



Grave afectación laringotraqueal secundaria a rinoscleroma por *Klebsiella pneumoniae* ssp. *ozeanae*

Sr. Director: El rinoscleroma es una enfermedad infecciosa crónica, lentamente progresiva y confinada a la nariz. Producido por un bacilo gramnegativo, *Klebsiella pneumoniae* ssp. *ozeanae*, afecta a la mucosa nasal y progresa de un estadio catarral con inflamación inespecífica a una fase proliferativa y granulomatosa, y de ésta, a una fase cicatricial: el escleroma puede afectar una porción del aparato respiratorio y entonces ocasiona su complicación más grave, esto es, la obstrucción de las vías aéreas, de riesgo vital¹⁻³. Presentamos el caso de un paciente con un rinoscleroma de grave afectación laríngea y extensión traqueobronquial.

Varón de 27 años, natural de Rumanía y residente en España desde hacía 5 años, fumador de 5 cigarrillos/día, que acudió a urgencias por disnea de reposo. Refería clínica de obstrucción nasal, disnea progresiva, disfonía y abundantes secreciones nasales purulentas y malolientes en los 2 meses previos. En la exploración física presentaba disnea de reposo con estridor laríngeo, no tenía fiebre y la auscultación cardiorrespiratoria era normal. Las fosas nasales estaban ocupadas por secreciones verdes y costras que impedían ver la mucosa. La tomografía computarizada de senos paranasales mostraba ocupación de los senos maxilares izquierdos. La radiografía de tórax era normal y la tomografía computarizada cervicotorácica evidenciaban la ocupación de las cuerdas vocales y una tráquea de aspecto festoneado. El hemograma, la coagulación, la bioquímica y los marcadores de autoinmunidad fueron normales. La broncoscopia mostró inflamación tanto de las cuerdas vocales como en la región subglótica y, a lo largo de toda la tráquea, lesiones blancas mamelonadas, junto a costras negras y secreciones verdes. La anatomía patológica de las lesiones mostró un infiltrado inflamatorio mixto, en el que se detectaron abundantes

bacterias. El cultivo bacteriológico del exudado, las biopsias nasales, el lavado broncoalveolar y el aspirado bronquial en agar chocolate, MacConkey y agar sangre identificaron *K. pneumoniae* ssp. *ozeanae* por el sistema Vitek 2 (BioMérieux, Castellón, España). Inicialmente resistente a ampicilina y furantoina, se inició tratamiento con ciprofloxacino más cefuroxima durante 2 meses, tras los cuales se repitió la broncoscopia, en la que se objetivaron zonas de esclerosis difusa e irregular en toda la tráquea. En el exudado nasal, aspirado bronquial y lavado broncoalveolar volvió a aislarse *K. ozeanae*, con resistencia objetivada a cefalosporinas y ciprofloxacino. Se cambió el tratamiento a trimetoprim/sulfametoxazol y tobramicina inhalada durante un mes (según antibiograma), y se mantuvo el primero hasta objetivar la negativización.

La ocena afecta primero a la mucosa y progresa a la formación de cicatrices. Es endémica en varios lugares del mundo (América Central, Europa Central, África y Asia). La prevalencia ha aumentado en los últimos años debido a la creciente inmigración de países endémicos a no endémicos. Sin embargo, son infrecuentes los casos con extensión de la enfermedad avanzada hasta la afectación del aparato respiratorio inferior. Su complicación más temible es la obstrucción de la vía aérea por la estenosis cicatricial. Realizando una revisión de la literatura médica se aprecia la escasez de artículos publicados sobre esta enfermedad.

**María Dolores Costa Climent,
Margarita Marín Royo
y Susana Sabater Vidal**
Hospital General. Castellón. España.

1. Prince JS, Duhamel DR, Levin DL, Harrell JH, Friedman PJ. Nonneoplastic lesions of the tracheobronchial wall: radiologic findings with bronoscopic correlation. *Radiographics*. 2002;22:S215-S30.
2. Yigla M, Ben-Izhak O, Oren I, Hashman N, Lejbkowitz F. Laryngotracheobronchial involvement in a patient with nonendemic rhinoscleroma. *Chest*. 2000;117:1795-8.
3. De Champs C, Vellin JF, Diancourt L, Brisse S, Kemeny JL, Gilain L, et al. Laryngeal scleroma associated with *Klebsiella pneumoniae* subsp. *ozeanae*. *J Clin Microbiol*. 2005;43:5811-3.



Una alternativa médica al tratamiento de la hiperhidrosis localizada

Sr. Director: La hiperhidrosis se define como la secreción de sudor excesiva, espontánea e incontrolable en la superficie cutánea, por encima de lo requerido para el control de la termorregulación. Puede constituir un importante estigma social y afectar considerablemente a las actividades diarias del paciente, sus relaciones personales y sus actividades laborales, con el consiguiente impacto negativo sobre la calidad de vida general^{1,2}. La simpatectomía torácica endoscópica bilateral se ha consolidado en los últimos años como una técnica efectiva, permanente y segura en el tratamiento de la hiperhidrosis primaria localizada e intensa de los miembros superiores³. Los pacientes que desarrollan sudor reflejo posquirúrgico que no responde a los tratamientos médicos convencionales pueden beneficiarse de la aplicación tópica de glucopirrolato al 2%.

Durante un período de 13 meses se ha realizado un estudio clínico, observacional y controlado en 10 pacientes con sudor reflejo posquirúrgico que no respondía a los tratamientos convencionales. La distribución por sexos fue similar y la edad media, de 25 años. El tratamiento tópico con la solución de glucopirrolato se hacía a la dosis de 20 gotas (1 ml) una vez al día, preferentemente por la noche. En caso que no fuera efectivo, se aumentaba la dosis a 2 aplicaciones al día. La primera visita de control se efectuó a las 2 semanas de iniciado el tratamiento para comprobar la tolerancia a éste. Posteriormente, se realizaron entrevistas trimestrales, donde se valoró la mejoría de la sudación mediante una escala graduada subjetiva (0: sin mejoría; 10: mejora total) y un cuestionario que los pacientes respondían en cada visita y donde se registraban los efectos adversos del tratamiento. La duración de éste fue de un año.



Figura 1. A: Afectación traqueal por *Klebsiella pneumoniae*. B: Afectación laríngea por *Klebsiella pneumoniae*.

CARTAS AL DIRECTOR

Los pacientes tratados han presentado un grado medio de mejoría de la sudación en la escala graduada subjetiva de 7,62 (intervalo: 5-9). Sólo 2 han presentado efectos adversos^{4,5} (alteración de la visión y urticaria), que no han condicionado la retirada del tratamiento. En ninguno se ha observado retención urinaria, que se indica en algún artículo⁶.

Nuestras conclusiones son las siguientes: de entre las diversas formas farmacéuticas en que se puede formular una preparación tópica de glucopirrolato (solución, crema o loción), la solución acuosa es de sencilla elaboración y cómoda aplicación para el paciente. Durante el período de estudio no se apreciaron variaciones importantes del pH, que se mantuvo en un valor de 5-6 durante los 3 meses, por lo que podemos asegurar una estabilidad satisfactoria a un pH similar al de la piel (pH cutáneo de aproximadamente 5,5). A pesar de los escasos pacientes en quienes se ha probado la solución acuosa de glucopirrolato al 2%, los resultados son muy satisfactorios.

Todos ellos presentan mejoría en la escala de sudación (de 5 a 9 puntos), con una buena tolerancia al tratamiento. Por lo tanto, la solución acuosa de glucopirrolato al 2% puede representar un tratamiento alternativo en los pacientes que no han respondido a tratamientos previos. Sin embargo, el elevado coste del producto respecto a otros tratamientos similares, así como la dificultad para obtenerlo, puede limitar su aplicación.

**Esther Cladellas Gutiérrez^a,
Marco Antonio Callejas Pérez^a
y Ramon Grimalt Santacana^b**

^aServicio de Cirugía Torácica.
Hospital Clínic. Barcelona. España.

^bServicio de Dermatología. Hospital Clínic.
Universidad de Barcelona.
Barcelona. España.

1. Callejas Pérez MA, Grimalt R. Actualidad de la simpatectomía torácica por videotora-

coscopia. Arch Bronconeumol. 2002;38:103-5.

2. Moya J, Ramos R, Morera R, Villalonga R, Perna V, Macia I, et al. Resultados de la simpaticólisis y la simpatectomía torácica superior bilateral endoscópica en el tratamiento de la hiperhidrosis primaria. Estudio de 1.016 procedimientos. Arch Bronconeumol. 2006;42:230-4.

3. Molins L. Cirugía torácica ambulatoria. Arch Bronconeumol. 2007;43:185-7.

4. Izadi S, Choudhary A, Newman W. Mydriasis and accommodative failure from exposure to topical glycopyrrolate used in hyperhidrosis. J Neurophthalmol. 2006;26:232-3.

5. Kavanagh GM, Burns C, Aldridge RD. Topical glycopyrrolate should not be overlooked in treatment of focal hyperhidrosis. Br J Dermatol. 2006;155:487.

6. Madan V, Beck MH. Urinary retention caused by topical glycopyrrolate for hyperhidrosis. Br J Dermatol. 2006;155:634-5.