

**Papilomatosis traqueal y pulmonar**

**Sr. Director:** La presencia de lesiones cavitadas constituye habitualmente un desafío para el neumólogo. En la mayoría de las ocasiones se inician una serie de estudios destinados a descartar malignidad o micobacteriosis. En el caso de pacientes jóvenes la fibrosis quística es el primer diagnóstico a considerar. Presentamos un caso con diagnóstico final poco común, y en el que es poco frecuente la afectación del parénquima pulmonar.

Varón de 22 años con antecedentes de una intervención otorrinolaringológica a la edad de 10 años, de la que no existían informes médicos. Consultaba por cuadros de repetición consistentes en tos con expectoración amarillenta, febrícula, disnea y estridor. A la exploración física destacaba un estridor inspiratorio y disminución del murmullo vesicular en base de hemitórax derecho. Los parámetros analíticos eran normales. La TAC torácica se muestra en la figura 1. Las pruebas de función respiratoria evidenciaron un patrón de obstrucción de la vía aérea superior. En la broncoscopia se apreciaba una lesión polipoidea en la cara anterior de tercio medio traqueal.

Se procedió a la resección de la lesión traqueal mediante laserterapia, confirmando el diagnóstico de papilomatosis traqueal mediante el análisis de la pieza resecada. Se instauró tratamiento antibiótico, drenaje postural y fisioterapia respiratoria para disminuir el número de reagudizaciones infecciosas.

En el momento actual el paciente se encuentra asintomático. La fibrobroncoscopia de control no demuestra recidiva de la lesión traqueal. Las lesiones pulmonares son seguidas mediante estudio radiológico periódico y fibrobroncoscopias de control anuales ante la posibilidad de malignización.

La papilomatosis laríngea (que constituye el tumor laríngeo benigno más frecuente en niños) es una enfermedad viral de la vía aérea superior que afecta a los niños y que puede progresar al árbol traqueobronquial años más tarde.

Se sospechaba una etiología viral tras el trabajo de Uhlman<sup>1</sup>, y Mounts<sup>2</sup> fue el primero en detectar los papilomavirus por estudio de ADN. Los papilomavirus 6 y 11 son los más frecuentemente encontrados en los papilomas laríngeos, aunque también pueden hallarse en los papilomas venéreos. Se ha descrito la asociación entre los condilomas acuminados maternos con la papilomatosis laríngea del recién nacido.

Las manifestaciones clínicas suelen aparecer antes de los 5 años. Los niños presentan ronquera y lloro anormal que puede progresar a tos, disnea y estridor. El crecimiento de los papilomas puede provocar hemoptisis, crisis "seudoasmáticas", atelectasias y neumonitis obstructivas.

Aunque los papilomas pueden volver a aparecer espontáneamente en la pubertad, la enfermedad sigue su curso progresivo, necesitando múltiples tratamientos endolaringeos para mantener la vía aérea permeable<sup>3</sup>. El término "papilomatosis laríngea invasiva" designa a aquellos papilomas que invaden estructuras vecinas.

Se ha descrito la degeneración de la papilomatosis laríngea a carcinoma epidermoide<sup>4</sup>. Hasta 1970 todos los casos descritos correspondían a pacientes sometidos a radioterapia; desde entonces hay casos descritos de malignización espontánea.

Aunque la extensión de la enfermedad a la tráquea y a los bronquios ocurre ocasionalmente (2-17%), la extensión al parénquima pulmonar es muy rara (< 1%)<sup>5</sup>. Las lesiones se presentan radiológicamente como nódulos que se cavitan con posterioridad. Los niveles hidroaéreos son infrecuentes y sugieren infección bacteriana sobreañadida. No se conoce el mecanismo de extensión intraparenquimatosa pero se sugiere la implantación periférica secundaria a manipulaciones de la vía aérea o bien un origen multicéntrico de la enfermedad. La degeneración maligna en el parénquima pulmonar conlleva un pronóstico pésimo, aunque suele tratarse de carcinomas epidermoides bien diferenciados.

Se han intentado múltiples regímenes terapéuticos incluyendo podofilo, terapia hormonal estrogénica, quimioterapia, vacunas autólogas o laserterapia e interferón. La terapia con interferón responde en el 40% de los casos pero no es curativa. La degeneración maligna requiere tratamiento inmediato. En los

casos de tumores resecables la cirugía es la opción más adecuada. En caso contrario se recomienda la combinación de quimio y radioterapia.

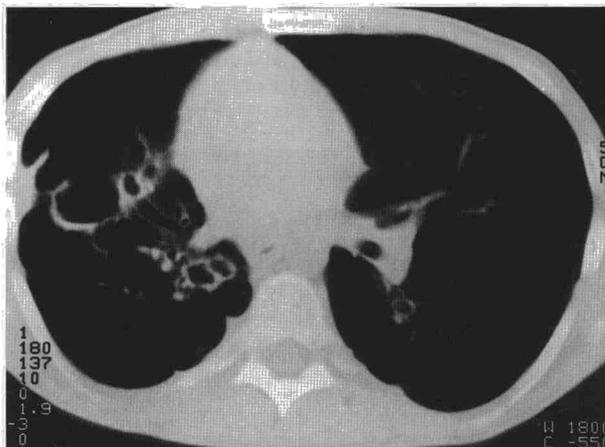
**D. Jiménez Castro, G. Díaz Nuevo y E. Pérez-Rodríguez**  
Servicio de Neumología.  
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

1. Uhlman EV. On the etiology of laryngeal papilloma. Acta Otolaryngol 1923; 5: 317-334.
2. Mounts P, Shah KV, Kashima H. Viral etiology of juvenile and adult-onset squamous papilloma of the larynx. Proc Natl Acad Sci USA 1982; 79: 5.429.
3. Robbins KT, Woodson GE. Current concepts in the management of laryngeal papillomatosis. Head & Neck Surgery 1984; 6: 861-866.
4. Gaylis B, Hayden RE. Recurrent respiratory papillomatosis progression to invasion and malignancy. Am J Otolaryngol 1991; 12: 104-112.
5. Kawanami T, Bowen A. Juvenile laryngeal papillomatosis, with pulmonary parenchymal spread. Pediatr Radiol 1985; 15: 102-104.

**Neumonía por fiebre Q con presentación inusual**

**Sr. Director:** La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial, cuyo agente etiológico es *Coxiella burnetii* que es un microorganismo intracelular estricto que habitualmente se desarrolla en los fagolisosomas de las células huésped. La principal característica de la fiebre Q es su polimorfismo clínico, siendo dicho microorganismo una causa infrecuente de neumonía adquirida en la comunidad<sup>1</sup>. Menos común resulta todavía la presentación con síntomas digestivos o plaquetopenia<sup>2</sup>. Presentamos un caso de neumonía por fiebre Q, que comenzó como una gastroenteritis asociando en la evolución una plaquetopenia.

Varón de 54 años de edad, que acudió a urgencias de nuestro hospital por un cuadro diarreico de 24 h de evolución, junto a vómitos, fiebre de 39,3 °C, malestar general y desorientación temporospatial. Como antecedentes refería ser fumador de 35 paquetes año y presentaba un hábito etílico importante (consumo de más de 80 g de etanol/día). Trabajaba de agricultor y no reseñaba antecedentes respiratorios previos. Tenía varios gatos, uno de los cuales había alumbrado gatos aparentemente sanos 2 meses antes, sin señalar más contacto con otros animales o productos potencialmente contaminados. A la exploración física el paciente estaba consciente, normohidratado, normocoleado y eupneico en reposo. La auscultación cardiopulmonar era normal. El abdomen era doloroso a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal. La exploración neurológica no revelaba signos de focalidad o irritación meníngea. En la analítica destacaba: Na, 124 mEq/l; GOT, 364 U/l; GPT, 148 U/l, siendo el resto de los parámetros bioquímicos normales. El hemo-



**Fig. 1.** TAC torácica mostrando lesiones cavitadas en ambos hemitórax.