL. Amoebiasis. *Lancet*. 2003;361:1025-34.
2. Díaz-González E, Manzanedo-Terán B, López-Vélez R, Dronda F. Liver abscess due to a native amoeba: a clinical case study and literatura review. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:179-81.

3. Lyche KD, Jensen WA, Kirsch CM, Yenokida GG, Maltz GS, Knauer CM. Pleuropulmonary manifestations of hepatic amebiasis. *West J Med.* 1990;153:275-8.
4. Ibarra-Pérez C. Thoracic complications of amebic abscess of the liver: report of 501 cases. *Chest.* 1981;79:672-7.
5. Chávez-Tapia NC, Hernández-Calleros J, Téllez-Ávila FI, Torre A, Uribe M. Image-guided percutaneous procedure plus metronidazole versus metronidazole alone for uncomplicated amoebic liver abscess. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;1:CD004886.
6. Shamsuzzaman SM, Hashiguchi Y. Thoracic amebiasis. *Clin Chest Med.* 2002;23:479-92.

Juan Parejo-Matos^{a,*}, Santiago Rodríguez-Suárez^b y Rafael Luque-Márquez^c

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para la correspondencia.

Correo electrónico: jparejo.84@hotmail.com (J. Parejo-Matos).

doi:10.1016/j.arbres.2010.11.009

Aportación de la ecobroncoscopia al diagnóstico del cáncer de pulmón

Endobronchial Ultrasound in the Diagnosis of Lung Cancer

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Sanz-Santos et al¹ titulado "Utilidad de una consulta monográfica de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón. Aportaciones de la ecobroncoscopia", publicado en Archivos de Bronconeumología. En él se hace referencia al papel de la ecografía endobronquial en el diagnóstico del cáncer de pulmón, resultando ser la técnica confirmatoria en la quinta parte de los casos.

En pacientes con sospecha de cáncer de pulmón, el diagnóstico de confirmación se obtiene habitualmente por broncoscopia convencional o punción-aspiración transtorácica con aguja fina. Sin embargo, un porcentaje variable de pacientes permanece sin diagnosticar tras estas exploraciones y se requiere, bien repetir las mismas, o bien realizar otros procedimientos más invasivos como la mediastinoscopia². La ecografía endobronquial, que ha demostrado poseer un elevado rendimiento en la estadificación del mediastino³, recientemente ha sido recomendada para el diagnóstico del cáncer de pulmón cuando otros métodos han fracasado⁴. Además se ha propuesto como la técnica inicial por su capacidad para obtener material para diagnóstico y estadificación, lo que permitiría que los pacientes se beneficiaran de una única exploración dirigida a ambos objetivos que haría innecesarios otros procedimientos⁵.

Recientemente hemos realizado un análisis de los casos de cáncer de pulmón diagnosticados en nuestro servicio mediante ecografía endobronquial⁶. La ecobroncoscopia se realizó mediante un modelo BF-UC160F (Olympus, Tokio, Japón). No se disponía de patólogo de presencia física y se realizaron hasta tres punciones en cada lesión. En los 45 pacientes que se obtuvo el diagnóstico patológico de confirmación con esta técnica, se puncionaron 12 lesiones pulmonares con un tamaño medio de 3,3 cm (DE 0,6) y 71 adenopatías mediastínicas, hiliares o interlobares, con un tamaño medio de 1,9 cm (DE 0,9). La mayoría correspondieron a carcinoma no microcítico (86,7%) y en menor medida (13,3%) a carcinoma microcítico. Las características de los casos en que la ecobroncoscopia resultó

ser la única técnica confirmatoria fueron variables, pero tenían en común la existencia de lesiones pulmonares o mediastínicas adyacentes a tráquea y bronquios centrales donde la broncoscopia convencional no fue diagnóstica. Es de destacar, que 7 adenopatías con un tamaño menor de 1 cm resultaron malignas, circunstancia que cobra especial relevancia cuando estas pequeñas lesiones son las únicas accesibles.

El papel de la ecobroncoscopia en el algoritmo diagnóstico del cáncer de pulmón todavía está por establecer. Sin embargo, los resultados de trabajos como el de Sanz-Santos et al y nuestros propios datos indican que puede ocupar una posición relevante, no sólo en la estadificación sino también en la confirmación diagnóstica del cáncer de pulmón.

Bibliografía

1. Sanz-Santos J, Andreo F, Sánchez D, Castellá E, Llatjós M, Bechini J, et al. Utilidad de una consulta monográfica de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón. Aportaciones de la ecobroncoscopia. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:640-5.
2. Eckardt J, Olsen KE, Licht PB. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration of undiagnosed chest tumors. *World J Surg.* 2010;34:1823-7.
3. Steinfurt DP, Liew D, Conron M, Hutchinson AF, Irving LB. Cost-benefit of minimally invasive staging of non-small cell lung cancer: a decision tree sensitivity analysis. *J Thorac Oncol.* 2010;5:1564-70.
4. Lee JE, Kim HY, Lim KY, Lee SH, Lee GK, Lee HS, et al. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration in the diagnosis of lung cancer. *Lung Cancer.* 2010;70:51-6.
5. Fielding D, Windsor M. Endobronchial ultrasound convex-probe transbronchial needle aspiration as the first diagnostic test in patients with pulmonary masses and associated hilar or mediastinal nodes. *Intern Med J.* 2009;39:435-40.
6. Franco J, Pinel J, Rissi G, Meseguer M, Martínez D. Endobronchial ultrasound transbronchial needle aspiration in the diagnosis of lung cancer. *Eur Respir J.* 2010;36 Suppl 54:S583-4.

José Franco*, Daniel Martínez y María Meseguer

Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franco_jos@gva.es (J. Franco).

doi:10.1016/j.arbres.2011.01.004