

Imagen Clínica

Radiología, broncoscopia y microbiología de la aspergilosis bronco-pulmonar

Radiology, Bronchoscopy and Microbiology in Bronchopulmonary Aspergillosis

Francisco M. Páez Codeso^{a,*}, María Pilar Bermúdez Ruiz^b y Antonio Dorado Galindo^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Regional de Málaga, Málaga, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Regional de Málaga, Málaga, España



Mujer de 52 años, con antecedentes de 3 neumonías y asma. Consultó por disnea, tos crónica y febrícula. La analítica mostró eosinofilia del 7,7% ($0,5 \times 10^9/l$) e inmunoglobulina E total (Ig E_T): 6.680 UI/l. El *prick* test y la prueba de radioalergoabsorbencia (RAST) fueron positivas para *Aspergillus*. La tomografía computarizada se muestra en las figuras 1a y b. En la broncoscopia (fig. 1c) un gran tapón mucoso, purulento y espeso ocupaba la entrada del árbol derecho. En el broncoaspirado se observaron micelios fúngicos y creció abundante *Aspergillus terreus* (fig. 1d). La citología mostró células inflamatorias y estructuras micóticas compatibles con hifas.

La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) se produce en pacientes susceptibles expuestos a esporas de *Aspergillus*. La ABPA afecta a asmáticos graves y, sobre todo, a pacientes con fibrosis quística. Los criterios diagnósticos no siempre están todos presentes al mismo tiempo¹. En casos como el nuestro, con coexistencia de asma y bronquiectasias, es uno de los procesos que deben ser considerados en el diagnóstico diferencial². Actualmente la ABPA puede subdividirse en 2 subgrupos, con y sin bronquiectasias. Los criterios para la ABPA-bronquiectasias son: asma, bronquiectasias proximales, IgE_T elevada, test cutáneo inmediato positivo a *Aspergillus* spp. y elevación en suero de IgE y/o IgG específicas.

Bibliografía

- Greenberger PA, Bush RK, Demain JG, Luong A, Slavin RG, Knutsen AP. Allergic bronchopulmonary aspergillosis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014;2:703–8.
- Martínez-García MÁ, Máz L, Oliveira C, Girón RM, de la Rosa D, Blanco M, et al. Spanish Guidelines on the Evaluation and Diagnosis of Bronchiectasis in Adults. *Arch Bronconeumol*. 2018;54:79–87.

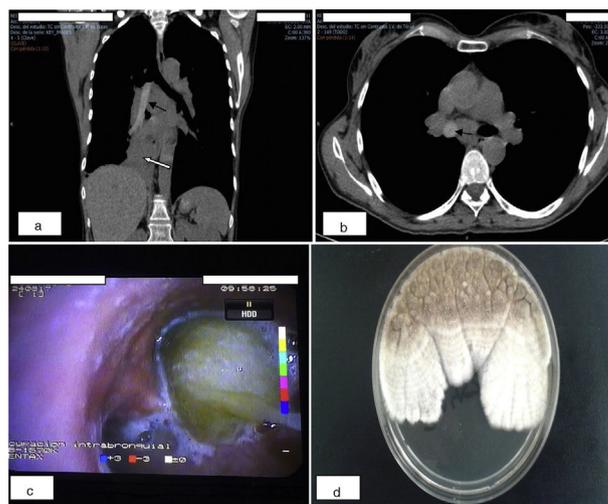


Figura 1. a y b) Imagen de tomografía computarizada coronal y axial, donde observamos en la grabación de mediastino un material de alta densidad (correspondiente al tapón mucoso) que ocupa casi todo el árbol bronquial derecho, parcialmente desde su entrada en el bronquio principal, bronquio intermediario en su totalidad, hasta llegar ocluyendo el bronquio del lóbulo inferior y medio (flechas negras). Provocando atelectasia parcial del parénquima dependiente de estos bronquios lobares (flecha blanca). También se objetivaron bronquiectasias varicoides bilaterales en la grabación de parénquima; c) Imagen bronoscópica del tapón mucoso protruyendo desde el bronquio fuente derecho justo antes de ser aspirado; d) Colonias de *Aspergillus terreus* aisladas en agar Sabouraud-cloranfenicol, con su característico aspecto blancas y algodonosas que se tornan pulverulentas o granulares de color canela-café.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paezco64@gmail.com (F.M. Páez Codeso).