

Tuberculosis endobronquial como simulador de cáncer de pulmón

Endobronchial Tuberculosis Simulating Lung Cancer

Sr. Director:

La tuberculosis (TBC) mantiene aún hoy una incidencia anual en España de 18,2/100.000 habitantes¹. Presentamos aquí un caso de TBC endobronquial con afectación ganglionar y cutánea, una forma poco habitual en nuestro medio.

Una mujer de 45 años residente en India hasta hacía 8 meses consultó por un cuadro de 3 meses de evolución de fiebre diaria hasta 38 °C, anorexia, pérdida de peso, tos seca y disnea, sin mejoría tras 7 días de tratamiento con amoxicilina-clavulánico. A la exploración tenía buen estado general; solo destacaban 2 nódulos subcutáneos de 1 cm en el hipocondrio izquierdo, móviles, de consistencia gomosa, algo dolorosos y sin signos inflamatorios, con otro similar en la mano izquierda. En la analítica se detectó anemia, leucocitosis y trombocitosis. La radiografía de tórax mostró una masa en el mediastino anterior, que en la tomografía axial computarizada (TAC) se informó como «masa en lóbulo superior izquierdo y región hiliar ipsilateral, con infiltración de mediastino anterior, que estenosa la luz bronquial; adenopatías subcarinales y paratraqueales ipsilaterales, junto con múltiples nódulos independientes en pulmón izquierdo, implantes pleurales y nódulos subcutáneos abdominales». En la broncoscopia la mucosa estaba inflamada, con implantes de aspecto tumoral y estenosis bronquial izquierda. En las biopsias se descartó malignidad, pero tanto en las bronquiales como en la de uno de los nódulos abdominales se observaron granulomas no necrosantes. Con cultivos inicialmente negativos,

creció después un *Mycobacterium tuberculosis* multisensible en esputo, por lo que se diagnosticó de TBC diseminada con afectación endobronquial de tipo tumoral y cutánea. La paciente mejoró rápidamente con tuberculostáticos y corticoides. La broncoscopia fue normal a los 6 meses, mientras que la TAC solo mostraba engrosamiento residual de partes blandas (fig. 1).

La TBC endobronquial aparece en el 5-40% de las TBC pulmonares activas, aunque está infradiagnosticada^{2,3}. Se origina por implante directo desde una cavidad, foco tuberculoso o ganglio mediastínico adyacente, o por diseminación linfática o hematogena^{3,4}. Sus síntomas son: tos (71-100%), fiebre (50%), pérdida de peso (30%), hemoptisis (18-25%), disnea, dolor torácico y anorexia^{2,4,5}. Tanto la duración de los síntomas como la evolución de la enfermedad son variables, desde la resolución completa hasta la aparición de bronquiectasias, obstrucciones bronquiales o atelectasias. La prueba microbiológica más rentable es el lavado bronquioalveolar, por encima del esputo²⁻⁵. La radiografía puede mostrar infiltrados alveolares (35-43%), nódulos (25%), lesiones cavitadas (12%), derrame pleural (9%) o engrosamiento hiliar (7%), aunque puede ser normal en un 10-20%^{2,3}. La TAC es útil para valorar la extensión, el grado de obstrucción bronquial y la evolución, y puede sustituir a la broncoscopia en el seguimiento⁴, aunque esta es de elección en el diagnóstico.

Chung y Lee³ la clasifican en 7 subtipos: *caseificante* (12-43%), *edematoso-hiperémica* (14-44%), *fibroestenótica* (6-10,5%), *tumoral* (10,5-30%)³⁻⁵, *granular*, *ulcerativa* y *tipo bronquitis inespecífica*; las 4 primeras con peor pronóstico, pues asocian estenosis bronquial³. Parecen representar diferentes estadios de la misma enfermedad, comenzando con lesiones inflamatorias y granulomas submucosos que evolucionan a masas, fibrosis y estenosis de la vía aérea^{4,5}. El subtipo tumoral tiene masas endobronquiales, superficie hemorrá-

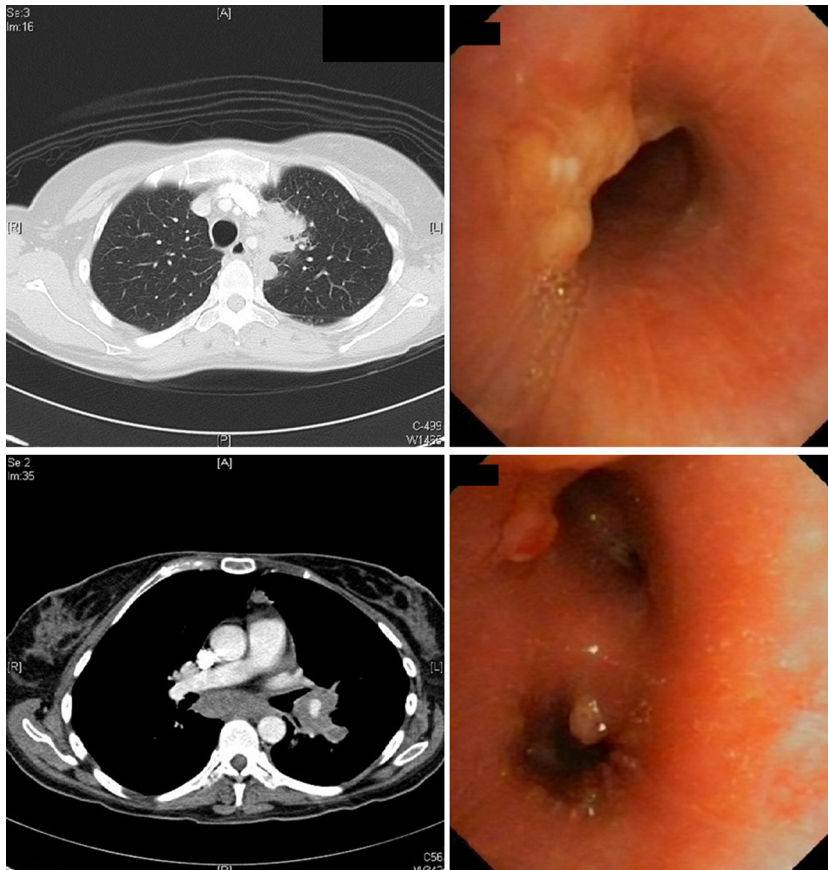


Figura 1. Imágenes de TAC y broncoscopia antes del tratamiento.

gica y cubierta necrótica, simulando un carcinoma epidermoide. Son factores de riesgo para la estenosis bronquial residual: edad superior a 45 años, tipo fibroestenótico y diagnóstico tardío^{2,5}; su tratamiento incluye dilatación endoscópica, resección mecánica o endoprótesis, además de los corticoides, que parecen efectivos en las fases iniciales y en las formas caseificante/tumoral⁴, motivo por el cual fueron utilizadas en nuestra paciente, en quien se consiguió la resolución *ad integrum*.

La presencia de fiebre y lesiones endobronquiales o masa pulmonar obliga a descartar TBC, especialmente en inmigrantes en los primeros años tras su llegada.

Bibliografía

1. Informe sobre la situación de la tuberculosis. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. España, 2007. Centro Nacional de Epidemiología. 18 de marzo de 2009 [consultado 18 Oct 2011]. Disponible en: http://genmico.unizar.es/PDF/TB.informe%202007_CNE.pdf

2. Ip MS, So SY, Lam WK, Mok CK. Endobronchial tuberculosis revisited. *Chest*. 1986;89:727-30.
3. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest*. 2000;117:385-92.
4. Yanardag H, Tetikkurt C, Tetikkurt S, Demirci S, Karayel T. Computed tomography and bronchoscopy in endobronchial tuberculosis. *Can Respir J*. 2003;10:445-8.
5. Um SW, Yoon YS, Lee SM, Yim JJ, Yoo CG, Chung HS, et al. Predictors of persistent airway stenosis in patients with endobronchial tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11:57-62.

Julen Cadiñanos Loidi, Daniel Abad Pérez* y Rosa de Miguel Buckley

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danielabadperez@hotmail.com (D. Abad Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.07.003>

Agudización grave de asma en una unidad de cuidados respiratorios intermedios: ¿realidad o controversia?

Severe Asthma Exacerbation in an Intermediate Respiratory Care Unit: Fact or Controversy?

Sr. Director:

El desarrollo de unidades de cuidados respiratorios intermedios (UCRI) ha permitido atender más adecuadamente a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) de diversa etiología¹. Las UCRI son beneficiosas para pacientes que requieren ventilación mecánica no invasiva (VMNI). En el caso de agudizaciones graves de asma (AGA) sabemos que existe controversia sobre el uso de VMNI².

Hemos leído con interés el estudio original de Núñez et al.³ donde se analiza la evolución de pacientes con AGA en una UCRI. Esta notoria contribución pone de relieve la importancia de estas unidades. No obstante, en nuestra opinión, hay aspectos del estudio que deben matizarse:

A. En cuanto a la selección de pacientes, se desconoce la fecha de diagnóstico, la reversibilidad de la obstrucción bronquial, la historia familiar u otras características que apoyen el diagnóstico. Entre los pacientes ingresados en la UCRI con AGA, el 37% son fumadores activos o exfumadores. Y en lo que respecta a los 10 pacientes sometidos a VMNI, 5 de ellos son obesos, y 3, cifoescolioticos.

Cabe por tanto preguntarse: ¿cuántos pacientes tienen asma? ¿Cuántos EPOC y no asma? Incluso en pacientes con EPOC y neumonía —hallazgo más frecuente en pacientes de la UCRI—, la VMNI podría ser eficaz. A su vez, nos preguntamos si los pacientes con cifoescoliosis y obesidad podrían ser hipoventiladores crónicos y haberse beneficiado de VMNI.

B. En relación con la definición de AGA, según el documento GINA, los pacientes con crisis asmática grave pueden presentar un *peak flow* < 60% del máximo conocido o teórico, o bien < 100 l/min, y/o una PaO₂ < 60 mmHg⁴. El *peak flow* medio en los pacientes de la UCRI es sustancialmente mayor, por lo que la limitación al flujo aéreo podría no ser el factor más influyente en el deterioro gasométrico. También se desconocen datos sobre la exploración física de los pacientes —estado de alerta, uso de musculatura accesoria, frecuencia respiratoria, cardíaca...— sugeridos por el documento GINA.

En cuanto a la indicación de ingreso en la UCRI, sería de interés conocer las recomendaciones de los autores. ¿Podrían los pacientes

con AGA beneficiarse de monitorización en la UCRI, independientemente de la aplicación de VMNI? Creemos que la respuesta es afirmativa si se cumplen las recomendaciones previamente formuladas, garantizando la atención rápida en caso necesario⁵.

Por otro lado, este estudio no permite extraer conclusiones sobre el efecto de la VMNI en pacientes con AGA, aunque reconocemos que no es el objetivo del mismo. Los estudios sobre VMNI en AGA han sido realizados en servicios de urgencias. La aplicación de VMNI se ha asociado con mejoría de la función pulmonar y de la mecánica respiratoria, aunque sin cambios en la tasa de ingresos o intubación. En futuros estudios se deben incluir estos objetivos y utilizar criterios de selección y metodología adecuados —modo y parámetros de ventilación, tipo de interfase, horas de ventilación, metodología de la aerosolterapia, etc.—².

Con respecto a los aspectos económicos, coincidimos con que las UCRI son coste-efectivas, pero una vez más, la metodología de este estudio limita sus conclusiones.

Bibliografía

1. Scala R. Respiratory High-Dependency Care Units for the burden of acute respiratory failure. *Eur J Intern Med*. 2012;23:302-8.
2. Lim WJ, Mohammed Akram R, Carson KV, Mysore S, Labiszewski NA, Wedzicha JA, et al. Non-invasive positive pressure ventilation for treatment of respiratory failure due to severe acute exacerbations of asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD004360. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004360.pub4>
3. Núñez B, Fiorentino F, Kersul A, Belda S, García S, Gutiérrez C, et al. Characteristics of asthma patients admitted to an intermediate respiratory care unit. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:146-50.
4. Global initiative for asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop report. Updated 2012. Ref Type: Data File.
5. Torres A, Ferrer M, Blanquer JB, Calle M, Casolívé V, Echave JM, et al. Intermediate respiratory intensive care units: definitions and characteristics. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:505-12.

Javier Navarro Esteva^{a,*} y Antonio M. Esquinas Rodríguez^b

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jnesteva7@hotmail.com (J. Navarro Esteva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.06.005>