

6. Tardaguilla Montero F, de la Fuente Buceta A, Alvarez Moreno A, Arnal Monreal F. Aspergilosis pulmonar invasiva: correlación anatomorradiológica de dos casos y revisión de la literatura. *Radiología (Madrid)* 1980; 22:205-210.
7. Nolla Salas M, Torres Rodríguez JM, Moreno Carazo A, Chanovas Borrás M, Nolla Salas J, Garcés Brusés J. Aspergilosis diseminada en una insuficiencia respiratoria crónica. Diagnóstico y tratamiento. *Med Clin* 1984; 82:451-453.
8. Lake KW, Browne PM, van Dyke JJ, Ayres L. Fatal disseminated aspergillosis in an asthmatic patient treated with corticosteroids. *Chest* 1983; 83:138-139.
9. Vidal R, Torres JM, Vizcaya M, et al. Incidencia de la aspergilosis respiratoria en enfermos broncopulmonares crónicos. *Rev Clin Esp* 1978; 2:165-169.
10. Weksler ME. Senescence of the immune system. *Med Clin North* 1983; 67:203-208.

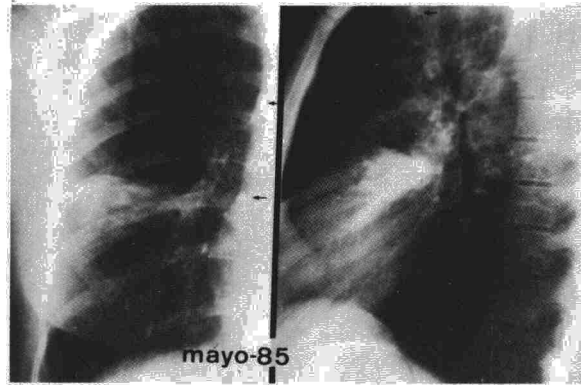


Fig. 1. Imagen macrocópica del broncolito.

### Broncolitiasis: aportación de un caso con reactivación tuberculosa subyacente

**Sr. Director:** La broncolitiasis es una entidad clínica rara que se caracteriza por la aparición de material calcificado en el árbol bronquial. La procedencia de éste calcio es en general adenopática, y su irrupción en el bronquio, sólo en casos aislados, está condicionada por una reactivación del proceso granulomatoso que la originó.

Por la rareza de dicha presentación, creemos de interés comunicar un caso reciente:

Mujer de 26 años que consulta por neumonía de evolución tórpida. Entre sus antecedentes destaca Mantoux «positivo» en la infancia, que motivó tratamiento durante 6 meses con una medicación oral que desconoce. El proceso actual había comenzado mes y medio antes, con tos, hemoptisis y fiebre, síntomas que persistían (salvo la hemoptisis) a pesar de diversos tratamientos.

La exploración fue anodina a excepción de tos machacona y seca. La analítica de rutina, espirometría y gasometría fueron normales. Las radiografías previas mostraban condensación tenue del segmento 4 derecho ya prácticamente resuelta en el momento de la consulta, junto a calcificaciones paratraqueales e hiliares derechas. La broncoscopia evidenció en la cara dorsal del bronquio del lóbulo medio, una formación costrosa, verdosa, dura, adherida a una elevación crateriforme de bordes irregulares y friables, de cuyo fondo brotaba una secreción blanquecina espesa.

El estudio citológico del BAS fue inespecífico y la biopsia no evidenció granulomas. Tanto la técnica de Gomori, como el Ziehl y el PAS resultaron negativos.

La paciente, avisada de la posibilidad de expectorar material calcáreo, volvió dos días después trayendo un casquete de esfera de 0,7 x 0,2 cm

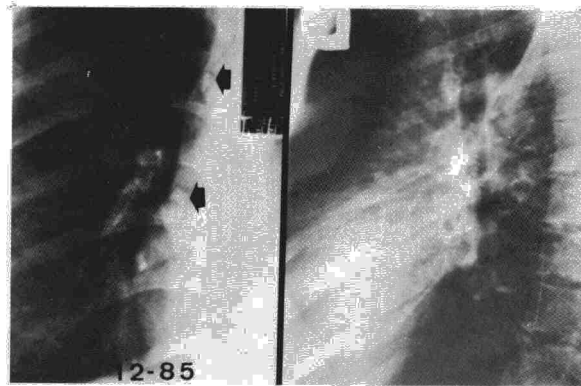


Fig. 2

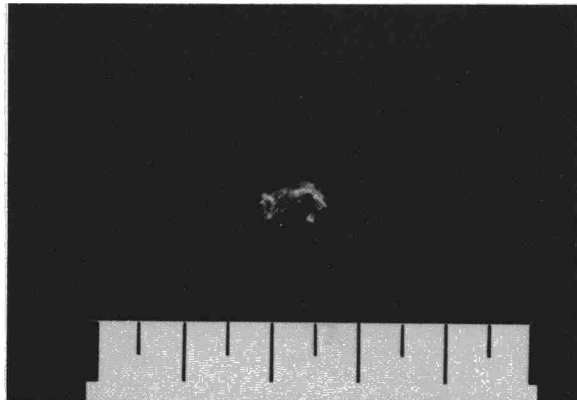


Fig. 3

de borde irregular, espiculado, cuya superficie recordaba a la piel de la naranja (fig. 1). Tras decalcificación se observaron extensas áreas de material fibrilar, eosinófilo y granular, sin restos celulares, que se acompañaba de zonas centrales en las que persistía una tendencia a la calcificación en forma de saponificación. No se evidenciaron signos de especificidad.

El cultivo del BAS mostró crecimiento de *M. tuberculosis*, por lo que se instauró tratamiento



con Rif-INH-Eth, desapareciendo la tos y mostrando la broncoscopia, a los cuatro meses, normalidad absoluta del bronquio del lóbulo medio y de sus segmentarios.

En general sólo se aceptan la tuberculosis y la histoplasmosis como etiologías incuestionables del proceso granulomatoso productor del broncolito<sup>1-6</sup>. Dicho proceso hubo de desbordar los límites anatómicos del ganglio y englobar la pared bronquial en el mismo magma inflamatorio antes de su curación. Los continuos movimientos respiratorios irían «restregando», en lo sucesivo, los irregulares bordes del fragmento calcificado hasta erosionar la pared bronquial<sup>2</sup>.

En casos aislados, sin embargo, la causa de la fistulización a bronquio es una reactivación de la infección originaria<sup>2, 3</sup>. En nuestro caso creemos que muy probablemente, no se hizo en su día un correcto despistaje de «enfermedad tuberculosa», habiendo recibido, por tanto, un tratamiento (monoterapia) incorrecto, y no una «quimioprolaxis» por «infección tuberculosa».

La sintomatología suele ser siempre similar. Tos espasmódica de comienzo brusco, frecuentemente acompañada de hemoptisis que puede ser masiva<sup>7</sup>, en un paciente con calcificaciones hiliares. La litoptisis es tan rara<sup>8</sup> como llamativa, y cuando no es precoz, la obstrucción bronquial crónica condiciona infecciones de repetición y

bronquiectasias localizadas, cuyo origen aclara casi siempre la broncoscopia<sup>9</sup>.

**J.L. Lobo, M.L. Gómez y P. Atienza**

Sección Neumología, Servicio Anatomía Patológica y Servicio Radiodiagnóstico. Hospital General Geriátrico José María Calvo. Hospital Enfermedades del Tórax. San Pedro. Logroño.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Case records of the Massachusetts General Hospital (Case 23 - 1978) *N Engl J Med* 1978; 298:1353-1357.
2. Kelley WA. Broncholithiasis: current concepts of an ancient disease. *Postgrad Med* 1979; 66:81-90.
3. Arrigoni MG, Bernatz PE, Donoghue FE. Broncholithiasis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 62:231-237.
4. Vix WA. Radiographic manifestations of broncholithiasis. *Radiology* 1978; 128:295-299.
5. Greenberg SB, Steinert RM, Wechsler RJ. Hemoptysis and recurrent pneumonias in a 62-year-old man. *Chest* 1985; 87:671-672.
6. Kowal LE, Goodman LR, Zarro VJ, Haskin ME. CT Diagnosis of broncholithiasis. *J Comput Assist Tomogr* 1983; 7:321-323.
7. Bollengier WE, Guernsey JM. Broncholithiasis with aortotracheal fistula. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1974; 68:588-592.
8. Faber LP, Jensik RJ, Chawla SK, Kittle CF. The surgical implications of broncholithiasis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975; 70:779-789.
9. Baron MG. Case of the day: broncholithiasis. *AJR* 1983; 140:1010-1011.