

Conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses y no haber recibido financiación con relación a este artículo.

Bibliografía

1. Plenat F, Vert P, Didier F, Andre M. Pulmonary interstitial emphysema. *Clin Perinatol.* 1978;5:351-75.
2. Bawa P, Soontarapornchai K, Perenyi A, Goldfisher R, Amodio J. Development of localized pulmonary interstitial emphysema in a late preterm infant without mechanical ventilation. *Case Rep Pediatr.* 2014;2014:429797.
3. Barcia SM, Kukreja J, Jones KD. Pulmonary interstitial emphysema in adults: A clinicopathologic study of 53 lung explants. *Am J Surg Pathol.* 2014;38:339-45.
4. Sherren PB, Jovaisa T. Pulmonary interstitial emphysema presenting in a woman on the intensive care unit: Case report and review of literature. *J Med Case Rep.* 2011;5:236.

5. Manço JC, Terra-Filho J, Silva GA. Pneumomediastinum, pneumothorax and subcutaneous emphysema following the measurement of maximal expiratory pressure in a normal subject. *Chest.* 1990;98:1530-2.

Gaetano Rea^{a,*}, Gianfranco Scotto di Frega^b y Giuseppe Fiorentino^b

^a Department of Radiology, Monaldi Hospital, Nápoles, Italia

^b Department of Cardiorespiratory Disease and Rehabilitation, Second University of Naples (SUN), Monaldi Hospital, Nápoles, Italia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gaetano.rea71@gmail.com (G. Rea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.04.006>

Aspergilosis pulmonar nodular, ¿todavía supone un desafío?



Pulmonary Aspergillus Nodule – Still Challenging?

Sr. Director:

En raras ocasiones, las infecciones fúngicas pueden asemejarse al cáncer de pulmón¹. A pesar de que la cirugía puede estar indicada en ambos casos, es fundamental hacer un diagnóstico diferencial antes de la intervención quirúrgica, debido a las diferencias que existen en el pronóstico y el abordaje terapéutico de estas enfermedades y a que las pruebas de imagen, por sí solas, no permiten descartar otras entidades. Los autores describen el caso de una paciente que presentaba un nódulo pulmonar solitario indicativo de malignidad, que resultó ser una aspergilosis y se trató con fármacos antifúngicos.

Una mujer sana de 63 años presentaba hemoptisis recurrente de 3 meses de evolución. La TAC reveló un nódulo espiculado (27 mm) en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo (fig. 1A) y

pequeñas bronquiectasias cilíndricas en el lóbulo medio del pulmón derecho. La broncoscopia fue normal, la citología y los cultivos del líquido del lavado bronquial fueron negativos y la arteriografía bronquial no mostró cambios. La biopsia por aspiración transtorácica (BAT) reveló unas estructuras fúngicas, que se identificaron como *Aspergillus fumigatus* (AF) (fig. 1E). Las serologías de AF y VIH-1 y 2 fueron negativas y las poblaciones linfocitarias y las concentraciones de inmunoglobulinas séricas resultaron normales. Se inició tratamiento con voriconazol (200 mg, 2 veces al día), pero se suspendió unos 2 meses más tarde porque se detectó toxicidad hepática en la paciente. La TAC practicada en aquel momento (fig. 1B) mostró una reducción del tamaño del nódulo (17 mm). Tras la resolución de la toxicidad hepática (al cabo de un mes), la paciente inició tratamiento antifúngico con itraconazol (200 mg, 2 veces al día). Dos meses más tarde, el nódulo había aumentado de tamaño (27 mm) y se había cavitado (fig. 1C). La repetición de la broncoscopia con lavado broncoalveolar y la BAT no aportaron más información. El voriconazol se reintrodujo gradualmente y, cinco meses más tarde, la TAC solamente mostraba cambios fibróticos (fig. 1D), pero las enzimas hepáticas habían aumentado de nuevo y

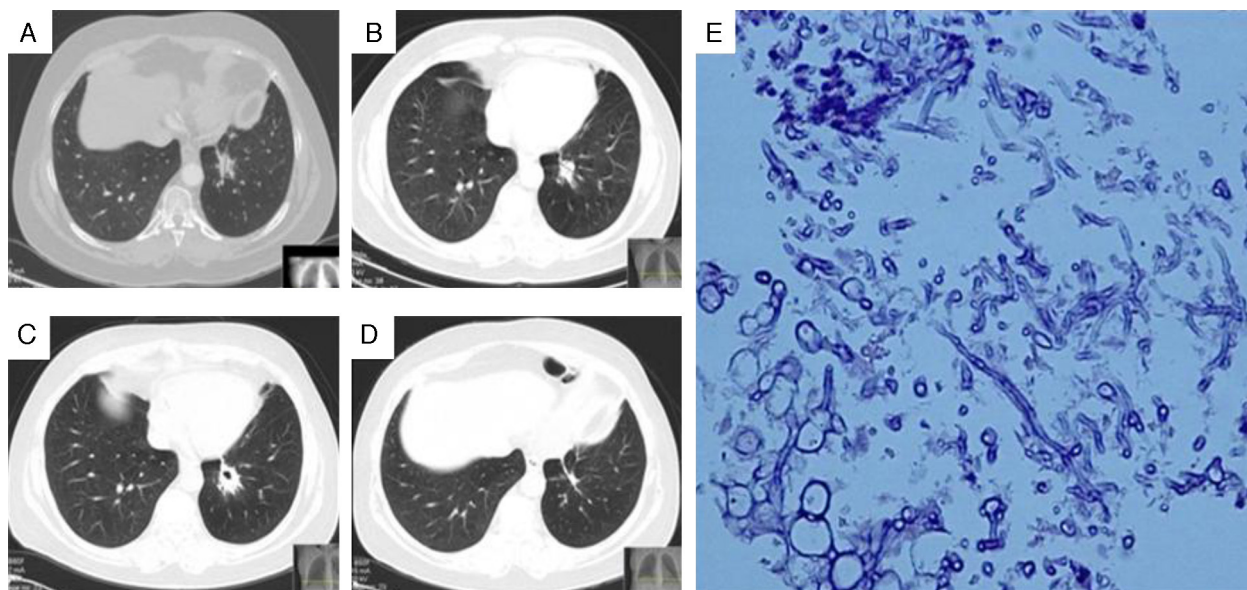


Figura 1. A) TAC torácico durante el diagnóstico, que muestra un nódulo en el lóbulo inferior izquierdo; B) TAC torácico 2 meses después de iniciar tratamiento con voriconazol, que muestra la reducción del tamaño del nódulo; C) TAC torácico durante el tratamiento con itraconazol, que revela el crecimiento y la cavitación del nódulo. D) TAC torácico practicada 7 meses después del tratamiento con voriconazol, que muestra cambios fibróticos residuales. E) Biopsia del nódulo, que muestra infiltración de células mononucleares y estructuras fúngicas identificadas como *Aspergillus fumigatus*.

el tratamiento con voriconazol se suspendió. Al cabo de 12 meses, la paciente está asintomática y las imágenes no han variado.

La aspergilosis pulmonar crónica (APC) suele afectar a pacientes con enfermedades pulmonares crónicas subyacentes o inmunosupresión leve². Los nódulos de *Aspergillus* son una forma poco habitual de APC y es posible que no muestren las características radiológicas típicas de la aspergilosis invasiva (halo y signos crecientes). El diagnóstico se establece si se demuestra la invasión del parénquima pulmonar por las típicas hifas septadas de *Aspergillus* y el crecimiento de estas hifas en cultivo. Sin embargo, la confirmación histológica no siempre es posible, y el diagnóstico se fundamenta en la combinación de los hallazgos clínicos, radiológicos, microbiológicos e inmunológicos^{2,3}. Los azoles constituyen el tratamiento fundamental de la APC⁴. Nuestra paciente mostró progresión de la enfermedad durante el tratamiento con itraconazol, lo que podría haber sido consecuencia de la suspensión temporal del tratamiento o de una resistencia a dicho fármaco. Se ha notificado resistencia natural de cepas de *Aspergillus* a azoles en pacientes previamente no tratados con este tipo de fármacos⁵. La progresión de la enfermedad también la podrían haber causado concentraciones séricas subterapéuticas de itraconazol durante el tratamiento, pero la paciente recibió la dosis más alta recomendada. El tratamiento quirúrgico es controvertido, puesto que se asocia a importantes complicaciones postoperatorias y a la recurrencia de la infección, incluso a distancia, y debería reservarse para pacientes seleccionados^{2,3}. En este caso, la cirugía no parecía ser el mejor abordaje terapéutico, pues la paciente presentaba bronquiectasias en el pulmón contralateral, que pueden estar relacionadas con una colonización por hongos⁶, pero se podría haber valorado si la respuesta al tratamiento médico no hubiese sido satisfactoria. A pesar de que no se constató que la paciente estuviese inmunosuprimida, no pueden excluirse deficiencias inmunológicas todavía

no tipificadas⁷. Por consiguiente, a pesar de que el tratamiento médico parece tener claras ventajas en estos casos si el paciente lo tolera bien, los resultados a largo plazo son desconocidos.

Bibliografía

- Guimaraes MD, Marchiori E, de Souza Portes Meirelles G, Hochegger B, Santana PR, Gross JL, et al. Fungal infection mimicking pulmonary malignancy: Clinical and radiological characteristics. *Lung*. 2013;191:655-62.
- Godet C, Philippe B, Laurent F, Cadranet J. Chronic pulmonary aspergillosis: An update on diagnosis and treatment. *Respiration*. 2014;88:162-74.
- Kousha M, Tadi R, Soubani AO. Pulmonary aspergillosis: A clinical review. *Eur Respir Rev*. 2011;20:156-74.
- Limper AH, Knox KS, Sarosi GA, Ampel NM, Bennett JE, Catanzaro A, et al., American Thoracic Society Fungal Working Group. An official American Thoracic Society statement: Treatment of fungal infections in adult pulmonary and critical care patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;183:96-128.
- Chowdhary A, Kathuria S, Xu J, Meis JF. Emergence of azole-resistant *aspergillus fumigatus* strains due to agricultural azole use creates an increasing threat to human health. *PLoS Pathog*. 2013;9:e1003633.
- King PT, Holdsworth SR, Freezer NJ, Villanueva E, Holmes PW. Microbiologic follow-up study in adult bronchiectasis. *Respir Med*. 2007;101:1633-8.
- Chai LY, Kullberg BJ, Vonk AG, Warris A, Cambi A, Latge JP, et al. Modulation of Toll-like receptor 2 (TLR2) and TLR4 responses by *Aspergillus fumigatus*. *Infect Immun*. 2009;77:2184-92.

Hans Dabó*, Anabela Marinho e Isabel Gomes

Department of Pulmonary Medicine, Centro Hospitalar de São João EPE Alameda Prof. Hernâni Monteiro, Oporto, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hansdabo@yahoo.com.br (H. Dabó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.04.007>

Tos psicógena: una rara causa de la tos crónica



Psychogenic Cough: A Rare Cause of Chronic Cough

Sr. Director:

La tos psicógena es una rara causa de tos crónica en personas adultas. Se suele describir como una tos que persiste, perturba las actividades cotidianas y causa morbilidad a largo plazo. En contraposición con la tos de origen orgánico, en la tos psicógena no se observan indicios clínicos ni analíticos de enfermedad^{1,2}.

Procurar un diagnóstico precoz reduciría la morbilidad y preveniría la cronificación de los síntomas y la práctica de procedimientos y tratamientos innecesarios².

Describimos el caso de una mujer de 45 años de edad, de raza blanca, no fumadora, habitualmente no medicada y sin alergias conocidas. La paciente consultó a su médico de familia por presentar accesos de tos persistente de 9 semanas de evolución.

La tos había comenzado tras una infección de las vías respiratorias altas, que se trató con un antibiótico (amoxicilina/ácido clavulánico) y un antihistamínico (hidroxizina), y persistió después de este episodio infeccioso. La paciente la describió como una tos violenta, no productiva, que aparecía cada pocos minutos y le alteraba el habla, el trabajo y las actividades cotidianas pero no el sueño, pues de noche no tosía.

La exploración física, que incluyó un examen de oídos, nariz y garganta, fue normal y no se detectaron tics motores perceptibles.

Las exploraciones complementarias comprendieron radiografías de tórax y de senos, pruebas de hipersensibilidad cutánea, una espirometría con prueba de provocación bronquial, una

ecografía de tiroides y un TAC torácico, y no revelaron ninguna causa orgánica.

El tratamiento farmacológico con un antihistamínico/descongestionante (seudofedrina + triprolidina), un corticoesteroide inhalado (budesonida) y un broncodilatador (salbutamol) fracasó. También se probó un tratamiento de supresión ácida (omeprazol), medicación procinética (metoclopramida) y modificación de la dieta, que resultó igualmente ineficaz.

La paciente acudió a consultas programadas regulares, durante las cuales refirió que presentaba síntomas depresivos. Relacionaba los síntomas con un problema laboral que había comenzado 2 meses antes del comienzo de los accesos de tos, tras un cambio a un nuevo puesto de trabajo. Percibimos que la paciente tosía siempre, excepto cuando hablaba de su problema laboral. Esta observación, junto con los resultados negativos de las exploraciones, la falta de respuesta al tratamiento y las características clínicas de la tos, nos hicieron sospechar una etiología psicógena.

Se estableció un plan de psicoterapia cognitiva semanal y se inició un tratamiento antidepresivo (sertralina). Cinco semanas más tarde, la tos había desaparecido y los síntomas depresivos habían disminuido. La paciente no refirió recidivas en los 9 meses subsiguientes.

Ante un paciente adulto con tos crónica, siempre se debería intentar establecer un diagnóstico claro, y considerar tanto las enfermedades frecuentes como las más raras³.

Las publicaciones relativas a abordajes diagnósticos son escasas^{1,4}. Sin embargo, si a pesar de una evaluación en profundidad y tratamiento de la tos no es posible reconocer un origen