

Imagen clínica

Traqueobronquitis pseudomembranosa y ulcerativa causada por *Aspergillus fumigatus*



Ulcerative pseudomembranous tracheobronchitis caused by *Aspergillus fumigatus*

Miguel Ariza-Prota^{a,*}, Arturo Morales-Soto^b y Antoni Rosell-Grataços^c

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Departamento de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^c Unidad de Broncoscopia, Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Varón de 71 años de edad con antecedentes de adenocarcinoma pulmonar diagnosticado y tratado en el año 2006 con QT y RT concomitante, consultó en febrero de 2015 por infecciones respiratorias de repetición. La TC toracoabdominal (fig. 1A) demostró

una estenosis del bronquio principal izquierdo. La broncoscopia flexible mostró: a) lesión ulcerativa para-traqueal inferior izquierda cubierta de secreción mucopurulenta (fig. 1B), y b) mucosa pseudomembranosa en el tercio distal de la tráquea y BPI (fig. 1C). Se realizó

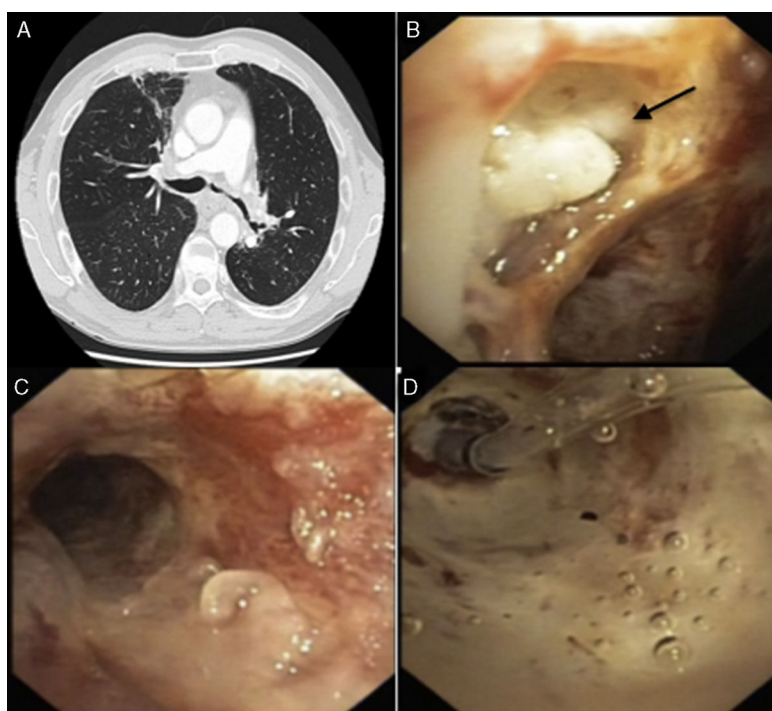


Figura 1. A) Pérdida de volumen del hemitórax izquierdo con estenosis del bronquio principal izquierdo y bronquiectasias en el segmento apical del LSD. B) Lesión ulcerativa para-traqueal inferior izquierda cubierta por secreción mucopurulenta (flecha). C) Mucosa pseudomembranosa en el tercio distal de la tráquea y BPI. D) Dilatación con catéter balón de la estenosis del BPI.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arizamiguel@hotmail.com (M. Ariza-Prota).

dilatación efectiva con catéter balón (CRE™ Pulmonary; Boston Scientific) del BPI (fig. 1D). Se realizó un aspirado traqueobronquial en el bronquio principal izquierdo y se tomaron biopsias endobronquiales de las lesiones ulcerativas descritas. La biopsia reveló la presencia de hifas bifurcadas en ángulos de 45° con tinción positiva por el método histoquímico de Grocott confirmando el diagnóstico de *Aspergillus fumigatus*. El cultivo del aspirado traqueobronquial fue positivo para *Aspergillus fumigatus*.

Se inició tratamiento con anfotericina B liposomal inhalada (25 mg 2 veces por semana) hasta completar 2 meses en este régimen (primera fase). Actualmente el paciente se encuentra estable desde el punto de vista respiratorio, pendiente del próximo control endoscópico y revaloración del tratamiento.

La forma pseudomembranosa de la aspergilosis traqueobronquial invasiva se caracteriza por una extensa afectación de las vías aéreas inferiores, con desprendimiento de epitelio necrótico que junto

con el moco endobronquial forman las pseudomembranas que recubren la superficie de la mucosa¹. El diagnóstico debe basarse en las manifestaciones clínicas, pruebas de imagen, broncoscopia, examen patológico y cultivo e identificación del hongo². Esta variante ocurre principalmente en pacientes inmunodeprimidos como son los pacientes trasplantados de pulmón y pacientes VIH, neoplasias hematológicas y no hematológicas, y pacientes con EPOC³.

Bibliografía

1. Tasci S, Glasmacher A, Lentini S, Tschubel K, Ewig S, Molitor E, et al. Pseudomembranous and obstructive *Aspergillus tracheobronchitis*: Optimal diagnostic strategy and outcome. *Mycoses*. 2006;49:37–42.
2. Wheat LJ. Rapid diagnosis of invasive aspergillosis by antigen detection. *Transpl Infect Dis*. 2003;5:158–66.
3. Kemper CA, Hostetler JS, Follansbee SE, Ruane P, Covington D, Leong SS, et al. Ulcerative and plaque-like tracheobronchitis due to infection with *Aspergillus* in patients with AIDS. *Clin Infect Dis*. 1993;17:344–52.