



Aspergilosis pulmonar necrotizante crónica

J.J. LLEBOT, J. ESPAULELLA, J. GIBERNAU, J. ARMENGOL y G. ESTRADA
Hospital Sant Llàtzer. Terrassa. Barcelona.

Clásicamente la afectación pulmonar de la aspergilosis (Asp) se ha clasificado en formas bronco-pulmonares alérgicas, neumonía aguda invasiva y aspergiloma. Una forma poco frecuente pero descrita desde hace 50 años es la de la neumonía crónica que en la literatura anglosajona ha sido llamada Asp lentamente progresiva y también Asp pulmonar granulomatosa crónica. En 1982 Binder et al diagnosticaron 4 casos de esta forma crónica y revisan otros 22 casos bien documentados, estableciendo criterios diagnósticos y denominando a esta forma Asp. *Pulmonar necrotizante crónica (APNC)*.

Presentamos 1 caso bien documentado de APNC que probablemente es el 1.º descrito en nuestro país.

Se trata de un varón de 62 años, con hábitos tabáquico y alcohólico importantes. Criterios de EPOC. Cuatro años antes fue ingresado en otro hospital por bronconeumonía de curso subagudo que afectó de forma progresiva a todo el hemitórax izquierdo, sin que los cultivos de sangre y esputo habituales y para micobacterias demostraran gérmenes y que dejó como secuela patrón destructivo en LSI. Desde entonces incremento de la tos con moderada afectación general y pérdida de peso. Ingresó en nuestro hospital (XI/84) por febrícula, mal estado general y hemoptisis en las últimas semanas, comprobándose cavitación en LSI con imagen de micetoma y infiltrado en LSI y LSD con engrosamiento pleural derecho. Varios BK de esputo incluyendo 2 obtenidos por BAS, uno por PTT y 2 cultivos en medio de Lowenstein fueron negativos. Tres cultivos de esputo fueron positivos para *Aspergillus fumigatus*, precipitinas (hemaglutinación) + 1/327.680. Se practicó resección de la cavidad pulmonar y del micetoma y biopsia pulmonar del infiltrado del LSI la cual confirmó la existencia de hifas septadas de *Aspergillus fumigatus*.

Este caso reúne los criterios diagnósticos de seguridad establecidos por Binder de la APNC (demostración en tejido pulmonar de hifas septadas de aspergilus).

Estudio clínico, gammagráfico y funcional a los 6 meses del diagnóstico de tromboembolismo pulmonar

J. FERRER, E. MONSO, R. VIDAL, M.L. MARTINEZ y G. SAMPOL
Sección de Neumología. Departamento de Medicina Interna.
Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

Se ha seguido prospectivamente la evolución de un cuerpo de pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) (28 enfermos). Para incluirse en el estudio los pacientes debían haber presentado clínica, radiografía, electrocardiograma, gasometría y gammagrafía pulmonar de perfusión compatibles con el diagnóstico. Si la gammagrafía no era de alta sospecha de TEP se demostró la presencia de flebotrombosis en las venas profundas de EEII por flebografía convencional. Se han valorado la radiografía, gammagrafía pulmonar de perfusión, pruebas funcionales respiratorias, rheografía de

impedancia y síndrome postflebitico a los 6 meses del diagnóstico, así como el tratamiento y sus complicaciones.

En el 68 % de los casos la radiografía de tórax a los 6 meses es normal, siendo la alteración más frecuente el pinzamiento costofrénico (20 %). La espirometría y curvas flujo-volumen solamente están alteradas en un 21,7 %, pudiendo justificarse por enfermedades asociadas. En 15 pacientes se realizó TLCO, que sólo fue patológico en un caso (6,7 %). La gammagrafía se normaliza totalmente sólo en un 22,2 %, persistiendo defectos subsegmentarios o un defecto segmentario en el 59,3 % y defectos más importantes en un 29,6 %. La rheografía de impedancia permanece patológica en el 65 %, y el síndrome postflebitico se halla en el 60,7 %. 22 pacientes se trataron con descoagulación 6 meses, 4 con urokinasa y descoagulación y en 2 enfermos se implantó un clip de cava. Los sangrados durante la descoagulación fueron frecuentes (39,2 %), aunque sólo fueron graves en un 7,1 %.

Las secuelas de un TEP (áreas pulmonares no perfundidas y síndrome postflebitico) son muy frecuentes, aunque la normalización radiológica y funcional es la norma.

Síndrome de distrés respiratorio (SDRA) en el coma mixedematoso (CM)

R. CONEJERO GARCIA-QUIJADA, S. CALVO BARROS y F.J. MASA JIMENEZ
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Introducción

El CM es un cuadro que cursa con elevada mortalidad en relación principalmente con insuficiencia respiratoria aguda de diversas causas, sin que previamente haya sido incluido entre éstas, el edema agudo pulmonar no cardiogénico (EAPNC).

Pacientes

Tres pacientes con historia, semiología y perfiles bioquímico y hormonal característicos de hipotiroidismo primario, ingresaron en UCI por bajo nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria aguda; presentando en la Rx de tórax inicial una lesión alveolar bilateral sin cardiomegalia. La Tª central era de 32, 26,6 y 31 °C. La FC de 50, 35 y 45 l/min y la TA 60, 110 y 130 mmHg. En la tabla mostramos la evolución de los parámetros hemodinámicos y de función pulmonar al ingreso y al tercer día. En los 3 se instituyó un tratamiento sustitutivo hormonal, ventilación mecánica y soporte hemodinámico, pese a lo cual fallecieron en situación de SDRA severo, con elevación de QS/QT, VD/VT y RVP así como una baja compliance pulmonar.

Discusión

Varios trastornos endocrinos y metabólicos se asocian a EAPNC sin que esta forma de insuficiencia respiratoria