

Neumonía lipóide aguda.

Presentación de un nuevo caso

Sr. Director: Se han publicado recientemente en nuestro país los dos primeros casos de neumonía lipóidea aguda en "comedores de fuego"¹. Presentamos un nuevo caso y aportamos el estudio con tomografía computarizada (TC).

Varón de 22 años que durante un entrenamiento como "comedor de fuego" aspiró parafina líquida. A las 7 h presentó tos con expectoración hemoptoica, dolor de características pleuríticas en ambos hombros, dificultad respiratoria y escalofríos. Acudió al servicio de urgencias donde se consideró el diagnóstico de neumonía lipóide y se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina y clavulánico por vía oral. Se practicó una TC torácica a los 4 días de la aspiración que muestra ocupación del espacio alveolar de ambos lóbulos inferiores y del lóbulo medio (fig. 1). Se indicó fibrobroncoscopia y el lavado broncoalveolar (BAL) practicado en el lóbulo medio puso de manifiesto la existencia de macrófagos con material lipídico intracitoplasmático (tinción *oil red O* positiva). Fue dado de alta el día 10 del ingreso.

La neumonía lipóide exógena puede manifestarse de forma aguda tras la aspiración masiva de parafina líquida en exhibiciones como "comedores de fuego"¹. La parafina es un aceite mineral que provoca una reacción inflamatoria con tendencia a la formación de lipogranulomas². El antecedente reciente de aspiración, en el contexto clínico adecuado, sugiere el diagnóstico. La TC torácica ayuda a confirmar el diagnóstico si se detectan infiltrados pulmonares de densidad grasa³, aunque las imágenes indicativas de neumonía lipóide aparecen relativamente tarde, durante la fase de resolución clínica.

Sin embargo, se han descrito áreas de consolidación con bajo coeficiente de atenuación en el carcinoma bronquioloalveolar, en la neumonitis postobstructiva y en la neumonía organizada^{4,5}. Por todo ello creemos que el diagnóstico de certeza exige la confirmación histológica. No siendo imprescindible la obtención de tejido pulmonar por biopsia ya que la citología del lavado broncoalveolar (BAL) suele demostrar la existencia de macrófagos

con lípidos intracitoplasmáticos en el espacio alveolar⁶. La evolución clínica del paciente fue favorable, al igual que en los casos descritos en la literatura¹.

C. Porcar Ramells^a, C. Clemente González^a y M. Rubio Goday^b

^aServicio de Medicina Interna.

^bSección de Neumología. Hospital de Girona
Doctor Josep Trueta.

1. Lores L, Ribas J, Ruiz J, Cuxart A, Frigola A, Morera J. Neumonía lipóidea aguda. Presentación de dos casos. *Med Clin (Bar)* 1996; 106: 747-748.
2. Spickard A, Hirschmann JV. Exogenous lipid pneumonia. *Arch Intern Med* 1994; 154: 686-692.
3. Wheeler PS, Stitik FP, Hutchins GM, Klinefelter HF, Siegelman SS. Diagnosis of lipid pneumonia by computed tomography. *JAMA* 1981; 245: 65-66.
4. Im JG, Han MCh, Yu EJ, Han JK, Park JM, Kim ChW et al. Lobar bronchioloalveolar carcinoma: "angiogram sign" on CT scans. *Radiology* 1990; 176: 749-753.
5. Murayama S, Onitsuka H, Murakami J, Torii Y, Masuda K, Nishihara K. "CT angiogram sign" in obstructive pneumonitis and pneumonia. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17: 609-612.
6. Silverman JF, Turner RC, West RL, Dillard TA. Bronchoalveolar lavage in the diagnosis of lipid pneumonia. *Diagn Cytopathol* 1989; 5: 3-8.

Carcinoma bronquioloalveolar: presentación atípica como patrón miliar y afectación endobronquial

Sr. Director: El carcinoma bronquioloalveolar (CBA) es un tumor pulmonar primario considerado actualmente según la clasificación de la OMS dentro del grupo de los adenocarcinomas, y que se presenta según las diversas series con una frecuencia estimada del 1 al 9% de todos los tumores pulmonares¹.

Las posibles formas de presentación radiológicas varían desde la nodular periférica aislada a las formas difusas. La expresión clínica radiológica como patrón micronodular miliar no es frecuente, así como la afectación de la vía aérea principal, estimada en un 3% de los casos². A continuación mostramos un caso con esta doble infrecuente presentación.

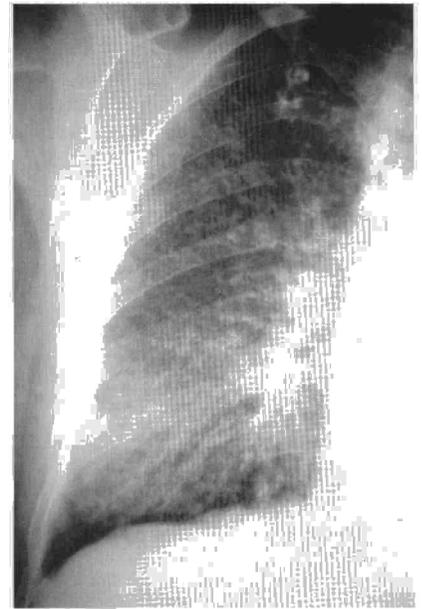


Fig. 1. Detalle del patrón miliar en el hemitórax derecho.

Paciente de 68 años; ex fumador sin criterios de EPOC; sin antecedentes de interés excepto pleuresía de posible etiología específica en su juventud. Acude por presentar desde 2 meses antes de su ingreso disnea de esfuerzo progresiva que se hace de reposo en los últimos días. Se asocian al cuadro anterior tos productiva blanquecina de escasa cuantía; anorexia, febrícula sin termometrar y leve pérdida ponderal no cuantificada sin dolor torácico o hemoptisis. La exploración física era normal destacando una hipoventilación en hemitórax izquierdo con semiología de derrame en su base. Las exploraciones complementarias practicadas fueron radiología de tórax: patrón intersticial micronodular bilateral (miliar) (fig. 1) con granulomas calcificados en ambos vértices pulmonares, sensación de dudosa consolidación pulmonar en campo pulmonar superior izquierdo, y derrame pleural izquierdo libre ocupando senocostofrénico. Hematimetría: normal con una VSG de 103 mm. Bioquímica: leve alteración del perfil hepático de carácter mixto. Gases basales: hipoxemia leve (pO₂, 68,5). Baciloscopia seriada de esputo y orina (en cuatro muestras): negativo. Serología VIH 1-2: negativa. Mantoux 2 U: 15 mm. La toracocentesis diagnóstica mostró un líquido pleural de aspecto amarillento tipo exudado linfocitario con ADA en rango normal (23 U/l); siendo su baciloscopia, cultivo y citología negativas. Fondo de ojo: normal. Eco abdominal: coledolitiasis. En la broncoscopia practicada por sospecha de tuberculosis miliar y ante la negatividad de los hallazgos microbiológicos en esputo, existía afectación de la mucosa bronquial a nivel de la entrada del BLSI por lesiones nodulares granulomatosas de 5-6 mm de diámetro aisladas que se iban agrupando y extendiendo de forma difusa a medida que avanzamos en el árbol bronquial distal.

Lesiones similares a las descritas pero aisladas fueron detectadas en la entrada del B6



Fig. 1. TC de tórax (ventana pulmonar). Condensación de los lóbulos inferiores y del lóbulo medio.