

mismo. Posteriormente se inició tratamiento con salbutamol a dosis de 6 mg día y se reinició tratamiento con doxicilina, sin presentar nuevas complicaciones y evolucionando favorablemente. Consideramos que nuestra paciente presentó una crisis de angustia (*panic attack*) secundaria a la administración de teofilina retardada. A los 10 días recibimos los niveles de hormonas tiroideas que estaban en límites normales y el de teofilina (a las 12 horas de la última administración) que tenía un nivel de 9,5 µg/ml, lo que apoya la idea de imputar la crisis de angustia a una reacción de idiosincrasia.

**F. Marcos Sánchez, C. Rodríguez Gallego, J. Celdrán Gil y A. Durán Pérez-Navarro**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital del Insalud de Talavera de la Reina. Toledo.

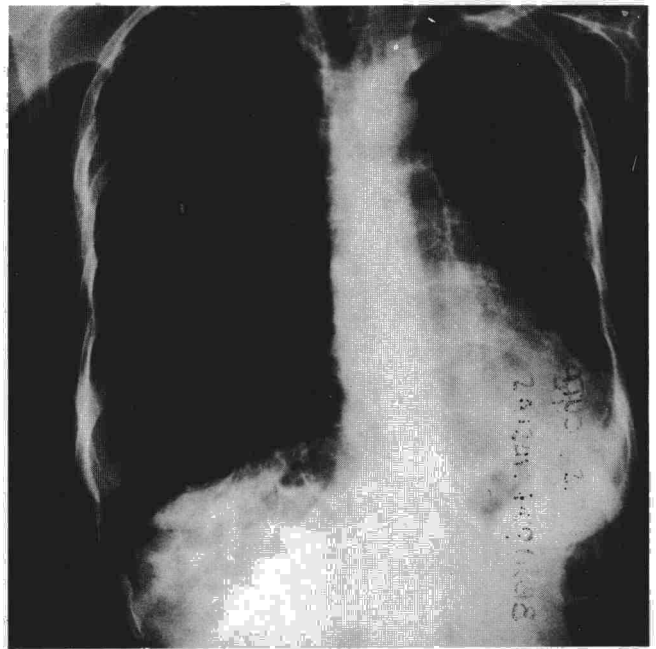
1. De Pablo J, García JC, Picado C, Pérez P. Crisis de angustia desencadenadas por teofilina. *Med. Clín (Barc)*. 1987; 88:549-550.
2. Gea J, De Pablo J, Martí J, Picado C, Pujol A, Agustí-Vidal A. Crisis de angustia (*panic attack*) secundaria a la administración de teofilina en preparado oral de liberación sostenida. *Rev Clín Esp* 1988, 183-280.
3. Snyder SH, Sklar P. Behavior and molecular actions of caffeine: focus on adenosine. *J Psychiatr Res* 1984; 18:91-106.

## Vasculitis cutánea en un caso de bronquiectasias

**Sr. Director:** En los últimos años se han descrito diferentes alteraciones de carácter inmunológico en pacientes afectos de supuración bronquial de tipo crónico, especialmente en individuos con bronquiectasias<sup>1</sup>. Dichas alteraciones, fundamentalmente vasculitis cutánea, aparecen en el paciente coincidiendo con una exacerbación de su enfermedad respiratoria supurativa crónica.

Presentamos una paciente con vasculitis cutánea de tipo leucocitoclástica con depósito de IgG en la pared del vaso, afecta de bronquiectasias quísticas. Se trata de una mujer de 57 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar en su juventud, que fue tratada mediante colapso de hemitórax izquierdo. En los últimos 10 años presentó tos crónica con expectoración bronquial e incapacidad al esfuerzo. El motivo de su consulta fue la aparición de lesiones cutáneas de carácter purpúrico en ambas extremidades inferiores coincidiendo con agravación de su enfermedad pulmonar crónica. La radiografía de tórax mostró imágenes compatibles con bronquiectasias quísticas en lóbulo inferior derecho (fig. 1). En la analítica se observó aumento de la concentración de IgA (729 mg/dl) siendo los niveles de C3 y C4 normales. Se le realizó una biopsia cutánea observándose a nivel de la dermis papilar una infiltración de la pared de los vasos por polimorfonucleares, con restos nucleares y depósitos de fibrina en algunos de ellos. Con inmunofluorescencia directa se observó depósitos de IgG en la pared de los vasos. La

**Fig. 1. Bronquiectasias quísticas en lóbulo inferior derecho.**



paciente fue tratada con antibióticos de amplio espectro, broncodilatadores y corticoides, mejorando progresivamente la sintomatología respiratoria y desapareciendo las lesiones cutáneas.

Las alteraciones inmunológicas descritas en pacientes afectos de bronquiectasias, fundamentalmente aumento de las inmunoglobulinas, se han observado de forma experimental en animales de laboratorio tras la inyección de endotoxinas y también en enfermos en los que se han detectado endotoxinas en sangre<sup>2,3</sup>. Asimismo, hasta el 80% de los pacientes con bronquiectasias presentan complejos inmunes circulantes de diferente tipo<sup>4</sup>. Un mecanismo patogénico posible de las lesiones purpúricas cutáneas estaría en relación con el fallo de los mecanismos de aclaramiento de los complejos inmunes, en relación con el sistema mononuclear fagocítico<sup>5</sup>.

**M.\*J. Mayol Belda, J. Marco Such\*, R. Roldán Iglesias\*\* y H. Manero Soler\***

Servicio de Anatomía Patológica,  
\*Servicio de Neumología y \*\*Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Provincial de Alicante.

1. Horan MA, Doyle L, Ellis DA. Immunological abnormalities in patients with chronic bronchial suppuration: a possible relation with endotoxaemia. *Br J Dis Chest* 1984; 78:66-74.
2. Murphy MB, Walker M, White WF. Atopy, immunological changes and respiratory function in bronchiectasias. *Thorax* 1984; 39:179-184.
3. Borker AF, Chalmers J, George RJ. Humoral immunity in bronchiectasis. *Ann Allergy* 1987; 59:179-182.
4. Scherzer H, Ward DA. Lung and dermal vascular injury produced by performed immune complexes. *Am Rev Respir Dis* 1978; 117:551-557.

5. Hildon AM, Masleton PS, Bradlow A, Leahy BC, Moore M, Cooper KM. Cutaneous vasculitis and immune complexes in severe bronchiectasis. *Thorax* 1984; 39:185-191.

## Empiema por nocardia. Presentación de un caso de evolución atípica

**Sr. Director:** La publicación en su revista del trabajo «Nocardiosis pulmonar: es la nocardia un saprófito»<sup>1</sup> y el haber vivido recientemente un caso que nos ha planteado problemas diagnósticos nos ha animado a enviarle la presente carta.

Se trata de un paciente de 50 años, fumador y con antecedentes de catarros de repetición, que un mes antes de su ingreso en nuestro centro acudió a otro hospital por un cuadro de dolor en costado izquierdo, tos sin expectoración y sensación febril. En las pruebas complementarias destacaba imagen radiológica de derrame pleural izquierdo que fue evacuado, apareciendo entonces en la radiografía condensación basal del mismo lado con broncograma aéreo. Se efectuó estudio del derrame y biopsia pleural y, aunque no se aisló ningún germen, se llegó al diagnóstico de empiema pleural paraneumónico. Trasladado a nuestro centro, a su ingreso se evidencia importante derrame pleural por lo que se coloca drenaje torácico, siendo el estudio bacteriológico del líquido negativo. A pesar del tubo persiste cámara pleural, por lo que siete días después se decide colocación de sonda de «Pezzer» con resección costal, evacuando el contenido líquido y lavando la cavidad con povidona yodada diluida, tomándose muestras directas del líquido pleural, presentando el cultivo crecimiento puro de *Nocardia sp*, por lo que se inicia tratamiento médico con sulfadiacina 7 g/día y trimetoprim-sulfametoxazol 8 compr/día, 10