

frente a *T. vulgaris*, *M. faeni* y *A. fumigatus*. La IgG resulto negativa para suero de paloma y *Mucor* spp. que sirvieron como controles.

4. Mediante el método de doble inmunodifusión radial en placas de Ouchterlony obtuvimos bandas de precipitación entre un pool de sueros de los enfermos y el extracto de esparto, *T. vulgaris*, *M. faeni* y *A. fumigatus*<sup>4</sup>.

5. Finalmente, los estudios de inhibición del ELISA, empleando extracto de esparto en fase sólida<sup>4</sup>, demostraron un alto porcentaje de inhibición de la actividad IgG de este extracto por *T. vulgaris*, *A. fumigatus* y *M. faeni*, lo cual es sinónimo de comunidad antigénica. Por el contrario, ni el suero de paloma ni *Mucor*, que sirvieron como controles, fueron capaces de inhibir.

Como conclusión, según estos hallazgos inmunológicos, sugerimos que el esparto solamente es la fuente antigénica. Los antígenos responsables de este tipo de AAE se encuentran en los actinomicetos termofílicos y *Aspergillus* spp. que contaminan las fibras de esparto.

J. Fraj Lázaro\*, F. Duce Gracia\*  
y M. Hinojosa Macías\*\*  
Servicios de Alergiología.

\*Hospital Clínico Universitario. Zaragoza  
y \*\*Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

1. Morell F, Murio C. Neumonitis por hipersensibilidad: nuevas entidades. Arch Bronconeumol 1996; 32: 377-378.
2. Fink JN. Hypersensitivity pneumonitis. En: Middleton E, Reed CE, Elliot FE, Adkinson NF, Yunginger JW, Busse WW, editores. Allergy. Principles and practice. St. Louis: Mosby, 1993; 1.415-1.431.
3. Hinojosa M, Fraj J, De la Hoz B, Alcázar R, Sueiro A. Hypersensitivity pneumonitis in workers exposed to esparto grass (*Stipa tenacissima*) fibers. J Allergy Clin Immunol 1996; 98: 985-991.
4. Hinojosa M, Fraj J. Neumonitis por hipersensibilidad en trabajadores del esparto. En: Losada E, Hinojosa M, editores. Asma ocupacional. Barcelona: Prous editores, 1995; 343-354.

### Utilidad del aislamiento de *Cryptosporidium* en las secreciones respiratorias de pacientes infectados por VIH

Sr. Director: *Cryptosporidium* es un protozoo cuya patogenidad en el hombre se describió por primera vez en 1976<sup>1</sup>. Incide especialmente en pacientes diagnosticados de

sida y se manifiesta como un cuadro diarreico importante refractario al tratamiento, aunque también produce manifestaciones extraintestinales: afectación de vías respiratorias y del tracto biliar<sup>2</sup>. El número de casos publicados de infección respiratoria por *Cryptosporidium* está aumentando rápidamente<sup>3</sup>. Presentamos 2 casos más y discutimos los métodos diagnósticos y el significado de su aislamiento en las secreciones respiratorias.

**Caso 1.** Varón de 31 años, drogadicto, diagnosticado de tuberculosis diseminada e infección por VIH. Ingresó por un cuadro de diarrea líquida sin sangre, ardor epigástrico, fiebre, astenia y pérdida de peso de 15 kg de 3 meses de duración. También refería, en la semana previa, tos productiva y sensación de disnea. Estaba febril (38 °C), eupneico y caquéctico. Presentó pancitopenia leve, colestasis hepática e hipoxemia. No había infiltrados en la radiografía de tórax. En las heces se vieron abundantes ovoquistes de *Cryptosporidium*. En el esputo presentó una flora mixta con predominio de diplococos grampositivos junto a microorganismos que se teñían con Ziehl-Neelsen y auramina. Se confirmó con tinción modificada de kinyoun que se trataba de ovoquistes de *Cryptosporidium*. Se inició tratamiento con espiramicina (3 g/día) y con difenoxilato con buena evolución del cuadro diarreico. Tanto la clínica respiratoria como el deterioro gasométrico que presentaba al ingreso desaparecieron espontáneamente sin tratamiento.

**Caso 2.** Varón de 27 años, ex drogadicto, diagnosticado de infección VIH, meningitis criptocócica, neumonía por *Pneumocystis carinii*, candidiasis esofágica y tuberculosis pulmonar. Ingresó por síndrome constitucional de 3 meses de evolución, refiriendo además en la última semana fiebre, diarrea líquida, 10-20 deposiciones diarias, tos con expectoración amarillenta y dolor pleurítico izquierdo. Estaba febril (38,7 °C) y caquéctico. Tenía muguet. Presentó bicitopenia (anemia y leucopenia), colestasis hepática e hipoxemia. El líquido pleural era un exudado y el cultivo fue estéril. En la radiografía de tórax se observó imagen de neumonía en llingula y en el lóbulo superior izquierdo, además del derrame pleural izquierdo. En la broncoscopia se vieron abundantes secreciones purulentas en ambos sistemas bronquiales. La tinción modificada de kinyoun (*Cryptosporidium*) tanto en esputo como en heces fue positiva. Se inició tratamiento con eritromicina y ceftriaxona con resolución clínico-radiológica del cuadro infeccioso. Añadimos espiramicina por el aislamiento de quistes de *Cryptosporidium*, con lo que mejoró el cuadro diarreico.

poridium, con lo que mejoró el cuadro diarreico.

Debido a la alta prevalencia de criptosporidiosis en las secreciones respiratorias de pacientes VIH positivos (17%)<sup>4</sup>, las tinciones de Ziehl-Neelsen y auramina, realizadas de rutina, pueden identificar este patógeno<sup>5</sup>. La técnica modificada de kinyoun aporta con respecto a estas técnicas citadas un diagnóstico rápido y seguro, diferenciando este patógeno de *Pneumocystis* y *Toxoplasma* (que pertenecen a la misma subclase)<sup>6</sup>. Los hallazgos de estos dos casos sugieren: a) que la identificación de *Cryptosporidium* puede no tener valor patogénico, por sí mismo, en las infecciones respiratorias, y b) que su búsqueda podría estar justificada en pacientes con antecedentes de diarrea crónica. Casos similares han sido publicados y bien documentados por otros autores<sup>4,6,7</sup>.

M. Cervero, J. Marco y J.L. Agud  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Severo Ochoa. Madrid.

1. Nime FA, Burek JD, Page DL. Acute enterocolitis in a human being infected with the protozoan *Cryptosporidium*. Gastroenterology 1976; 70: 592-598.
2. Alós JL, Bouza E. *Cryptosporidium* y criptosporidiasis. Rev Clin Esp 1987; 180: 385-389.
3. Current WL, García LS. Cryptosporidiosis. Clin Microbiol Rev 1991; 4: 325-358.
4. Hojlyng N, Jensen BN. Respiratory cryptosporidiosis in HIV-positive patients. Lancet 1988; 1: 590-591.
5. Miller RA, Wasserhelt JN, Kirihara J, Coyne MB. Detection of *Cryptosporidium* oocysts in sputum during screening for mycobacteria. J Clin Microbiol 1984; 76: 118-123.
6. Ma P, Villanueva TG, Kaufman D, Gillooley JF. Respiratory cryptosporidiosis in the acquired immune deficiency syndrome. JAMA 1984; 242: 1.298-1.301.
7. Brady EM, Margolis ML, Korzenowski OM. Pulmonary cryptosporidiosis in acquired immune deficiency syndrome. JAMA 1984; 252: 89-90.