



CASO CLÍNICO

Un invitado indeseado

An unwellcome guest

Autores: Octavio Sánchez R¹, Peiró Monzó F¹, Madrona Marcos FM², Lucas Pérez-Romero J³, Bravo Fernández R⁴, Agustín Martínez FJ⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud zona I. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Albacete

²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud zona V. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Albacete

³Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Alborea, Centro de Salud de Casas Ibáñez. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Albacete

⁴Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Salud. Cuenca

Resumen:

El aspergiloma en los pacientes con cavidades pulmonares secundarias a tuberculosis u otras patologías modifica la evolución clínica y el pronóstico de estos pacientes. Presentamos un paciente de 40 años con antecedentes de tuberculosis diagnosticado de aspergiloma, que debido al mal cumplimiento terapéutico presenta un amplio crecimiento.

Palabras clave: tuberculosis; aspergiloma; cavitaciones; lobectomía.

Resume:

Aspergilloma in patients with pulmonary cavitations due to tuberculosis or any other illness modify their clinical evolution and prognosis. We present a 40-years-old male with a history of tuberculosis who is diagnosed as aspergilloma, which grew substantially after uncompleted treatment.

Keywords: tuberculosis; aspergilloma; cavitations; lobectomy.

Introducción:

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecto-contagiosa, descrita por primera vez en 1882 por Robert Koch, quien descubrió el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, y que tiene una gran relevancia clínica y epidemiológica debida a su alta morbimortalidad. Su transmisión se produce por vía aérea¹. En determinadas ocasiones, tanto por factores de la cepa como por las condiciones del paciente, el bacilo tiende a extenderse y a cavitarse dando lugar a un patrón de infiltrados irregulares con tendencia a la cavitación múltiple progresiva². Una de sus complicaciones a destacar, el aspergiloma, se define como la invasión por hongos del género *Aspergillus spp* en cavidades pulmonares preexistentes¹. Suelen cursar de forma asintomática, siendo la hemoptisis su síntoma más claramente atribuible. El diagnóstico suele ser clínico-radiológico, encontrando una masa móvil en una cavidad preexistente. El tratamiento definitivo en casos sintomáticos es la extirpación quirúrgica³.

Observación clínica:

Se trata de un varón de 40 años, exfumador de 10 cigarrillos diarios, con un índice paquetes año de 10. En paro, trabajó como agricultor y en la construcción, sin exposición a tóxicos. No otros hábitos tóxicos ni conductas de riesgo. No presenta otros factores de riesgo cardiovascular. Natural de Rumanía, con último viaje hace 10 años. Acude a urgencias presentando síndrome constitucional, tos con expectoración amarillenta habitual y, en alguna ocasión, hemoptoica de 2 meses de evolución.

Se realiza radiografía de tórax donde se aprecian infiltrados cavitados en ambos lóbulos superiores (LLSS) (Figura 1). Se realiza baciloscopia con resultado positivo. Por lo tanto, ante el diagnóstico de TBC pulmonar, se decide tratamiento 2 meses con rifampicina, isoniacida, etambutol y pirazinamida y, posteriormente, se continuó 5 meses más con rifampicina e isoniacida, con control muy dificultoso que precisó de una estrecha relación con atención primaria ante las precarias características sociales del paciente. Durante el tratamiento, el paciente presentó un síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH), que, en este contexto, se atribuyó a la infección tuberculosa y que precisó tratamiento con tolvaptán con buena evolución clínica y posterior resolución.



Figura 1. Radiografía de tórax inicial: cavitaciones en ambos LLSS

Tras terminar el tratamiento antituberculoso el paciente no acude a las revisiones programadas por Neumología. Vuelve a acudir de nuevo al año por clínica de

aumento de disnea. Se realiza una radiografía de tórax con aparición de una lesión nodular en la región cavitada del lóbulo superior derecho (LSD). Se realiza TC torácica observándose una lesión ovalada bien definida, de densidad de partes blandas, de unos 3 cm, intracavitaria en LSD y que se moviliza con los cambios posturales (Figura 2). Se realiza un cultivo de esputo con hallazgo de *Aspergillus spp* y precipitinas séricas para aspergillus positivos. Inicialmente se propone realizar valoración quirúrgica que el paciente rechaza, por lo que se propone tratamiento antifúngico que el paciente no realizó.

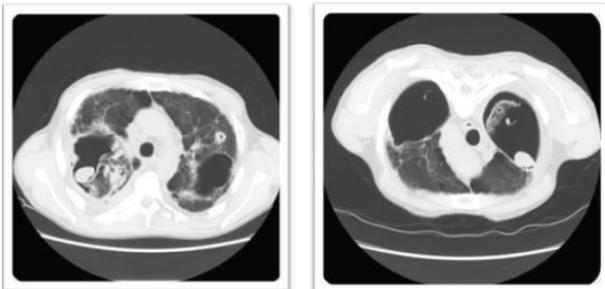


Figura 2. TC: lesión ovalada bien definida de densidad de partes blandas de unos 3 cm intracavitaria en LSD y que se moviliza con los cambios posturales

Transcurridos 8 meses, el paciente, ante empeoramiento clínico con mayor disnea, esputos hemoptoicos y reaparición de síndrome constitucional, se realiza nuevo TC torácica donde se aprecia gran aumento de la lesión intracavitaria y dicha cavidad llena de líquido (Figura 3). Se propone de nuevo valoración quirúrgica que el paciente en esta ocasión acepta.

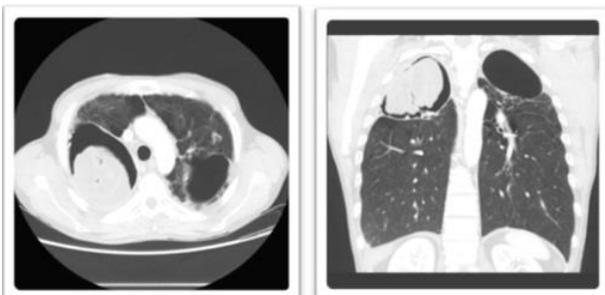


Figura 3. TC: aumento de la lesión intracavitaria

Se procede al ingreso hospitalario de manera programada, previo a la intervención quirúrgica, para la administración de antifúngicos intravenosos. Durante este ingreso el paciente presenta, como complicación, fiebre acompañada de infiltrados en lóbulo inferior derecho (LID), siendo diagnosticado de neumonía nosocomial y requiriendo posponer la intervención por presentar una evolución larvada y tórpida.

Tras tratamiento antibiótico prolongado el paciente presenta progresiva mejoría clínica con desaparición de los infiltrados. Se realizan nuevas pruebas funcionales completas donde llama la atención la disminución de la difusión hasta el 35% respecto a la previa del 50%, requiriendo realizar una prueba de esfuerzo para valoración de operabilidad con un $VO_{2Máx}$ de 15.8 ml/kg/min, permitiendo realizar la intervención.

Tras un mes se realiza, mediante toracotomía anterolateral derecha, lobectomía superior derecha, decorticación pulmonar de lóbulo medio y LID y mioplastia me-

dante colgajo muscular de musculo dorsal ancho. Durante el posoperatorio el paciente presenta fuga aérea prolongada que cede espontáneamente tras 15 días de drenaje. Se realiza TC torácica posterior de control donde se observa acumulación de líquido en cámara apical residual con niveles hidroaéreos debido a un fallo en la reexpansión pulmonar. Ante la dificultad técnica y ausencia de clínica infecciosa se decide no colocar nuevo drenaje torácico.

El paciente continúa actualmente en seguimiento por Neumología y Cirugía Torácica estable clínicamente y con marcadores infecto-inflamatorios normales, con último control radiográfico sin complicaciones asociadas (Figura 4).



Figura 4. Radiografía de tórax tras lobectomía de LSD

Discusión:

Los aspergilomas pulmonares se originan a partir de la colonización y proliferación de *Aspergillus spp* en cavidades del parénquima pulmonar, que generalmente en nuestro medio son producidas por TBC, aunque pueden deberse a otra etiología. La manifestación clínica más habitual es la hemoptisis, junto con el síndrome constitucional y otros hallazgos clínicos más inespecíficos como tos, fiebre y/o astenia. A pesar de que los esputos positivos para *Aspergillus spp* están presentes en más de la mitad de los casos, no son un marcador sensible ni específico de enfermedad invasora. Por el contrario, la mayoría de los pacientes con aspergilosis pulmonar tienen precipitinas séricas positivas contra los antígenos de *Aspergillus spp*^{4,5}.

El diagnóstico se establece en la mayoría de los casos al demostrar en la radiología de tórax una masa intracavitaria localizada en el ápex pulmonar que, con frecuencia, aparece rodeada de una media luna de aire. Esta imagen característica es aún mejor apreciada por técnicas como la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética nuclear (RMN)⁶.

Respecto al tratamiento, en formas asintomáticas se recomienda vigilancia en tanto que en formas sintomáticas el tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Los antifúngicos orales o intralesionales no han demostrado eficacia a largo plazo y su uso queda restringido a casos sintomáticos no susceptibles de cirugía⁵.

En este caso llama la atención el gran tamaño del aspergiloma y cómo el retraso en su tratamiento y/o diag-

nóstico puede modificar en gran medida la morbimortalidad en estos pacientes.

Bibliografía:

1. Esquivel-Ramírez C, Duarte-Dávila A, González-Moncada C, Salablanca- Galeano K. *Aspergiloma en paciente con tuberculosis pulmonar activa*. RCSEM. 2017;1(1): 57-62.
2. Domínguez Del Valle F, Fernández B, Pérez de Las Casas M, Marín B, Bermejo C. *Clínica y radiología de la tuberculosis torácica*. An Sist Sanit Navar 2007;30(Suppl 2):33-48.
3. Erro Iribarren M, Sánchez Azofra A, Roca Noval A, Hernández Olivo M, Acosta Gutiérrez CM, Zamora García E. *Nota Clínica Aspergiloma pulmonar*. Rev Patol Respir. 2017; 20(1): 33-36.
4. ERJ January Podcast: *clinical guidelines for chronic pulmonary aspergillosis*. Eur Respir J. 2016 Jan;47(1):E61.
5. Curbelo J, Galván JM, Aspa J. *Updates on Aspergillus, Pneumocystis and other opportunistic pulmonary mycoses*. Arch Bronconeumol. 2015 Dec;51(12):647-53.
6. Youssef C, Widlus DM. *Imaging diagnosis of aspergilloma*. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2012;2(1).