

obtenido evidencias indicativas de una acumulación de macrófagos con pigmentación oscura en los bronquiolos respiratorios y en los espacios aéreos circundantes² asociada a un infiltrado submucoso y peribronquiolar moteado de linfocitos e histiocitos. También puede observarse una fibrosis peribronquiolar³. En este trastorno no se observan focos fibroblásticos, lo cual lo diferencia de otras neumonías intersticiales idiopáticas³.

Este caso plantea la cuestión de la utilidad de una realización más frecuente de biopsias pulmonares abiertas⁴ y la necesidad de un análisis histológico más sofisticado. El examen anatomopatológico resulta menos útil cuando se obtiene de forma tardía en el curso de la enfermedad o tras el inicio del tratamiento⁵.

Nuestro caso se suma a los muy escasos datos publicados hasta la fecha sobre esta entidad que se describe con muy poca frecuencia. Se trata del primer caso descrito de resolución espontánea de la BIP. Es muy importante tener más presente esta entidad, puesto que en la actualidad muchos casos pueden no estar siendo diagnosticados o recibir diagnósticos incorrectos.

Bibliografía

1. Mark EJ, Ruangchira-urai R. Bronchiolitis interstitial pneumonitis: a pathologic study of 31 lung biopsies with features intermediate between bronchiolitis obli-

- terans organizing pneumonia and usual interstitial pneumonitis, with clinical correlation. *Ann Diagn Pathol.* 2008;12:171-80.
2. Woo OH, Yong HS, Oh YW, Lee SY, Kim HK, Kang EY. Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease in a nonsmoker: radiologic and pathologic findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188:412-4.
3. Visscher DW, Myers JL. Histologic spectrum of idiopathic interstitial pneumonias. *Proc Am Thorac Soc.* 2006;3:322-9.
4. Povýsil C. Histopathological classification of idiopathic interstitial pneumonias. *Cesk Patol.* 2010;46:3-7.
5. American Thoracic Society, European Respiratory Society. American Thoracic Society/European Respiratory Society International multidisciplinary consensus classification of the idiopathic interstitial pneumonias. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS) and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001 and by the ERS Executive Committee, June 2001. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165:277-304.

Sy Giin Chong*, Aidan O'Brien y Brian Casserly

Respiratory Department, Mid-Western Regional Hospital Limerick, Limerick, Irlanda

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sygiin@hotmail.com (S.G. Chong).

doi:10.1016/j.arbres.2012.02.013

Empiema por *Bordetella pertussis* en un paciente adulto con cáncer de pulmón

Empyema due to Bordetella pertussis in an Adult Patient with Lung Cancer

Sr. Director:

Bordetella pertussis (BP) es un cocobacilo gramnegativo pequeño con una afinidad exclusiva por las capas mucosas de las vías respiratorias humanas¹. BP es una causa importante de enfermedad respiratoria y un problema de salud pública persistente. En 2010 se detectó una epidemia de BP en la ciudad de Aydin². Los derrames pleurales o empiemas con infección por BP son extremadamente infrecuentes. Presentamos un caso de carcinoma de pulmón no microcítico y derrame pleural unilateral que presentó una infección por BP.

Una mujer de 64 años fue ingresada en el hospital por una disnea creciente y dolor torácico. La paciente tenía antecedentes

de carcinoma pulmonar no microcítico y estaba recibiendo tratamiento. Anteriormente había fumado 4-5 cigarrillos al día durante un periodo de hasta 10 años. A la exploración, se trataba de una mujer con sensación de enfermedad y emaciación, que estaba clínicamente anémica y presentaba signos de un derrame pleural izquierdo masivo en la TC torácica (fig. 1). La frecuencia del pulso era de 85/min, la presión arterial de 120/85, y no había signos de insuficiencia cardiaca. La radiografía de tórax confirmó el derrame unilateral izquierdo. La hemoglobina era de 9,1 g/100 ml, con un frotis de sangre normocrómico y normocítico. Los niveles séricos de ferritina, vitamina B₁₂ y folato eran normales. La velocidad de sedimentación globular fue de 90 mm en la primera hora.

Los niveles séricos de electrolitos fueron normales, al igual que la glucemia y el calcio sérico. Los análisis séricos de la función hepática y tiroidea fueron anodinos.

Se realizó una aspiración pleural, en la que se obtuvieron 1.500 ml de líquido turbio. Dada la persistencia de las colecciones de líquido pleural, 2 días después de la segunda aspiración se colocó un drenaje de tórax. Para dicho drenaje pleural utiliza-

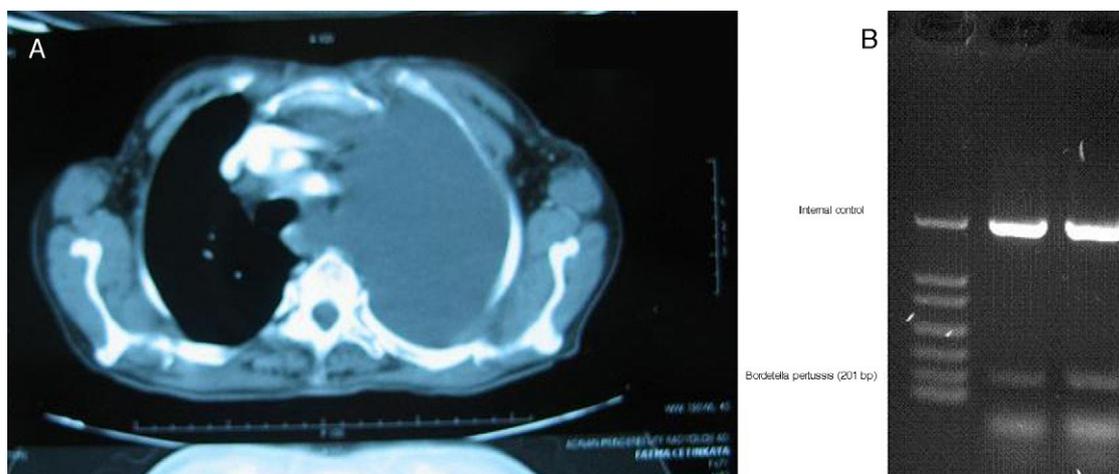


Figura 1. Derrame pleural izquierdo masivo en la TC de tórax.

mos un catéter de pequeño calibre. El nivel de proteínas fue de 35 g/l y la concentración de glucosa, de 0,3 mmol/l. No se observaron células malignas, pero en la PCR se demostró la presencia de BP. La paciente no presentó fiebre ni manifestaciones clínicas de infección, y el recuento leucocitario en sangre fue normal. Además, no hubo clínica de diarrea y los coprocultivos, urinocultivos y hemocultivos fueron repetidamente negativos. La tomografía computarizada (TC) del tórax (obtenida 2 semanas después del drenaje y el tratamiento con eritromicina, 2 mg/día) mostró unos ganglios mediastínicos agrandados. La paciente presenta un derrame pleural izquierdo residual que no ha requerido nuevos drenajes terapéuticos. Varias muestras de aspiración han continuado siendo estériles en el cultivo.

Varias especies de BP se han asociado a una enfermedad respiratoria en el ser humano. BP puede darse con más frecuencia y tener manifestaciones clínicas más diversas en los pacientes pediátricos. En adolescentes y adultos es frecuente que la tos ferina pase desapercibida, ya que la única manifestación clínica puede ser una tos persistente y poco característica. La neumonía es la complicación más frecuente. El cultivo y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) son útiles para establecer el diagnóstico si puede obtenerse una muestra en una fase temprana de la enfermedad³. La PCR para la tos ferina se ha utilizado ampliamente desde 2001, sobre todo en los lactantes. El aumento de casos descritos se debe en gran parte a la infección en adolescentes y adultos, y la pérdida de la inmunidad desempeña un papel importante en ello. Aunque ninguno de los pacientes presentaba una inmunodepresión en el sentido convencional (VIH, trastornos hematológicos o tratamiento inmunosupresor), todos eran personas de edad avanzada que tenían problemas pulmonares subyacentes junto con otros trastornos médicos, y todos pertenecían a una población de pacientes habitualmente vulnerables a las infecciones oportunistas. Todos los pacientes presentaban signos y síntomas clínicamente compatibles con síndromes respiratorios causados por BP, y todos respondieron al tratamiento⁴.

No hubo ningún caso similar al nuestro. Se ha descrito un caso de derrame pleural causado por *B. bronchiseptica* en un paciente con sida⁵. En la ciudad de Aydin, en 2010 se detectó una epidemia de BP². Creemos que nuestro caso podría haber tenido su origen en esta epidemia. Los derrames pleurales o empiemas con infección por BP son extremadamente infrecuentes.

En nuestra paciente no hubo ningún signo diagnóstico indicativo de una infección activa. Presumiblemente, el empiema fue autolimitado. Una PCR positiva puede ser determinante en el diagnóstico del empiema limitado y las infecciones latentes similares. Presentamos un caso muy infrecuente de una paciente con carcinoma de pulmón no microcítico y derrame pleural unilateral que presentó infección por BP.

Bibliografía

1. Mattoo S, Cherry JD. Molecular pathogenesis, epidemiology, and clinical manifestations of respiratory infections due to *Bordetella pertussis* and *Bordetella* subspecies. *Clin Microbiol Rev*. 2005;18:326-82.
2. Telli M, Eyigor M, Okulu Y, Aydin N. Positive for *Bordetella pertussis* in pediatric age group nasopharyngeal samples. *Turkish Microbiology Congress book*, Girne, Cyprus. 2010;314:7-11.
3. Leung AK, Robson WL, Davies HD. Pertussis in adolescents. *Adv Ther*. 2007;24:353-61.
4. Harrington AT, Castellanos JA, Ziedalski TM, Clarridge 3rd JE, Cookson BT. Isolation of *Bordetella avium* and novel *Bordetella* strain from patients with respiratory disease. *Emerg Infect Dis*. 2009;15:72-4.
5. Viejo G, de la Iglesia P, Otero L, Blanco MI, Gomez B, De Miguel D, et al. *Bordetella bronchiseptica* pleural infection in a patient with AIDS. *Scand J Infect Dis*. 2002;34:628-9.

Ekrem Senturk*, Serdar Sen y Murat Telli

Thoracic Surgery, School of Medicine, Adnan Menderes University, Aydin, Turquía

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ekremsenturk@hotmail.com (E. Senturk).

doi:10.1016/j.arbres.2012.02.015