

Cartas al Director

Antracoestenosis con exposición a humo de biomasa y presencia de *Mycobacterium tuberculosis****Anthracoostenosis Associated with Exposure to Biomass Smoke and Presence of *Mycobacterium tuberculosis****

Sr. Director:

Recientemente se publicó en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA una nota clínica de Gómez-Seco et al.¹ en la que se daba a conocer la presencia de una entidad desconocida hasta el momento en nuestro entorno: la antracoestenosis o antracofibrosis. En esta carta se describe un nuevo caso clínico en España con particularidades respecto a los otros tres previamente citados.

Mujer del medio rural de 66 años, no fumadora, sin antecedentes conocidos de tuberculosis ni de exposición al carbón aunque había estado inhalando humo de la combustión de madera a lo largo de toda su vida, diagnosticada previamente de síndrome del lóbulo medio, a la que en 2002 se le realizó una lobectomía del lóbulo medio por infecciones neumónicas de repetición.

Fue derivada a nuestro servicio en 2011 ante tos seca crónica, apreciándose en la radiografía de tórax un engrosamiento hilar derecho y atelectasia-condensación parcial del bronquio segmentario anterior del lóbulo superior derecho (LSD). Dichos hallazgos fueron confirmados con TC torácica, encontrándose también bronquiectasias en LSD y una adenopatía paratraqueal derecha de 2 cm (fig. 1A). Ante sospecha de carcinoma bronquial se realizó broncoscopia que mostró un muñón de lobectomía del lóbulo medio sin signos de neoformación y una extensa mancha de color negro en la entrada del bronquio del lóbulo superior izquierdo, de la que

solo se pudo biopsiar una única muestra de tejido por sangrado importante, y que contenía mucosa bronquial con macrófagos en la lámina propia y pigmento citoplasmático negro, sin datos de malignidad. El resto de los bronquios segmentarios de ambos pulmones fueron impracticables por estenosis, especialmente manifiesta en los colindantes a la mancha hacia el culmen y la llingula. En el broncoaspirado se aisló *Mycobacterium tuberculosis* resistente a isoniazida.

La paciente recibió tratamiento durante 6 meses con etambutol, piracinamida y rifampicina, tras el que se observó en la TC de control resolución parcial del infiltrado en el bronquio segmentario anterior del LSD con normalización del tamaño de la adenopatía (fig. 1B). El aspecto endoscópico no experimentó cambios a pesar del tratamiento. En nuevas muestras de broncoaspirado y lavado broncoalveolar se confirmó la erradicación del bacilo de Koch.

La antracoestenosis o antracofibrosis es una entidad descrita en 1998 por Chung et al.² diferenciada de la neumoniosis del carbón. Es más frecuente en mujeres no fumadoras con edad entre los 60 y 70 años habitantes de zonas rurales de Asia y de África subsahariana. La etiopatogenia no está completamente aclarada y se postulan varias hipótesis no excluyentes entre ellas. Las 2 principales acerca de los agentes desencadenantes son la inhalación de humos procedentes de la combustión incompleta de biomasa y la tuberculosis pulmonar (TBC)¹⁻⁴. En la primera hipótesis, aunque los movimientos ciliares eliminen la mayoría de las partículas inhaladas siempre quedan restos acumulados en puntos de subdivisión de la vía aérea en cantidad residual, lo cual activa a los macrófagos alveolares y altera la respuesta inmune celular favoreciendo infecciones³. La segunda hipótesis relaciona la antracoestenosis con la TBC: se cree que es una respuesta inmunológica exagerada a los antígenos de *M. tuberculosis*, infartándose los ganglios linfáticos en las cadenas adyacentes a los bronquios hacia los que drenarían su contenido caseoso en caso de que lleguen a romperse, generando fibrosis^{2,3}. La broncoscopia es la prueba fundamental para el diagnóstico, debiéndose observar broncoestenosis a varios niveles y parches de pigmentación antracótica en la mucosa bronquial³. Para realizar un buen diagnóstico diferencial se debe descartar el carcinoma broncogénico e ir más allá de la mera tuberculosis endobronquial (con afectación focal de un solo segmento o lóbulo y sin distribución parcheada)³.

Hasta la publicación de la serie de 3 casos de Gómez-Seco et al.¹, en abril de 2012, no se había notificado en España la existencia de pacientes con antracoestenosis. En este cuarto caso descrito en nuestro país, la particularidad se halla en la presencia conjunta de los 2 principales factores desencadenantes hipotéticos: la exposición a humo procedente de la combustión de leña y una TBC. Es importante no olvidar el hecho de que aún se emplea ampliamente el fuego de leña en los países occidentales, tanto en ambientes rurales como en entornos urbanos deprimidos, suponiendo un factor de riesgo para enfermedades respiratorias como la TBC, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la neumonía y el cáncer⁴.

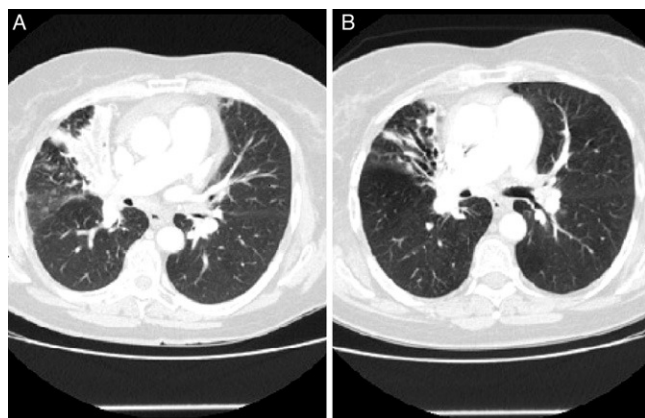


Figura 1. A) Atelectasia-condensación parcial del bronquio segmentario anterior del lóbulo superior derecho (LSD). B) En TC de control tras 6 meses de tratamiento, resolución parcial del infiltrado junto con bronquiectasias más evidentes en dicho lóbulo que al inicio del tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gómez-Seco J, Pérez-Boal I, Guerrero-González J, Sáez-Noguero F, Fernández-Navamuel I, Rodríguez-Nieto MJ. Anthracofibrosis or anthracostenosis. Arch Bronconeumol. 2012;48:133-6.
- Chung MP, Lee KS, Han J, Kim H, Rhee CH, Han YC, et al. Bronchial stenosis due to anthracofibrosis. Chest. 1998;113:344-50.
- Park HJ, Park SH, Im SA, Kim YK, Lee KY. CT differentiation of anthracofibrosis from endobronchial tuberculosis. AJR Am J Roentgenol. 2008;191:247-51.
- Gupta A, Shah A. Bronchial anthracofibrosis: an emerging pulmonary disease due to biomass fuel exposure. Int J Tuberc Lung Dis. 2011;15:602-12.

Lirios Sacristán Bou^{a,*}, Francisco Peña Blas^b
y Encarnación Fernández Robledo^a

^a Servicio de Neumología, Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Pedro Muñoz, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lirios.sacristan@yahoo.es (L. Sacristán Bou).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.07.003>

Síndrome de apnea-hipopnea del sueño y lipomatosis simétrica múltiple

Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome and Multiple Symmetrical Lipomatosis

Sr. Director:

Creemos de interés para los lectores de su revista conocer la asociación del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) con una enfermedad tan poco frecuente como es la lipomatosis simétrica múltiple (LSM), síndrome de Madelung o de Launois-Bensaude. Dicha asociación se ha descrito en diversas publicaciones en los últimos años y nosotros mismos somos testigos de esta combinación de enfermedades en uno de nuestros pacientes (fig. 1). La LSM es una enfermedad infrecuente, de etiología desconocida, que se caracteriza por la acumulación simétrica de grasa, en forma de lipomas subcutáneos no encapsulados, en distintas localizaciones, pero especialmente en el cuello y los hombros^{1,2}. Es más frecuente en varones entre la tercera y quinta décadas de la vida, asociándose frecuentemente con hábito enólico, hepatopatía crónica y neuropatía. A veces provoca síntomas por compresión de estructuras vecinas como la laringe. Se puede asociar con enfermedades metabólicas y con factores de riesgo aterogénico. Se debe diferenciar de otras enfermedades raras del tejido adiposo por sus implicaciones terapéuticas. El diagnóstico suele ser clínico, y en caso de duda puede ayudar la realización de una tomografía computarizada

(TC) o una resonancia magnética (RM). Se trata de una enfermedad progresiva con un comportamiento infiltrante. Se aconseja control dietético y abstinencia alcohólica, así como el drenaje linfático. La reducción quirúrgica de las masas de grasa es el único tratamiento que puede ser efectivo en algunos casos. La finalidad es mejorar las consecuencias estéticas y psicológicas, así como tratar la obstrucción de la vía aérea o del tracto digestivo, si es necesario.

Se han descrito muy pocos casos de LSM asociada con el SAHS²⁻⁶. La presencia de grandes depósitos grasos a nivel cervical contribuiría al estrechamiento de la vía aérea superior y podría interferir en el funcionamiento normal de los músculos faríngeos durante el sueño, favoreciendo la aparición de SAHS. La asociación frecuente de enoismo y obesidad aumentaría asimismo el riesgo de presentar SAHS. El diagnóstico y tratamiento del SAHS en pacientes con LSM es especialmente importante por el riesgo aumentado de sufrir enfermedades cardiovasculares y metabólicas, cuando se asocian ambas enfermedades. Aunque hay casos publicados en que ha mejorado el SAHS después del tratamiento quirúrgico de la LSM, teniendo en cuenta la escasa eficacia a largo plazo de esta opción terapéutica y el éxito del tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en pacientes con LSM que presentan SAHS, parece razonable indicar la CPAP como tratamiento de elección, así como las medidas higiénico-dietéticas habituales, siempre y cuando no esté indicada la cirugía por otro motivo.

En conclusión, es necesario, en pacientes diagnosticados de LSM, un gran índice de sospecha de SAHS si hay sintomatología indicativa, así como ofrecer tratamiento con CPAP, dados los buenos resultados conseguidos hasta ahora en los casos publicados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Debén Sánchez M, Veloso Rosendo M, Pérez Álvarez C, Pita Caaveiro L. Multiple symmetrical lipomatosis: report of two different clinical types and review of the literature. An Med Interna. 2003;20:243-6.
- Harsch IA, Schahin SP, Fuchs FS, Hahn EG, Lohmann T, Konturek PC, et al. Insulin resistance, hyperleptinemia, and obstructive sleep apnea in Launois-Bensaude syndrome. Obes Res. 2002;10:625-32.
- Mégevand C, Savoy J, Boudrama A, Meier D. Madelung disease and obstructive sleep apnea syndrome: a propos of a case. Schweiz Med Wochenschr Suppl. 2000;116:S123-6.
- Jalladeau E, Crestani B, Laissy JP, Vecchierini MF. A case of obstructive sleep apnea syndrome: unusual comorbidity. Clin Respir J. 2008;2:239-41.
- Oliveira Fonseca VA, Alves C, Marques H, Camacho E, Pinto Saraiva A. Madelung's disease as a rare cause of obstructive sleep apnea. J Bras Pneumol. 2009;35:1053-6.

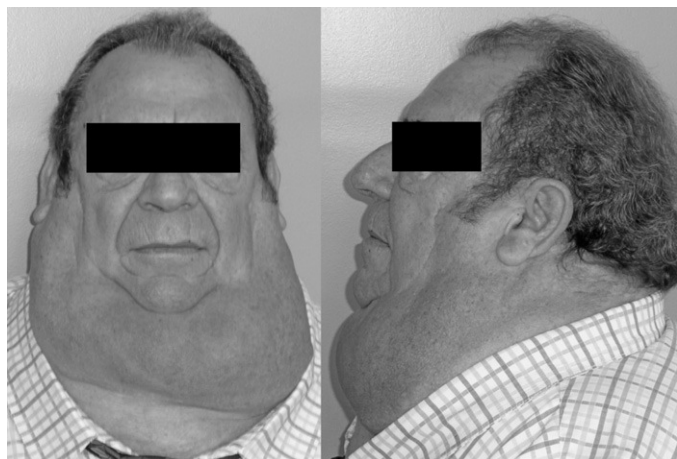


Figura 1. Acumulación simétrica de tejido graso en el cuello de un paciente diagnosticado de lipomatosis simétrica múltiple.