

leve y poco sintomáticas, no modificaba la evolución y el curso de la enfermedad. Todas las normativas proponen tratar por síntomas y no por grado del FEV<sub>1</sub> y según la respuesta, se van añadiendo otros regímenes terapéuticos y en este punto las coincidencias son casi totales de cómo ir introduciendo o añadiendo las distintas alternativas. Tampoco el FEV<sub>1</sub> es el único determinante de la entrada de un paciente con EPOC en un programa de rehabilitación respiratoria, ni se recomienda sólo para uno de los estadios propuestos.

Finalmente, los grupos participantes en la normativa española quedan abiertos a una mayor participación y a avanzar en una mayor coincidencia consensuada, tanto a nivel nacional como internacional, si así se viera conveniente, ofreciendo una vez más nuestra colaboración.

#### T. Montemayor Rubio

Sección de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

1. Celli BR, Snider GR, Heffner J et al. American Thoracic Society Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 77-120.
2. Siafakas NM, Vermeise P, Pride NB et al. Consensus Statement Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS). *Eur Respir J* 1995; 8: 1.398-1.420.
3. Montemayor T, Alfageme I, Escudero C et al. Normativa SEPAR sobre diagnóstico y tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 285-301.
4. Sue DY. Exercise testing in the evaluation of impairment and disability. *Clin Chest Med* 1994; 15: 369-387.
5. Ortega F, Montemayor T, Sánchez A et al. Role of cardiopulmonary exercise testing and the criteria used to determine disability in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 747-751.
6. Jones PW. Issues concerning health related quality of life in COPD. *Chest* 1995; 107: 87S-93S.

### Hemoptisis y bronquiolitis obliterante con neumonía organizada

**Sr. Director:** La bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO) es una entidad de causa habitualmente desconocida y que se define por una presentación clinicopatológica característica<sup>1,2</sup>. Desde su descripción inicial el número de casos diagnosticados ha aumentado considerablemente y se ha asociado a numerosos factores predisponentes o a enfermedades sistémicas. Además, los hallazgos clínicos y radiológicos pueden sugerir el diagnóstico y deben dirigir a una confirmación histológica, ya que el pronóstico es muy bueno una vez iniciado el tratamiento corticoide<sup>2,3</sup>. Sin embargo, una presentación clínica inusual de la BONO, como en este caso, no debe excluir su diagnóstico.

Varón de 39 años, fumador de 20 paquetes/año, sin otros antecedentes que una historia de unos 20 ml al día de hemoptisis en los últimos 15 días, que se acompañó de fiebre y aumento progresivo de la disnea a los 7 días. La exploración física demostraba una auscultación cardíaca normal y estertores crepitantes en ambas bases pulmonares, sin signos de insuficiencia cardíaca, acropaquia o adenopatías periféricas. La radiografía de tórax objetivó la presencia de un patrón intersticial reticulonodular difuso, que en la TC torácica era parcheado y con zonas en vidrio deslustrado, sin adenopatías o derrame pleural asociados. En el hemograma existían 19.280 leucocitos/ $\mu$ l (88% segmentados) y el hematocrito era del 40%. La coagulación, el sedimento y la bioquímica sérica eran normales, incluyendo determinaciones de CEA, CA19.9, alfa-1-antitripsina, inmunoglobulinas (G, A, M y E), serología VIH y respiratoria, ANA, anti-ADN y factor reumatoide. La gasometría arterial basal fue la siguiente: pH 7,44, PaO<sub>2</sub> 51 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 40 mmHg y saturación de oxígeno 87%. En las pruebas funcionales respiratorias se objetivó un patrón restrictivo (FVC 58%, FEV<sub>1</sub> 46%, FEV<sub>1</sub>/FVC 63%, RV 85% y TLC 70%) y una disminución ligera de la difusión (DLCO 69% y KCO 70%). El PPD y tres baciloscopias de esputo fueron negativas. La ecografía abdominal y el electrocardiograma fueron normales. La broncoscopia demostró la presencia de una bronquitis difusa sin puntos de sangrado o secreciones purulentas. Se realizó un lavado broncoalveolar (LBA) en el lóbulo medio que proporcionó cultivos bacterianos y micóticos y baciloscopias negativas, y en el recuento celular un 42% de linfocitos, un 22% de neutrófilos, un 5% de eosinófilos y muy aislados sideróforos. Las biopsias transbronquiales demostraron la presencia de tapones de tejido conectivo en los espacios alveolares distales, junto a una escasa fibrosis intersticial compatible con una BONO idiopática. La mejoría fue espectacular tras iniciar tratamiento con prednisona oral (1mg/kg/día), disminuyendo progresivamente la dosis hasta los 6 meses y encontrándose el paciente asintomático, con una radiografía y pruebas funcionales respiratorias normales.

La BONO suele presentarse de forma subaguda en la mayoría de los pacientes, con un cuadro seudogripal y/o fiebre, tos (habitualmente importante y no productiva), disnea (raramente grave), mal estado general y pérdida de peso. Es más rara la presencia de broncorrea, dolor torácico, artralgias, sudores nocturnos o hemoptisis<sup>2,3</sup>. Esta última ha sido descrita en el 1-18% de los casos, no suele ser aislada y sí de escasa cuantía en el transcurso del proceso. Sólo anecdóticamente, en menos de 5 casos, es la forma de presentación del cuadro clínico y de mayor volumen, como en este caso (MEDLINE 1966-1998)<sup>4</sup>. En las biopsias de los distintos estudios de los pacientes con BONO, el hallazgo ultraestructural de áreas extensas de necrosis epitelial, desestructuración de la lámina basal y evidencia de daño alveolar y/o endotelial, junto a la inflamación como parte fundamental del proceso, deben ser suficientes para producir la extravasación de hematíes a los alveolos o al intersticio pulmonar y provocar una hemoptisis<sup>4,6</sup>.

Es importante considerar la hemoptisis como una posible forma de presentación de la BONO e incluir a este proceso en su diagnóstico diferencial, ya que se trata de una enfermedad benigna, con un tratamiento eficaz que resuelve el cuadro sin precisar de otras intervenciones más invasivas. Esta posibilidad adquiere mayor significación si se considera que su presencia y el hallazgo radiológico frecuente de infiltrados pulmonares localizados o difusos puede sugerir inicialmente otros diagnósticos, como la hemorragia alveolar, que requieren una valoración distinta, en cuya diferenciación el LBA y las biopsias transbronquiales son fundamentales.

**M. Haro, A. Núñez y M. Vizcaya**  
Sección de Neumología. Hospital General de Albacete.

1. Orriols R, Bravo C. Bronquiolitis obliterante: dificultades de la definición. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 1-2.
2. Cordier JF. Cryptogenic organizing pneumonia: bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Clin Chest Med* 1993; 14: 677-692.
3. Barba MA, Arévalo M, Aguilar X, González G, Vizcaya M, Puras A. Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada. Experiencia de un hospital general. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 481-484.
4. Mroz BJ, Sexauer WP, Meade A, Balsara G. Hemoptysis as the presenting symptom in bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Chest* 1997; 111: 1.775-1.778.
5. Myers JL, Katzenstein AA. Ultrastructural evidence of alveolar epithelial injury in bronchiolitis obliterans-organizing pneumonia. *Am J Pathol* 1988; 132: 102-109.
6. Colby TV, Myers JL. Clinical and histologic spectrum of bronchiolitis obliterans, including bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Semin Respir Med* 1992; 13: 119-133.

### Empiema por *Actinomyces meyeri*

**Sr. Director:** La actinomicosis es una infección crónica que se caracteriza por la tendencia a la fistulización y supuración de un material con aspecto de gránulos de sulfuro. Es una enfermedad rara en la actualidad, producida por *Actinomyces*, género de bacterias grampositivas, anaerobias, saprofitas de boca, orofaringe y tubo digestivo<sup>1</sup>. El agente etiológico más común es *A. israelii*, con menos frecuencia se identifican otras especies y sólo en muy pocas ocasiones se ha aislado *A. meyeri*. En función de la región anatómica afectada, se distinguen tres formas clínicas: cervicofacial (55%), abdominopélvica (20%) y torácica (15-20%)<sup>2,3</sup>, considerándose la afectación pleural poco frecuente. Describimos un caso de empiema con aislamiento de *A. meyeri* en el líquido pleural.

Varón de 61 años, fumador de 10 cigarrillos/día. Consultó por dolor costal pleurítico derecho de 40 días de evolución, al que se había añadido tos seca en la última semana. La exploración física objetivó disminución del murmullo vesicular en la base del hemi-