



Bronquitis aspergilar: a propósito de un caso clínico

Sr. Director: *Aspergillus* es un hongo filamentoso ubicuo que puede producir infección y enfermedad por distintos mecanismos: alergia, colonización o invasión. Generalmente afecta a pacientes inmunodeprimidos, aunque puede aparecer en inmunocompetentes con cualquiera de sus formas de presentación: aspergilosis broncopulmonar alérgica, aspergiloma, aspergilosis pulmonar invasiva y aspergilosis pulmonar necrosante crónica. Existen otras formas de presentación relacionadas con la aspergilosis broncopulmonar alérgica como la impactación mucosa, la granulomatosis broncocéntrica, la neumonitis eosinófila o la neumonitis por hipersensibilidad. Son estas entidades poco frecuentes y de presentación similar a la aspergilosis broncopulmonar alérgica, pero de forma incompleta. Lo excepcional de nuestro caso radica en el hallazgo de una de estas formas en una paciente inmunocompetente.

Mujer de 51 años, alérgica a la vitamina B, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de síndrome depresivo, otitis crónica supurativa e hipotiroidismo subclínico. Como antecedentes respiratorios destacaba una neumonía derecha sin secuelas posteriores hacía 22 años. Ingresó por primera vez en nuestro servicio hace 7 años para estudio de un infiltrado parahiliar derecho. Dos meses antes había presentado un cuadro con dolor pleurítico derecho, tos y expectoración escasa que remitieron con cefuroxima, aunque persistió la imagen radiológica. En la exploración física presentaba buen estado general, permanecía afebril y eupneica, con auscultación cardiorespiratoria completamente normal, así como el resto de la exploración por órganos y aparatos. La radiografía de tórax mostraba un infiltrado parahiliar derecho, sin cambio con respecto a las imágenes previas de hacía 2 meses. El electrocardiograma y la ecografía tiroidea fueron normales, así como 3 baciloscopias de esputo y la prueba de punción y precipitina para *Aspergillus*. En el hemograma destacaban 8.300 leucocitos/l (un 60% segmentados, un 23% linfocitos, un 7% monocitos y un 8% eosinófilos), hematócrito del 35%, hemoglobina de 11 mg/dl y velocidad de sedimentación globular de 52, con valores de coagulación normales. La bioquímica en sangre y el sedimento urinario fueron normales. Los valores de inmunoglobulinas (Ig) fueron, en mg/dl: IgE, 146; IgA, 134; IgM, 153, e IgG, 817, con subclases de IgG normales (IgG 3 en el límite bajo de la normalidad). Se realizaron serologías para *Legionella*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Coxiella burnetii* y virus de las hepatitis B y C, que fueron todas normales. La espirometría mostró una capacidad vital forzada de 3.700 ml (116%), con ventilación espiratoria máxima en el primer segundo de 2.600 ml (103%) e índice de Tiffenau del 70%. El test de metacolina fue negativo. Se realizó una broncoscopia que mostró una inflamación en el lóbulo superior derecho, con estenosis concéntrica de las entradas de los 3 segmentos y visualización de secreción blanca muy espesa en el segmento anterior del mismo lóbulo; el resto del árbol bronquial (derecho e izquierdo) no presentaba alteraciones. Se realizó broncoaspirado selectivo en el segmento anterior del lóbulo superior derecho y se aislaron *Aspergillus* y eosinófilos. Se efectuaron además legrado protegido en la misma zona (4.000 colonias de *Aspergillus*) y una biopsia bronquial del

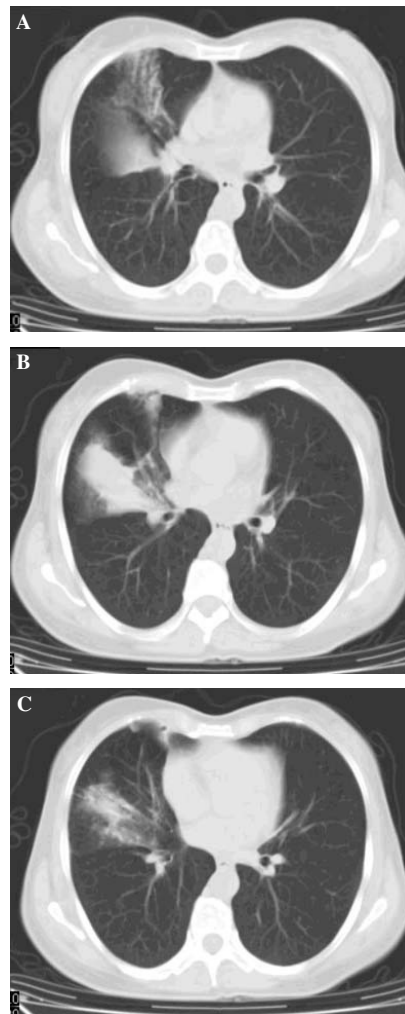


Fig. 1. Atelectasia segmentaria de lóbulo medio en diferentes cortes. Se observan bronquiectasias con afectación alveolar adyacente.

lóbulo superior derecho, que fue inespecífica. No se aisló bacilo de Koch en el broncoaspirado y legrado. En la tomografía computarizada torácica se objetivó un área triangular de aumento de densidad en el segmento anterior del lóbulo superior derecho, con pérdida de volumen parcial de éste y con adenopatías paratraqueales derechas, precarinales y subcarinales de más de 1 cm. El estudio genético de la paciente fue negativo.

Dadas la eosinofilia local y periférica, la presencia de *Aspergillus*, IgE baja y ausencia de asma y bronquiectasias, descartamos la aspergilosis broncopulmonar alérgica y establecimos como diagnóstico más probable el de bronquitis aspergilar, si bien contemplamos como otra de las posibilidades diagnósticas la granulomatosis broncocéntrica. Se instauró tratamiento inicialmente con corticoides sistémicos y se continuó con itraconazol durante un año, con buena tolerancia y mejoría radiológica y clínica. En la tomografía computarizada de tórax se apreciaban bronquiectasias en el lóbulo superior derecho y en el lóbulo medio. Tras ese año, la paciente presentó un nuevo brote, que se trató con el mismo fármaco, con idénticos resultados. Cuatro años más tarde (finales del 2001), presentó atelectasia en el lóbulo medio (fig. 1) y se inició tratamiento con anfotericina B inhalada, itraconazol y una tanda de corticoides, con mejoría clinicoradiológica 4 meses después. La paciente ha continuado hasta ahora con tratamiento de mantenimiento con anfotericina B inhalada 2 veces por semana e itraconazol.

La granulomatosis broncocéntrica es una de las variantes de la aspergilosis broncopulmonar alérgica, caracterizada por presentar granulomas necrosantes que destruyen los bronquiolos. Se aísla *Aspergillus* en un 40-50% de los granulomas de pacientes con esta entidad. Se presenta con un infiltrado inflamatorio eosinófilo y fibrosis en el parénquima pulmonar. Clínicamente el paciente presenta asma casi siempre, con tos persistente. Se halla eosinofilia periférica y elevación de IgE en suero. En la radiografía de tórax suelen aparecer nódulos pulmonares múltiples que se pueden confundir con imágenes neoplásicas. La respuesta de este cuadro a la corticoterapia suele ser adecuada. Nuestro caso difiere en la ausencia de asma y de elevación de IgE, así como en la imagen radiológica y en los hallazgos anatomopatológicos.

La impactación mucóide puede evidenciarse en pacientes sin asma. Se presenta habitualmente con tos y expectoración mucosa, con una posible evolución hacia atelectasia, por lo que en ocasiones puede sospecharse erróneamente malignidad. Este cuadro es el que más concuerda con nuestro caso, al que por la localización concluimos en denominar bronquitis aspergilar. No hay ninguna pauta de tratamiento establecida. Una de las posibilidades es la anfotericina B inhalada e itraconazol oral como tratamiento de los brotes, con la posibilidad de añadir en fases iniciales tandas de corticoides sistémicos. Como profilaxis de los brotes la alternativa más razonable sería la anfotericina B inhalada a dosis menores.

M.J. Pinazo Delgado^a y E. Martín Zapatero^b

^aServicio de Medicina Interna. Althaia Sant Joan de Déu. Manresa. Barcelona.

^bServicio de Neumología. Althaia Sant Joan de Déu. Manresa. Barcelona. España.

Galvadà Santpau J, Ausina V. Infección por *Aspergillus*. *Medicine* 2002; 68:3625-30.

Gassiot Nuño C, Pino Alfonso PP, Rodríguez Vázquez JC, Ramos Gómez M, Páez Prats I, Gundián González J. Aspergilosis pulmonar: un nuevo enfoque en la reemergencia. *Acta Médica* 2000;9:67-72.

Soubani AO, Chandrasekar PH. The clinical spectrum of pulmonary aspergillosis. *Chest* 2002;121:1998-99.