

- Murren JR, Tanoue LT. Terapia para el cáncer de pulmón estadio III. Pulmonary and critical care update. American Collage of Chest Physicians, 1998.
- Córdoba M, De la Torre M, Alonso G, Sobrido F, Miguélez C, Rivas JJ. Quimioterapia de inducción en estadios avanzados del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 1999; 35: 75S.

### Aspergilosis necrosante crónica y fibrosis quística

**Sr. Director:** La fibrosis quística es la enfermedad de base genética más frecuente de la raza blanca. Dentro de sus múltiples complicaciones destacan la diabetes mellitus, la osteoporosis, la malabsorción intestinal y, sobre todo, las infecciones respiratorias. Estas son recurrentes y condicionan en gran medida la calidad de vida de los pacientes y, en última instancia, su mortalidad<sup>1</sup>. Es frecuente aislar en las secreciones bronquiales estafilococos, *Haemophilus* y *Pseudomonas*, siendo más rara la presencia de otros agentes como micobacterias u hongos<sup>2</sup>. Dentro de las micosis, *Aspergillus* es el agente más comúnmente implicado. Existen varias formas de aspergilosis: aspergiloma, asma aspergilar, bronquitis aspergilar, aspergilosis diseminada, alveolitis alérgica, aspergilosis broncopulmonar alérgica, invasiva y crónica necrosante. La más frecuente en los pacientes con fibrosis quística es la broncopulmonar alérgica. La forma crónica necrosante es excepcional. Presentamos un caso de aspergilosis crónica necrosante en una paciente con fibrosis quística.

Paciente de 29 años de edad, diagnosticada a los 4 años de fibrosis quística. Había presentado infecciones respiratorias recurrentes a lo largo de estos últimos años con buena recuperación posterior. Desde hacía 6-8 meses refería intensificación de los episodios catarrales en número e intensidad, disnea de medianos-pequeños esfuerzos y pérdida de peso no cuantificada. A la exploración destacaba una desnutrición proteica-calórica, con palidez de piel y mucosas. En la auscultación pulmonar presentaba roncus y crepitantes bilaterales. La analítica demostró: creatinina 0,3 mg/dl (26,5 mol/l), sodio 143 mmol/l, potasio 3,7 mmol/l, glucosa 88 mg/dl (0,48 mmol/l), proteínas totales 8,37 g/dl. Leucocitos  $11 \cdot 10^9/l$  (67% neutrófilos, 25% linfocitos), hemoglobina 9,2 g/dl (5,70 mmol/l), hematócrito 29%, plaquetas  $432 \cdot 10^9/l$ . La radiografía de tórax puso de manifiesto bronquiectasias difusas y un patrón destructivo en los lóbulos superiores. La TAC de tórax demostró igualmente imágenes de cavidades en los vértices pulmonares, más acentuadas en el pulmón izquierdo (fig. 1). El cultivo de esputo detectó la presencia de *Aspergillus fumigatus*. Se realizó una broncoscopia con mala tolerancia, pudiéndose realizar sólo un broncoaspirado (BAS), en el que se aisló *Aspergillus*. Los tests cutáneos y la IgG sérica fueron positivos para *Aspergillus fumigatus*.

La aspergilosis pulmonar necrosante crónica es una enfermedad que aparece en pacien-

**Fig. 1.** Tomografía axial computarizada de tórax, en una corte superior. Se puede observar la gran destrucción del parénquima pulmonar.



tes con un moderado déficit inmunitario, debido a enfermedades crónicas: bronquitis crónica, bronquiectasias, fibrosis quística, etilismo crónico. Su curso es indolente y se acompaña de tos y expectoración mucopurulenta, en ocasiones hemoptoica, astenia, mal-estar general y pérdida de peso<sup>3</sup>. La radiografía de tórax demuestra una neumonitis necrosante, preferentemente en los campos superiores, con presencia de cavidades. Dado que no siempre es posible un diagnóstico histopatológico, por la agresividad que supone la biopsia pulmonar, se acepta un diagnóstico clínico basado en la sintomatología y en datos radiológicos compatibles, acompañados por la presencia de *Aspergillus* en las secreciones respiratorias y con un "prick" test y precipitinas positivas<sup>4</sup>. El tratamiento de elección es el itraconazol con buena respuesta clínica<sup>5</sup>. Creemos que es un caso interesante por la baja incidencia de esta forma de aspergilosis y la excepcional asociación con fibrosis quística.

**I. García-Talavera, L. Pérez Negrín y J.L. Trujillo Castilla**  
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

- Davis PB, Drumm M, Konstant MW. Cystic fibrosis. Am J Respir Crit Care Med 1996; 154: 1229-1256.
- Ramsey BW, Dorkin HL, Eisenberg JD, Gibson RL, Harwood IR, Kravitz RM et al. Efficacy of aerosolized tobramycin in patients with cystic fibrosis. N Engl J Med 1993; 328: 1740-1746.
- Binder RE, Failing LJ, Pugatch RD, Mahasaen, Snider GL. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis: a discrete clinical entity. Medicine (Baltimore) 1982; 61: 109-124.
- Navarro M, Domingo Ch, Gallego M, Roig J, Mariscal D, Marín A. Aspergilosis pulmonar necrosante crónica: una forma infrecuente de infección por *Aspergillus*. Enferm Infecc Microbiol Clin 1998; 16: 175-178.
- Caras WE, Pluss JL. Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis: pathologic outcome after itraconazol therapy. Mayo Clin Proc 1996; 1996; 25-30.

### Hemotórax espontáneo idiopático

**Sr. Director:** El hemotórax se define como la presencia de sangre en la cavidad pleural, debida, entre otras causas, a traumatismos torácicos y complicaciones quirúrgicas. Una variedad menos frecuente es el hemotórax espontáneo. Éste habitualmente es secundario a exostosis<sup>1</sup>, enfermedades vasculares<sup>2,3</sup> o tumores<sup>4</sup>. El hemotórax espontáneo idiopático es una forma extremadamente rara de hemotórax espontáneo, en la que no existe causa aparente que justifique el sangrado. Presentamos un caso de hemotórax espontáneo idiopático en un individuo previamente sano.

Se trata de un varón de 39 años de edad, fumador de 1 paquete de cigarrillos al día, sin otros antecedentes de interés, que consultó por un dolor torácico y dificultad respiratoria. A la exploración destacaba un hábito asténico, ligera palidez de mucosas y una abolición del murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax izquierdo. El resto de la exploración fue normal. En la analítica destacaban:  $11 \cdot 10^9$  leucocitos/l, hemoglobina 11,5 g/dl (7,13 mmol/l), hematócrito 36%, plaquetas  $250 \cdot 10^9/l$ . Pruebas de coagulación normales, proteínas, glucosa, colesterol, iones, transaminasas y elemental de orina estaban dentro de la normalidad. La gasometría arterial al ingreso demostró una PaO<sub>2</sub> de 59 mmHg (77,84 kPa), una PaCO<sub>2</sub> de 39 mmHg (5,05 kPa), un pH de 7,46 y un bicarbonato de 26 mmol/l. Se realizó una radiografía de tórax, en la que se evidenció la existencia de un derrame pleural submasivo izquierdo. Se practicó una toracocentesis, que puso de manifiesto la presencia de sangre en la cavidad pleural. Con la pleuroscopia se consiguió drenar el líquido y visualizar las pleuras. Éstas fueron macroscópicamente normales. Se tomaron muestras para citología y microbiología, así como biopsias pleurales que fueron negativas. Una tomografía axial computarizada (TAC) descartó lesiones torácicas, mediastínicas o abdominales. Una resonancia magnética nuclear (RMN) no detectó lesiones de pared ni vasculares. Se solicitó una arteriografía con el fin de detectar alguna anomalía vascular, que fue igualmente normal. La fibrobroncoscopia se consideró que estaba dentro de los límites de la normalidad. Una vez descartada la existencia de posibles facto-

res etiológicos el hemotórax se filió como espontáneo idiopático. Tras el drenaje, el paciente quedó asintomático, por lo que se decidió el alta. A los 6 meses la exploración física y exploraciones radiológicas resultaron normales.

El hemotórax espontáneo idiopático es excepcionalmente raro<sup>5,6</sup>. Se han descrito menos de 15 casos en la bibliografía. Puede iniciarse como un derrame masivo y ser una urgencia médica o como un derrame de instauración lenta. Habitualmente cursa con disnea, tos y dolor torácico de características pleuríticas. El diagnóstico de hemotórax se establece tras practicar una toracocentesis y analizar el líquido extraído. Una vez diagnosticado el hemotórax deben investigarse las posibles causas desencadenantes. En este caso se solicitaron técnicas de imagen (TAC y RMN), una toracoscopia para descartar lesiones tumorales y una arteriografía pulmonar para es-

tudiar la presencia de fístulas arteriovenosas. En ocasiones, incluso, es necesario realizar una toracotomía exploradora. Pensamos que es importante hacer un seguimiento del paciente, con el fin de asegurarnos de que se trata realmente de un caso idiopático y no la forma de presentación inicial de una enfermedad de aparición más tardía.

**I. García-Talavera, L. Pérez Negrín  
y C. Casanova Macario**  
Servicio de Neumología. Hospital  
Universitario Nuestra Señora  
de Candelaria. Tenerife.

1. Teijeira FJ, Baril C, Younge D. Spontaneous hemothorax in a patient with hereditary multiple exostosis. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: 717-718.
2. Torres Lanzas J, Rivas de Andrés JJ, De Miguel Prieto J, Pedreira JD. Massive he-

mothorax secondary to the spontaneous rupture of pulmonary telangiectasia. An exceptional complication of Rendu-Osler-Weber disease. *Rev Clin Esp* 1985; 177: 95-96.

3. Cohen JD, Sahar G, Singer P, Nili M, Kessel J, Vidne BA. Massive spontaneous hemothorax as a presenting sign of aneurysmal rupture of the internal thoracic artery. A case report. *J Cardiovasc Surg* 1998; 39: 383-385.
4. Chou SH, Cheng YJ, Kao EL, Chai CY. Spontaneous haemothorax: an unusual presentation of primary lung cancer. *Thorax* 1993; 48: 1185-1186.
5. García Barajas S, Díaz-Hellin Gude V, Marrón Fernández MC. Hemotórax espontáneo idiopático. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 429.
6. Yung CM, Bessen SC, Hingorany V, Clements NC Jr, Caruso AA. Idiopathic hemothorax. *Chest* 1993; 103: 638-639.

## INFORMACIÓN

### **II Congreso de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT)**

*3-6 de agosto del 2000*

Hotel Cartagena Hilton  
Cartagena de Indias. Colombia.

*Secretaría del Congreso:*  
Carrera 16A n.º 77-11 of. 204  
Santa Fe de Bogotá. Colombia.  
Tel.: (571) 678 64 80 - (571) 672 91 15.  
Fax: (571) 678 64 76.

E-mail: fnc@impsat.net.co - catorres@cable.net.co