

ASPERGILOMA PULMONAR.

Casas Fernández de Tejerina JM.¹, Acha Arrieta V.², Suárez López A. ¹, Martínez Litago E. ¹, Oteiza OIaso J. ¹, Etxeberria Lekuona D. ¹.
Servicios de Medicina Interna "A"¹ y "B"² del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

INTRODUCCION

La especie *Aspergillus* es un hongo filamentoso ubicuo en la materia orgánica, cuya transmisión hacia el huésped humano se produce generalmente por la inhalación de esporas.

Presentamos un caso de Aspergiloma sobre caverna tuberculosa diagnosticado incidentalmente y de comportamiento silente durante su seguimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 37 años desplazado desde Portugal por motivos laborales. Fumador importante (20 paquetes/año) y bebedor de 50 gr. de alcohol diarios, sin antecedentes conocidos de enfermedad previa relevante ni cirugía, que consulta por episodio sincopal inespecífico. No refiere fiebre, expectoración, hemoptisis ni pérdida de peso. Subjetivamente se encuentra bien y no refiere antecedente de enfermedad pulmonar por él conocida. En la exploración física se aprecia únicamente un soplo tubárico mínimo en ápice de pulmón derecho y hepatomegalia de aproximadamente 3 cm. a la percusión.



IMAGEN: La radiología simple de tórax muestra pérdida de volumen del lóbulo superior derecho con engrosamiento pleural, múltiples tractos lineales de aspecto residual, probables bronquiectasias e imagen pseudonodular. En lóbulo superior izquierdo se aprecia igualmente algún tracto lineal de aspecto residual y probablemente alguna bronquiectasia. La TC de Tórax apreció en el lóbulo superior derecho una cavidad de bordes espiculados e imprecisos con una masa en su interior. Por debajo de la misma imágenes de bronquiectasias de gran calibre hacia la zona del hilio. En el resto del parénquima pulmonar también se observan pequeños tractos de naturaleza fibrosa de manera parcheada, con imágenes de bronquiectasias de pequeño calibre. No se exploró el signo de Monod.

BRONCOSCOPÍA: Informe: No se aprecia tumor en árbol bronquial derecho. Árbol izquierdo parcialmente estudiado por falta de colaboración.

MICROBIOLOGÍA: **Espeto:** Gram y cultivo convencional: flora normal. Baciloscopia (x3) negativa. Cultivo de Lowenstein (x3-7 semanas) negativo. Examen directo Calcoflur: Se observan hifas. Cultivo hongos filamentosos: *Aspergillus fumigatus*. **Broncoaspirado:** Baciloscopia y cultivo de Lowenstein (7 semanas) negativo. Examen directo y cultivo para hongos (4 semanas) negativo. Mantoux positivo de 24x18 mm. diámetro. Ac anti- VIH: Negativo. Precipitinas para *Aspergillus* (IgG) positiva.

Citología de esputo (x3) células inflamatorias y epiteliales normales.

El estudio básico del cuadro sincopal (TC craneal-EEG, Holter-Ecocardiógrama) no filió causa subyacente. No volvió a repetir cuadro sincopal.

Con el diagnóstico de Aspergiloma en cavidad de lóbulo superior derecho, secuela de TBC. Bronquiectasias lóbulo superior derecho y tabaquismo activo, se inició tratamiento a las 7 semanas con Isoniacida que siguió durante 6 meses. Por el momento se mantiene revisión periódica y actitud expectante respecto a su indicación quirúrgica manteniéndose estable durante meses la imagen radiológica.

DISCUSION.

La mayoría de las enfermedades por *Aspergillus* sp.. en humanos están producidas por *Aspergillus fumigatus* y *Aspergillus niger*, y menos frecuentemente por *A. flavus* y *A. clavatus*, aunque hay descritas más de 100 variantes de la especie en la naturaleza.

En la especie humana el hongo puede producir un amplio espectro de enfermedad en relación con el tipo e intensidad de la respuesta inmune del paciente que condiciona la invasividad del microorganismo, agrupables en cuatro síndromes principales: aspergilosis broncopulmonar alérgica, aspergiloma, aspergilosis pulmonar necrotizante crónica y aspergilosis invasiva además de otras formas de infección tras diseminación hematogena o contaminación periquirúrgica.

El diagnóstico de aspergiloma se realiza en base a criterios de imagen "cavidad pulmonar con bola redondeada", típicamente en lóbulos superiores, y evidencia microbiológica de *Aspergillus* como agente causante. La cavidad frecuentemente ha sido producida por tuberculosis, si bien se han descrito también en sarcoidosis, áreas quísticas producidas por *Pneumocystis jirovecii*-HIV y otros procesos necrotizantes pulmonares. Su comportamiento clínico puede ser silente aunque evolutivamente el 40-60% de los pacientes desarrollan hemoptisis.

El tratamiento se considera en pacientes sintomáticos, frecuentemente por hemoptisis, siendo la resección quirúrgica la única opción eficaz. La lobectomía o neumonectomía asocian importante morbilidad optándose en algunos casos por actuaciones quirúrgicas específicas sobre la caverna que aloja el micetoma, especialmente cuando existe compromiso de la función pulmonar.

El Itraconazol oral puede, en algunas series, proporcionar un 60% de remisiones parciales o incluso completas. Los agentes antifúngicos locales intracavitarios, anfotericina instilada localmente, sola o en combinación con acetilcisteína y ácido aminocaproico se han utilizado en casos aislados.

CONCLUSION:

El Aspergiloma se desarrolla en una cavidad previa, frecuentemente tuberculosa, usualmente de forma silente pero puede ser la etiología de hemoptisis severas, en cuyo caso esta indicada la intervención quirúrgica precoz.

El Aspergiloma no es raro en pacientes con enfermedad pulmonar crónica cavitada, especialmente por tuberculosis donde su incidencia puede alcanzar el 17%.

BIBIOGRAFIA:

Thomas F. Patterson. Chap. 256 "*Aspergillus Species*". En "Mandell, Bennett, & Dolin: Principles and Practice of Infectious Diseases 6th ed" 2005 Churchill Livingstone Philadelphia, Pennsylvania 19106.

David W Denning, MBBS. Treatment of chronic pulmonary aspergillosis. en "UpToDate" Ed. Burton D. Rose. 2011 UpToDate. Waltham (Last literature review version 19.1: enero 2011)

