

Colocación de una prótesis endobronquial como tratamiento alternativo en una paciente candidata a trasplante pulmonar

Sr. Director: Las indicaciones de trasplante pulmonar se han ido ampliando progresivamente, abarcando las más diversas alteraciones causantes de enfermedad pulmonar terminal¹. De la misma manera han ido reduciéndose las contraindicaciones quirúrgicas. A pesar de ello, no hay que olvidar que el trasplante pulmonar continúa siendo una última alternativa terapéutica, por lo que debe individualizarse cada caso sin excluir *a priori* otras alternativas. Describimos por su particularidad el caso de una paciente con afectación pulmonar grave secundaria a una tuberculosis pulmonar residual, remitida para valoración de indicación de trasplante pulmonar.

Mujer de 33 años de edad que es remitida a nuestro centro para valoración de indicación de trasplante pulmonar, diagnosticada de tuberculosis pulmonar 17 años antes y tratada con triple asociación según pauta clásica. No era fumadora y el estadio funcional para la disnea era II-III/IV. Refería episodios frecuentes de disnea sibilante casi siempre en relación con sobreinfecciones respiratorias, deambulación o degluciones rápidas. No tenía criterios de oxigenoterapia hasta la actualidad. En la exploración física destacaba la práctica abolición de función en el hemitórax izquierdo y la percepción de sibilantes aislados en el hemitórax derecho a la auscultación pulmonar. El resto de la exploración, así como los parámetros hematológicos y bioquímicos séricos, fueron anodinos. La radiografía de tórax convencional (fig. 1a) y la tomografía de alta resolución evidenciaron una pérdida de volumen en el hemitórax izquierdo, con desplazamiento mediastínico y bullas en el lóbulo inferior, con elevación del hemidiafragma correspondiente, así como múltiples calcificaciones pleurales bilaterales y granulomas calcificados en el hemitórax derecho. La exploración funcional respiratoria puso de manifiesto una alteración ventilatoria mixta (obstructiva y restrictiva) grave (capacidad vital forzada, 49%; volumen espirado máximo en el primer segundo, 22%; relación del flujo espiratorio forzado/flujo inspiratorio forzado al 50% de la capacidad vital forzada, 0,33), con una morfología del bucle flujo-volumen indicativa de obstrucción variable intratorácica² (fig. 1b). La gasometría arterial (FiO₂ 0,21) fue: PaO₂ 94 torr; PaCO₂ 38 torr; pH 7,47. La gammagrafía de ventilación demostró una ausencia de la misma en el pulmón izquierdo, encontrándose conservada en el derecho. La fibrobroncoscopia confirmó la estenosis del bronquio principal derecho por distorsión que, no obstante, permitía el paso del fibrobroncoscopio. Como exploración complementaria se efectuó una videorradiología esofágica, apreciándose una incoordinación de los movimientos deglutorios de deglución fraccionada, así como desplazamiento del esófago hasta la izquierda. Con el diagnóstico de estenosis de bronquio princi-

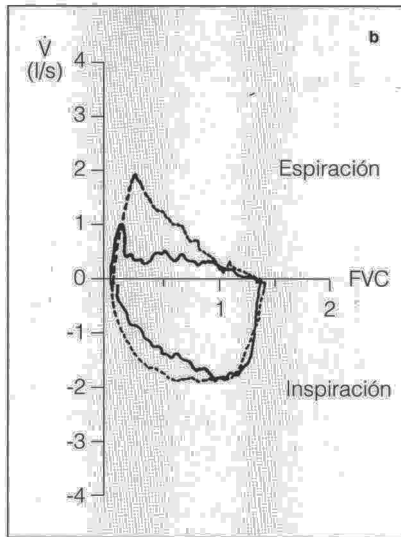
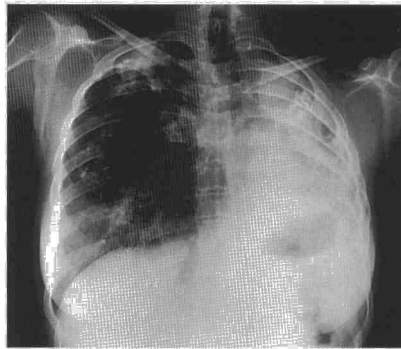


Fig. 1. a) Radiografía de tórax en la que se observa la pérdida de volumen en hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico y bullas en lóbulo inferior con elevación del hemidiafragma correspondiente; **b)** imágenes de los bucles flujo-volumen obtenidas antes y después de la colocación de una prótesis endobronquial. La curva superior, de trazo continuo, obtenida durante una maniobra de espiración forzada, demuestra una morfología típica de obstrucción variable intratorácica. En trazo discontinuo se aprecia la corrección de la misma tras la colocación de la prótesis. La curva inferior, inspiratoria, es normal. FVC: capacidad vital forzada, expresada en litros; V: flujo expresado en l/s.

pal derecho se procedió a la colocación de una prótesis endobronquial, obteniéndose una evidente mejoría clínica y de la exploración funcional respiratoria (fig. 1b).

La inclusión de un paciente como candidato a trasplante pulmonar debe tener en cuenta múltiples aspectos, como son la propia enfermedad pulmonar y la situación funcional, las perspectivas de supervivencia y la calidad de vida con los tratamientos conservadores actuales, los factores de riesgo añadidos, tanto de índole quirúrgica como clínica, la coexistencia de otras alteraciones orgánicas, la evaluación del riesgo-beneficio del propio trasplante, etc. Todo ello hace que las decisiones deban ser tomadas siempre en equipo y considerando cada paciente de forma individualizada^{3,4}. En ocasiones, la inclusión definitiva

de un paciente requiere un seguimiento previo del mismo antes de su inclusión final y agotar las posibilidades terapéuticas sin llegar a ella demasiado tarde. En la paciente que presentamos no se daban los criterios para ser considerada candidata a trasplante pulmonar: estadio funcional II/IV, ausencia de insuficiencia respiratoria, etc. Por otra parte, presentaba un riesgo quirúrgico elevado por las lesiones residuales torácicas. Sin embargo, el estudio sistematizado permitió una solución conservadora y a la vez resolutive.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los Dres. E. Cases y L. Compte por su imprescindible contribución al diagnóstico.

P. Morales, R. Domènech y J.M. Borro*
Servicios de Neumología y *Cirugía Torácica.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

1. Varela A, Román A, De Lucas P, Morales P, Lama R, Carreño MC. Estudio y seguimiento del receptor de un trasplante pulmonar. En: Caminero JA, Fernández L, editores. Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Ediciones Doyma, 1998; 299-329.
2. Sanchis J, Morales P, Benlloch E. Obstrucción localizada de las vías respiratorias. Medicine 1989; 29: 88-94.
3. Simpson KP, Garrity ER. Perioperative management in lung transplantation. Clin Chest Med 1997; 18: 277-284.
4. Borro JM, Morales P, Lozano C, Tarrazano V, Galán G, Calvo V et al. 1990-1996: experiencia del Grupo de Trasplante Pulmonar de La Fe (Valencia). Arch Bronconeumol 1997; 33: 438-443.

Absceso pulmonar e hidroneumotórax secundario a infección por *Nocardia*

Sr. Director: La nocardiosis es una enfermedad rara. En humanos los órganos más afectados son el pulmón, la piel y, en menor proporción, el tejido cerebral¹. La puerta de entrada suele ser una herida cutánea o la inhalación. *Nocardia asteroides* es la especie que con más frecuencia afecta tanto a humanos² como al parénquima pulmonar, y puede encontrarse en la tierra, el agua y la vegetación^{2,3}.

Enferma de 78 años que ingresó por dolor pleurítico en el hemitórax derecho de 5 días de evolución, junto con fiebre de 38 °C y mal estado general. Dada de alta recientemente tras una crisis de asma, estaba en tratamiento con 30 mg/día de prednisona. Entre sus antecedentes constaban una diabetes mellitus insulino dependiente y un asma intrínseca grave que requería unos 3 meses al año de corticoides orales para control de sus crisis. En la exploración estaba consciente, orientada, taquipnéica en reposo, con boca séptica e intensa periodontitis. En la auscultación pulmonar aparecía la semiología de un derrame pleural derecho y sibilancias bilaterales. Temperatura de 38,5 °C. En la radiografía de tórax se observa una cavidad parenquimatosa con un nivel hidroaéreo y un hidroneumotórax organizado en el hemitórax derecho (fig. 1).