



Neumonía necrotizante por nocardia en pacientes con SIDA

Sr. Director: La nocardiosis pulmonar (NP) es una enfermedad común en personas inmunocomprometidas. Se acepta que entre un 44 % y un 51 % de ellas tienen sus vías respiratorias colonizadas por nocardias, lo que indica probable infección¹. Sin embargo, en el SIDA, la NP está menos descrita^{2,3}. Las razones de esta discrepancia podrían ser: la coexistencia frecuente de nocardias con patógenos más conocidos que enmascaran su presencia, y el extendido uso de sulfamidas para tratamiento y prevención de neumonías por *Pneumocystis carinii* (PC), que también son eficaces para las nocardias^{3,4}. La nocardiosis, no es criterio de inmunodeficiencia en los enfermos VIH positivos^{2,3}. No obstante, ciertos datos experimentales y la mala evolución de la NP en una amplia serie de estos enfermos, han sido mencionados para modificar ese criterio³.

Presentamos un caso de NP diagnosticado en la autopsia de un niño con SIDA.

Varón de 8 años de edad, diagnosticado de hemofilia a los 6 meses. En junio de 1987 se descubrió serología positiva para VIH. A partir de entonces presentó múltiples procesos infecciosos (abscesos por *Staphylococcus aureus*, herpes simple y candidiasis orales, retinitis por citomegalovirus, tuberculosis pulmonar y neumonía por PC) y neutropenias repetidas. En marzo de 1990, había ingresado por proceso febril y fue diagnosticado de neumonía. Durante su estancia presentó un panadizo en un dedo. Los cultivos del pus del panadizo, esputos y sangre fueron negativos para bacterias, micobacterias y PC. En noviembre de ese año reingresó por nuevo cuadro febril y disnea. En la analítica de sangre había anemia, neutropenia de $0,46 \times 10^3$ dl y plaquetopenia. La radiografía de tórax mostraba infiltrados pulmonares bilaterales. Con la sospecha de neumonía por PC, se inicia tratamiento con pentamidina y corticosteroides; a pesar de lo cual la disnea se acentúa y en unas horas fallece.

En la autopsia, ambos pulmones estaban consolidados, con amplias áreas de exudados fibrinosos alveolares, necrosis de tabiques y discreto infiltrado de neutrófilos periféricos. Con tinciones de Ziehl-Neelsen modificado, y técnicas de plata con incubación prolongada, se pusieron de manifiesto numerosos microorganismos filamentosos, ramificados sin formar gránulos, identificados como nocardias (fig. 1). Se observaron además infiltrados focales intersticiales de células plasmáticas con quistes de PC y amplias áreas de edema alveolar. El estudio no incluyó cráneo.

Las nocardias son bacterias difíciles de aislar en los líquidos y fluidos habituales^{1,4,5} por ello, y debido a las implicaciones terapéuticas que su diagnóstico conlleva, se ha propuesto en los enfermos inmunocomprometidos, el uso precoz de técnicas invasivas³. La identificación en tejidos de bacilos débilmente ácido-alcohol resistentes, con las características ya descritas, se acepta como criterio suficiente para el diagnóstico de nocardiosis^{4,5}. Es importante recordar que, debido al procesamiento de las muestras, el carácter ácido-alcohol resistente puede per-

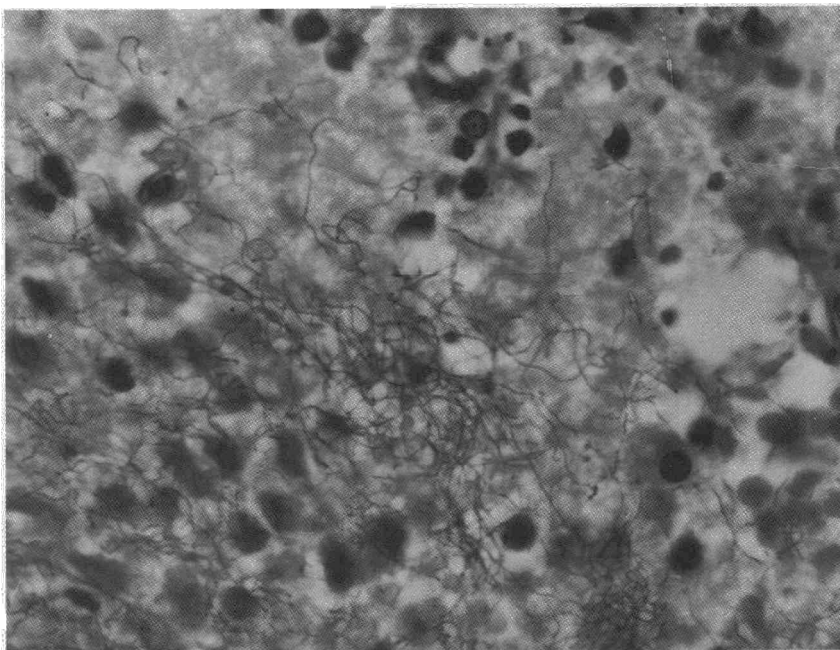


Fig. 1. Detalle de nocardias en el exudado alveolar. (Ziehl-Neelsen modificado, $\times 1.250$).

derse en algunas áreas histológicas⁵. La lesión característica de la NP es la supuración y formación de abscesos, pero en nuestro caso predominaron las áreas de necrosis confluentes y el exudado fibrinoso intraalveolar, probablemente debido a la intensa neutropenia del enfermo.

La coexistencia de nocardias y PC es bien conocida³. En este caso el PC fue un hallazgo aislado y ocasional, por lo que creemos no ha tenido un papel relevante en el carácter difuso de las lesiones. En relación con este hallazgo es interesante comentar el antecedente de neumonía por PC, pues tanto éste como las nocardias son sensibles a las sulfamidas, si bien en el caso de las nocardias el tratamiento debe de ser mantenido durante al menos 6 meses^{3,4,6}.

P. Pérez Cidoncha, E. Marín García y J. Fernández Alonso

Departamento de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla.

1. Barnicoat MJ, Wierzbicki AS, Norman PM. Cerebral nocardiosis in immunosuppressed patients: five cases. *Quarterly Jour Med* 1989; 72:689-698.
2. España Alonso A, Hermida Donate JM, Buzón Rueda L, Ledo Pozueta A. Nocardiosis cutánea e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Actas Derm-Sif* 1989; 80:753-755.
3. Kramer M, Uttamchandani RB. The radiographic appearance of pulmonary nocardiosis associated with AIDS. *Chest* 1990; 98:382-385.
4. Wilson JP, Turner HR, Kirchner KA et al. Nocardial infections in renal transplant recipients. *Medicine* 1989; 68:38-57.

5. Symmers W, St C. *Textbook of systemic pathology*. 2.^a ed. Churchill Livingstone: London 1976; 347-449.

6. Rodríguez JL, Barrio JL, Pitchenik AE. Pulmonary nocardiosis in the acquired immunodeficiency syndrome. *Chest* 1986; 90:912-913.

Linfangioleiomiomatosis pulmonar. Problemas de diagnóstico diferencial

Sr. Director: Hemos leído con interés la nota clínica de Rubio Barlés et al¹, en la que describen dos casos de linfangioleiomiomatosis (LAM) y señalan la importancia de la tomografía axial computarizada (TAC) en el diagnóstico de esta enfermedad. Coincidiendo totalmente con los comentarios de los autores de este trabajo acerca del papel importante que juega la TAC en el diagnóstico de esta neumopatía, que casi siempre requiere biopsia pulmonar abierta para su confirmación, presentamos un caso de LAM asociada con angiomiolipomas renales y leiomiomas uterinos múltiples y queremos significar la importancia del diagnóstico diferencial, de forma muy particular, con dos procesos que guardan con la LAM características clínicas, de dependencia hormonal e incluso histológicas muy similares: la esclerosis tuberosa (ET) y el leiomioma benigno metastatizante (LBM)².

Se trataba de una mujer de 39 años de edad, sin hábitos tóxicos, que presentaba como único antecedente patológico de interés la existencia de un episodio de neumotórax espontáneo un mes antes de su ingreso en nuestro Servicio. Cuando fue vista en consul-