

Cartas al Director

Absceso de pared por *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI) en un paciente con neumoconiosis

Wall Abscess due to *Mycobacterium Avium Intracellulare* (MAI) in a Patient with Pneumoconiosis

Sr. Director:

Únicamente una minoría de las personas expuestas al *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI), fundamentalmente aquellos pacientes inmunodeprimidos o con una patología pulmonar subyacente, desarrollarán una enfermedad pulmonar por este germen^{1,2}. Aunque la relación de la silicosis con la tuberculosis e incluso con otras micobacterias como *Mycobacterium kasasii* se describe frecuentemente, la asociación de esta neumoconiosis con el MAI ha sido menos descrita³. La afectación por MAI en pacientes inmunocompetentes es variable en función de si se presenta sobre un parénquima pulmonar previamente sano o patológico⁴. En sujetos con afectación parenquimatosa previa, lo más frecuente es una afectación fibrocavitaria más o menos extensa, mientras que, en aquellos con un pulmón sano antes de la infección por MAI, las alteraciones radiológicas más probables son las bronquiectasias y la afectación retículo-nodulillar, con menor afectación pulmonar⁵. El engrosamiento y las adherencias pleurales llegan a evidenciarse mediante tomografía computerizada (TC) en la mitad de los casos y suelen producirse adyacentes a las lesiones pulmonares; sin embargo, el derrame pleural es muy infrecuente¹. En una exhaustiva revisión de la literatura médica, no hemos encontrado ningún caso reportado de un absceso por MAI a nivel de la pared torácica producido por contigüidad, o de forma hematógena o primario. Describimos el excepcional caso de un paciente con una silicosis complicada y una infección por MAI que desarrolló un absceso por este germen a nivel de la pared torácica debido a una fístula desde

una de las lesiones cavitadas pulmonares que presentaba. Se trataba de un varón de 67 años, con una historia laboral de varias décadas de trabajo en una cantera de granito, exfumador de más de 40 paquetes/año y diagnosticado unos años antes de una silicosis complicada estadio C con importante repercusión funcional e insuficiencia respiratoria crónica. Diez meses antes fue diagnosticado de una micobacteriosis pulmonar por MAI y recibía tratamiento con rifampicina, etambutol y claritromicina a las dosis habituales. El paciente fue trasladado a nuestro hospital desde otro centro para el estudio de una masa sobre la pared anterior del tórax. Refería un cuadro de seis meses de evolución de un bultoma localizado en la pared torácica anterior izquierda con fluctuaciones en cuanto su tamaño. Ante la persistencia de la lesión y la aparición de dolor y signos inflamatorios el paciente consultó a su médico. En la exploración se evidenciaba una tumoración de 10 cm de diámetro, de consistencia blanda y dolorosa a la palpación en la pared ántero-superior del hemotórax izquierdo (fig. 1A). Las determinaciones de laboratorio realizadas en sangre periférica, incluida la serología de VIH, no aportaron datos reseñables. El examen directo de esputo para bacilos ácido-alcohol resistente (BAAR) fue débilmente positivo con cultivo de micobacterias positivo para MAI. Se realizó una tomografía computerizada (TC) torácica que evidenció un patrón micronodular de predominio en ambos lóbulos superiores, con grandes masas de bordes irregulares en lóbulos superiores, una de ellas cavitada, enfisema panlobulillar, bullas y múltiples adenopatías hiliares y mediastínicas calcificadas y una fístula hacia partes blandas donde se había formado una colección con nivel hidroaéreo (fig. 1B). Se realizó una PAAF, obteniéndose abundante material de aspecto caso-purulento cuyo examen directo demostró BAAR y posteriormente se cultivó MAI. Debido a la comorbilidad del paciente y al aumento de la lesión de la pared torácica con fistulización cutánea espontánea en las siguientes semanas se colocó un drenaje percutáneo y se mantuvo el mismo tratamiento antibiótico hasta

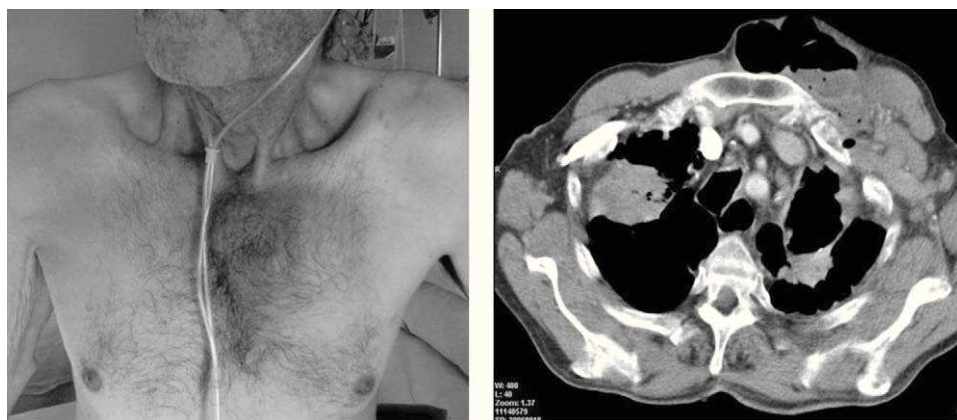


Figura 1. A) Tumoración localizada a nivel anterosuperior de la pared torácica izquierda. B) Tomografía computerizada (TC) de tórax en la que se observa una masa irregular en el lóbulo superior derecho y otra cavitada apical izquierda y una masa con un nivel hidroaéreo en la pared torácica izquierda.

completar 18 meses obteniendo una respuesta clínica, radiológica y microbiológica favorable. Este caso parece el primero reportado en el que se describe una fístula desde una lesión cavitada pulmonar a la pared torácica ocasionada por MAI¹. En una exhaustiva y reciente revisión⁵, ni en una amplia serie⁶ de tratamientos quirúrgicos de casos de MAI se menciona ningún caso similar. Llama la atención la buena respuesta terapéutica obtenida con un manejo totalmente conservador, condicionado por la situación basal del paciente, pudiéndose explicar la favorable evolución por el drenaje espontáneo de la lesión cavitada del LSI.

Bibliografía

1. Field SK, Fisher D, Cowie RL. *Mycobacterium avium complex* pulmonary disease in patients without HIV infection. *Chest*. 2004;126:566-81.
2. Aksamit TR. *Mycobacterium avium complex* pulmonary disease in patients with pre-existing lung disease. *Clin Chest Med*. 2002;23:643-53.
3. Fujita J, Kishimoto T, Ohtsuki Y, Shigeto E, Ohnishi T, Shiode M, et al. Clinical features of eleven cases of *Mycobacterium avium-intracellulare complex* pulmonary disease associated with pneumoconiosis. *Respir Med*. 2004;98:721-5.

4. García García JM, Palacios Gutiérrez JJ, Sánchez Antuña AA. Infecciones respiratorias por micobacterias ambientales. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:206-19.
5. Martínez-Moragón F, Menéndez R, Palasí P, Santos M, López Aldeguez J. Enfermedades por micobacterias ambientales en pacientes con y sin infección por el VIH: características epidemiológicas, clínicas y curso evolutivo. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:281-6.
6. Watanabe M, Hasegawa N, Ishizaka A, Asakura K, Izumi Y, Eguchi K, et al. Early pulmonary resection for *Mycobacterium avium-intracellulare complex* lung disease treated with macrolides and quinolones. *Ann Thorac Surg*. 2006;81:2026-30.

Ana Cobas Paz, Abel Pallarés Sanmartín* y
Alberto Fernández-Villar

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apallare@hotmail.com (A. Pallarés Sanmartín).

doi:10.1016/j.arbres.2010.09.012

¿Cual es la técnica de elección para diagnosticar lesiones mediastínicas?

What is the Technique of Choice for Diagnosing Mediastinal Lesions?

Sr. Director:

El provechoso artículo de Pérez Dueñas et al¹ publicado recientemente en su revista tiene como objetivo "estimar la validez diagnóstica de la PAAF percutánea guiada por TC para la detección de lesiones malignas en el mediastino". El estudio suscita interés y demuestra en una serie de 126 pacientes, sin grupo control, que se trata de una técnica viable, bastante segura y con buena rentabilidad diagnóstica (sensibilidad del 95%). Los autores concluyen que la técnica "debería ser considerada como procedimiento diagnóstico de primera elección ante la sospecha de lesiones mediastínicas malignas, dejando técnicas más agresivas como las endoscópicas para aquellos casos difíciles". Sin embargo, creemos que los resultados del estudio no son suficientes para poder alcanzar dicha conclusión.

En primer lugar, se trata de una serie de pacientes seleccionados, sin grupo control comparativo con otras técnicas, que constituyen una población diferente a los estudios realizados mediante endoscopia^{2,3}, por lo que los resultados no son comparables. En este sentido sería necesario un diseño de ensayo clínico con grupo control y que incluyese variables como el tipo y la localización de la lesión mediastínica, factores de riesgo (enfisema, etc.), exposición radiológica y coste-eficacia. Con estos datos sí se podrían establecer grupos de pacientes y el orden de elección del procedimiento más indicado en cada caso.

En segundo término, una consideración respecto a la agresividad de las pruebas. Aplicando una metodología adecuada, la broncoscopia flexible permite explorar el árbol bronquial y obtener muestras de lesiones mediastínicas próximas a este de manera eficaz y segura, sin existir apenas contraindicaciones. Estudios recientes que utilizan escalas con variables de dolor y malestar demuestran que es una prueba muy bien tolerada por la mayoría

de los pacientes⁴. Por lo tanto, la broncoscopia actualmente puede considerarse como una técnica poco invasiva. En el presente estudio no se analiza este aspecto ni se utiliza ninguna variable que permita evaluar y comparar la "agresividad" de los procedimientos. Por lo tanto, no se puede concluir relegando el papel de una u otra prueba en función de este criterio.

En resumen, creemos que los datos aportados son de gran interés y utilidad pero, como hemos justificado, no son suficientes para establecer el procedimiento diagnóstico de elección para el estudio de lesiones mediastínicas. Esto probablemente pase por escoger el más adecuado (broncoscopia, mediastinoscopia o TC-punción) en función de la localización de la lesión, sospecha etiológica y características del paciente.

Bibliografía

1. Pérez Dueñas V, Torres Sánchez I, García Río F, Valbuena Durán E, Vicandi Plaza B, Viquer García-Moreno JM. Utilidad de la PAAF guiada por TC en el diagnóstico de lesiones mediastínicas. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:223-9.
2. Sánchez-Font A, Curull V, Vollmer I, Pijuan L, Gayete A, Gea J. Utilidad de la punción aspirativa transbronquial guiada con ultrasonografía endobronquial (USEB) radial para el diagnóstico de adenopatías mediastínicas. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:212-7.
3. García-Olivé I, Valverde Forcada EX, Andreo García F, Sanz-Santos J, Castella E, Llatjós M, et al. La ultrasonografía endobronquial lineal como instrumento de diagnóstico inicial en el paciente con ocupación mediastínica. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:266-70.
4. Cases Viedma E, Pérez Pallarés J, Martínez García MA, López Reyes R, Sanchís Moret F, Sanchís Aldás JL. Eficacia del midazolam para la sedación en la broncoscopia flexible. Un estudio aleatorizado. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:302-29.

Diego Castillo*, Virginia Pajares y Alfons Torrego

Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dcastillo@santpau.es (D. Castillo).

doi:10.1016/j.arbres.2010.09.014