

Neumonía por *Pneumocystis carinii* y lesiones cavitadas

Sr Director: La neumonía por *Pneumocystis carinii* (NPC), frecuente complicación de los pacientes con infección por VIH, presenta como patrón radiológico habitual un infiltrado intersticial difuso, bilateral, perihiliar. Como presentaciones atípicas se incluyen: lesiones focales, infiltrados alveolares, patrón nodular, derrame pleural, adenopatías¹⁻³. Aunque el neumotórax y las lesiones cavitadas se han descrito como un hecho infrecuente en la neumonía que nos ocupa^{1,2}, son ya varias las aportaciones al respecto^{4,5}.

En este sentido describimos un caso de neumatocele observado en la evolución de una NPC, con neumotórax espontáneo como complicación.

Varón de 22 años, ADVP y fumador de 20 cigarrillos/día, diagnosticado de infección por HIV en diciembre-89, estadio IV C-1 por candidiasis esofágica. En mayo-90 ingresó por neumonía intersticial bilateral, secundaria a infección por *Pneumocystis carinii* (PC), como se demostró en examen de esputo inducido. El resto del estudio serológico y bacteriológico resultó negativo, con T4 de 240/mm y T8 de 480/mm.

Iniciada la administración de cotrimoxazol parenteral a dosis terapéuticas habituales, el paciente quedó afebril a los ocho días. Cuatro días más tarde se objetivó en Rx de tórax de control, sin haber experimentado empeoramiento en su estado clínico, imagen quística aérea de 3 cm de diámetro en LSD, sin niveles en su interior. A las 48 horas del hallazgo, y coincidiendo con intensificación del dolor torácico, se demostró neumotórax derecho que requirió drenaje con tubo endotorácico. Resuelto éste en 24 horas, la imagen quística creció bruscamente hasta llegar a tener un diámetro aproximado de unos 8 cm (fig. 1). Mantenido el tratamiento durante 21 días, para pasar a continuación a dosis profilácticas, se evidenció progresiva disminución de la imagen aérea, que en el momento del último control, realizado al mes de ingreso, era de 1,5 cm de diámetro.

Las cavidades aéreas detectadas en el examen radiológico de la NPC constituyen una forma de presentación inusual. Recientemente se han publicado varias revisiones que constatan la presencia de estas lesiones, con incidencia variable^{4,5}. En exámenes clínico-radiológicos se ha referido una frecuencia de hasta el 10%, que contrasta con la cifra del 42% observada por otros autores, que enfocaron su serie sobre la búsqueda de lesiones con TAC torácica⁵.

Se trata de cavidades aéreas de tamaño y localización variables, paredes finas y ausencia de nivel en su interior. La patogénesis y su relación con el agente productor de esta neumonía permanecen oscuros.

Presentan gran capacidad para variar bruscamente de tamaño, tanto en su formación como durante su resolución, alcanzando en ocasiones dimensiones llamativas en cortos períodos de tiempo. Si esto se explica por una comunicación con la vía aérea o por un mecanismo valvular es aún una elucubración⁶.

Se ha referido también la relación de estas lesiones con la aparición de neumotórax espontáneo^{4,6}, demostrándose incluso éste de forma recidivante en los casos de larga persistencia de la cavidad aérea.

Con estas aportaciones quizá pueda concluirse que en pacientes inmunocomprometidos, el desarrollo de quistes aéreos y/o neumotórax durante la enfermedad debería sugerir la posibilidad etiológica del PC, justificación ésta para hacer una búsqueda mediante técnicas adecuadas.

Por otro lado, la mayor incidencia de neumotórax observada en el transcurso de la NPC cavitada debería alertar sobre esta posible complicación evolutiva y, quizá, incluso intentar obviar ciertas técnicas invasivas, con gran capacidad lesiva. Por último, reseñar la dificultad terapéutica de estos neumotórax que, en ocasiones, no se resuelven o recidivan, requiriendo incluso tratamiento quirúrgico.

P. Ballesteros Moreno, A. Gato Díez y V. Pérez

Servicio de Medicina Interna, Hospital Central de Cruz Roja Española. Unidad Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, Madrid.

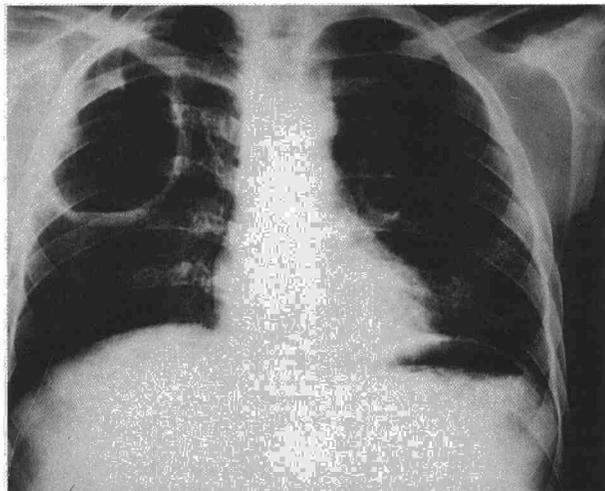


Fig. 1. Imagen quística aérea en la evolución de la neumonía por *Pneumocystis carinii*.

1. Goodman PC, Daley C, Minagi H. Spontaneous pneumothorax in AIDS patients with *Pneumocystis carinii* pneumonia. AJR 1986; 147:29-31.

2. DeLorenzo LJ, Huang CT, Stone DJ. Roentgenographic patterns of *Pneumocystis carinii* pneumonia in 104 patients with AIDS. Chest 1987; 91:323-327.

3. Barrio JL, Suárez M, Rodríguez JL, Saldana MJ, Pitcheik AE. *Pneumocystis carinii* pneumonia presenting as cavitating and non-cavitating solitary pulmonary nodules in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Am Rev Respir Dis 1986; 134:1.094-1.096.

4. Sandhu JS, Goodman PC. Pulmonary cysts associated with *Pneumocystis carinii* pneumonia in patients with AIDS. Radiology 1989; 173:33-35.

5. Kuhlman JE, Knowles MC, Fishman EK, Siegelman SS. Premature bullous pulmonary damage in AIDS: CT diagnosis. Radiology 1989; 173:23-26.

6. Feuerstein IM, Archer A, Pluda JM et al. Thinwalled cavities, cysts and pneumothorax in *Pneumocystis carinii* pneumonia: Further observations with histopathologic correlation. Radiology 1990; 174:697-702.

Lipomatosis mediastínica y dosis bajas de corticoides

Sr. Director: La lipomatosis mediastínica secundaria a corticoterapia, es una entidad bien conocida desde la primera descripción realizada por Koerner¹. Clásicamente ha sido relacionada con dosis elevadas de glucocorticoides²; por ello creemos de interés presentar un paciente que desarrolló una lipomatosis mediastínica mientras seguía tratamiento corticoideo a dosis bajas.

Se trata de un enfermo, fumador de un paquete de cigarrillos al día hasta cuatro años antes de su ingreso, afecto de silicosis y artritis reumatoide seropositiva. Seguía tratamiento con 6-metil-prednisolona, a dosis de 4 mg/día; durante dos años, la dosis diaria fue de 8 mg/día, siendo controlado por su reumatólogo. Ingresó por empeoramiento progresivo de su disnea habitual, a causa de su EPOC y silicosis, en nuestro centro. En la exploración física destacaba la presencia de un hábito cushingoide muy marcado, tumoraciones blandas supraclaviculares y derrame sinovial en las articulaciones de ambas rodillas. La radiografía de tórax mostró nódulos pulmonares múltiples con conglomerados silicóticos bilaterales y ensanchamiento mediastínico. Ante la presencia de dicho ensanchamiento se indicó tomografía axial computarizada que demostró lipomatosis mediastínica, conjuntamente con las alteraciones parenquimatosas ya detectadas en la radiografía de tórax.

Los estados de hipercorticismo se acompañan de alteraciones de la distribución de la grasa corporal. Dichos estados dependen de la dosis, duración y potencia del tratamiento efectuado. Así, esta descrito síndrome de Cushing yatrógeno con dosis de 5-7,5 mg/día de prednisona en el intervalo de dos años de tratamiento³. El hecho de que en todos los estados de hipercorticismo, no se diagnosti-