

Aspergilomas múltiples en paciente con sarcoidosis

Y. Argüelles Riera*, A. Balóira Villar, J.C. García García y J. Ruiz Fontán*

Sección de Neumología. *Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Montecelo. Pontevedra.

La sarcoidosis es una enfermedad que en ocasiones acaba produciendo fibrosis pulmonar severa. Menos frecuentemente se observan lesiones quístico-cavitarias, que pueden colonizarse por micetomas. Presentamos el caso de un paciente con sarcoidosis de larga evolución que desarrolló múltiples cavidades quísticas de predominio en lóbulos superiores y en el que se contabilizaron 5 micetomas, haciendo una discusión del C.T. de alta resolución en este tipo de pacientes.

Palabras clave: *Sarcoidosis. Aspergilosis.*

Arch Bronconeumol 1995; 31: 190-192

Introducción

La sarcoidosis es un trastorno granulomatoso sistémico, de etiología desconocida, cuyas manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen adenopatías hiliares bilaterales, infiltrados pulmonares, adenopatías periféricas y lesiones cutáneas u oculares^{1,2}.

El diagnóstico de certeza se establece mediante la correlación de hallazgos clinicorradiológicos, apoyados por evidencias histológicas de la existencia de granulomas de células epitelioides no caseosos.

Aunque la sarcoidosis es una enfermedad multisistémica, la afectación respiratoria es tan constante, que puede considerarse una enfermedad esencialmente neumológica³. La causa más frecuente de muerte es la insuficiencia respiratoria crónica y la segunda la hemoptisis por aspergiloma³.

Presentamos un raro caso, en el que existen 5 micetomas en un mismo paciente afectado de sarcoidosis. Este hallazgo, en cuanto a número, no ha sido descrito previamente en la literatura médica.

Correspondencia: Dr. A. Balóira Villar.
Sección de Neumología. Hospital Montecelo. 36071 Pontevedra.
Recibido: 20-6-94; aceptado para su publicación: 5-7-94.

Multiple aspergillomas in a patient with sarcoidosis

Sarcoidosis is a disease which occasionally produces severe pulmonary fibrosis. Cystic cavity lesions, which may or may not be colonized by mycetomas, are seen less often. We describe a patient with long-standing sarcoidosis who developed multiple cystic cavities mainly in the upper lobes. Five mycetomas were counted. We call for the use of high resolution computed tomography in such cases.

Key words: *Sarcoidosis. Aspergillosis.*

Caso clínico

Varón de 47 años, sin antecedentes familiares de interés. No era fumador y bebía vino en cantidad moderada. No había tenido enfermedades médicas o quirúrgicas reseñables.

Hacia 18 años había acudido al médico por astenia. Se le realizó entonces una radiografía de tórax donde se observaron adenopatías mediastínicas, por lo que se realizó mediastinoscopia. El resultado histológico fue compatible con sarcoidosis. Se estableció tratamiento esteroide que se mantuvo hasta la actualidad.

Durante todo el seguimiento, existió una elevación de transaminasas, lo cual apoya la posibilidad de afectación hepática por sarcoidosis. La situación funcional respiratoria ha estado estable, con un síndrome restrictivo muy ligero.

Fue remitido a consulta de neumología de nuestro hospital para seguimiento; el paciente aquejaba disnea para esfuerzos moderados que se incrementó ligeramente en el último año.

La exploración física sólo mostró crepitantes en el tercio superior de ambos hemitórax. Existía discreta hepatomegalia y "uñas en vidrio de reloj".

Gasométricamente existía hipoxemia moderada (pO_2 67), sin insuficiencia respiratoria. Las pruebas funcionales dieron los siguientes valores; FVC, 3.180 (81%); FEV₁, 2.800 (81%); FEV₁/FVC, 82%; es decir, prácticamente en rango normal.



Fig. 1. Corte de tomografía computarizada (TC) a nivel de lóbulos superiores donde se observan dos micetomas en LSI.

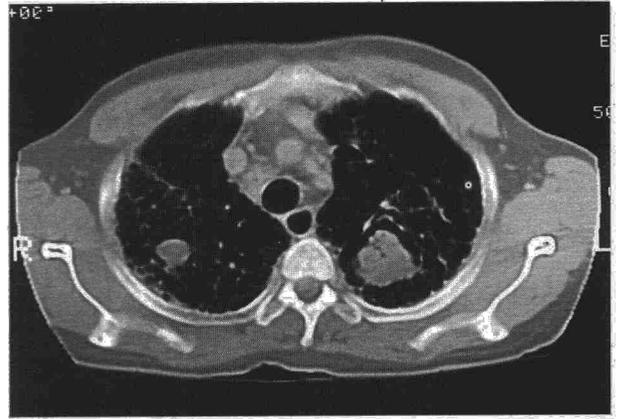


Fig. 2. La tomografía computarizada (TC) muestra fibrosis marcada; ensanchamiento mediastínico por adenopatías y otros dos micetomas: uno en LSD y otro en LSI.

En la radiografía de tórax se observaba “pulmón en panal” (de predominio en los dos tercios superiores de ambos pulmones), con dos nódulos bien circunscritos, de densidad homogénea, uno en cada lóbulo superior. Existían igualmente adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas superiores (figs. 1-3).

Se realizó tomografía computarizada (TC) torácica que confirmó la fibrosis intensa, junto con imágenes quisticocavitarias ocupadas por masas que se movilizaban con el cambio postural (de supino a prono), correspondiendo las mismas a micetomas en el interior de dichas cavidades. En total se visualizaban cinco; tres en LSI, una en LSD y otra en LID. Así mismo, se confirmó la existencia de adenopatías hiliares bilaterales y pre y paratraqueales derechas.

Las precipitinas para *Aspergillus* sp. fueron positivas, mientras que no se pudo demostrar *Aspergillus* en esputo.

Actualmente el paciente se encuentra sin tratamiento esteroide, con disnea de esfuerzos moderados y sin haber presentado hemoptisis en ningún momento.

Discusión

La afectación torácica en la sarcoidosis es un hecho tan importante, que están perfectamente caracterizadas las manifestaciones típicas y atípicas o inusuales de la misma. Dentro de las formas inusuales se encuentra la existencia de cavidades y la colonización de las mismas por micetomas⁴.

La historia natural de la cavidad no se conoce con exactitud. En nuestro caso excluimos la posibilidad de tuberculosis y procesos micóticos previos (por historia clínica y de laboratorio), siendo lo más probable la posibilidad de un patrón multiquistico causado por bullas o por la presencia de segmentos bronquiectásicos que a veces complican la fibrosis pulmonar extensa en la sarcoidosis⁵.

Aunque diversos autores han observado el cierre de dichas cavidades tras el uso de corticoides^{6,7}, ese no es el caso de nuestro paciente, en el que las mismas son evidentes a pesar de un periodo tan dilatado (en concreto 18 años) con tratamiento corticoide. Quizá ello haya sido un factor coadyuvante de importancia en la ocupación de estas cavidades por hongos.

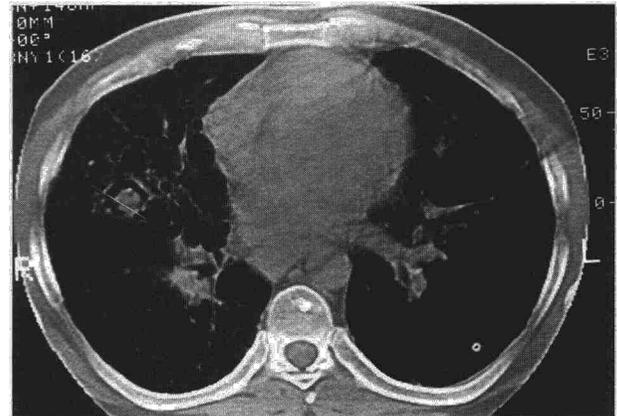


Fig. 3. Corte de TC en lóbulos inferiores, que permite visualizar grandes espacios quisticocavitarios. Pequeño micetoma en LID.

Los micetomas son colonizaciones saprofitas de bolas fúngicas, en cavidades preexistentes, que específicamente en la sarcoidosis tienen predominio por los lóbulos superiores pulmonares. En los estudios realizados por Israel et al⁸ se reconocieron 10 casos de sarcoidosis asociados con aspergilomas en espacios quisticocavitarios de lóbulos superiores. La multiplicidad de lesiones fúngicas encontradas en este paciente hace que las mismas no sólo dominen en los lóbulos superiores, sino también en los inferiores.

En el estudio radiológico, la TC torácica se muestra como un método superior de diagnóstico, en la evaluación del mediastino, pleura y parénquima pulmonar⁹. Sobre todo, se acepta su superioridad a la radiografía convencional en los pacientes con sarcoidosis para el estudio de la periferia pulmonar. En nuestro caso ha permitido visualizar con toda nitidez la afectación del intersticio peribroncovascular y la existencia de múltiples espacios “radiolucientes” consistentes con retículo grueso y áreas de pulmón en panal de predominio en los dos tercios superiores de ambos pulmones; hallazgos parenquimatosos compatibles



con fibrosis pulmonar. Pero sobre todo ha permitido demostrar la existencia de “pelotas de hongos”, en concreto cinco, en el interior de espacios cavitarios, individualizando cada una de ellas y logrando una movilización con el cambio postural del paciente de supino a prono que, junto con las pruebas de laboratorio positivas para *Aspergillus*, confirman la existencia de micetomas.

En la revisión bibliográfica realizada con una base de datos informatizada, aunque se describe la existencia de micetomas⁹⁻¹¹, en pacientes diagnosticados de sarcoidosis, no hemos encontrado ninguna referencia en la que se mencione un número tan elevado –cinco–, en el mismo individuo, por lo que consideramos el caso como interesante dada su rareza.

BIBLIOGRAFÍA

1. James DG. Whither Sarcoidosis. En: Blasi A, Olivieri D, Pezza A, editores. IV European Conference on Sarcoidosis an other Granulomatous Disorders. Sorrento, Nápoles, 1983; 7-11.
2. V European Conference on Sarcoidosis an other granulomatous Disorders. Vienna 1986. Sarcoidosis 1986; 3: 101-200.
3. Badrinas F, Morera Prat J. Sarcoidosis (1.ª ed.). Barcelona: Doyma, 1990; 79.
4. Rockoff S, David, Rothatgi Prashant K. Review Unusual Manifestations of Thoracic Sarcoidosis. AJR 1985; 144: 513-528.
5. Gorske KJ, Fleming RJ. Mycetoma formation in cavitary pulmonary sarcoidosis. Radiology 1970; 95: 279.
6. Rothatgi PK, Schwab LE. Primary acute pulmonary cavitation in sarcoidosis. An J Rev 1980; 134: 1.199-1.203.
7. Villalonga MC, Vilaseca J, Ballester M, Aranda A, Morera J. Sarcoidosis pulmonar cavitada. Rev Clin Esp 1978; 149: 593-595.
8. Israel HL, Ostrow A. Sarcoidosis and aspergilloma. Am J Med 1969; 47: 243.
9. Hamper UM, Fishman EK, Khousi HF, Johns CJ, Wan PK, Siegelman SS. Typical and atypical CT manifestation of pulmonary sarcoidosis. Journal of Computer Assisted Tomography 1986; 10: 928-936.
10. Kirsten D, Rieger U, Anthon M, Magnussen H. Invasive aspergilliosis in cavitary lung sarcoidosis. Pleumologie 1992; 46: 239-242.
11. Kenneth J, Gorske MD, Richard J, Fleming MD. Mycetoma formation in cavitary pulmonary sarcoidosis. Radiology 1970; 95: 279-285.