

> NOTA CLÍNICA

Aspergiloma pulmonar

Isaura Parente Lamelas¹, Iria Vidal García¹, Rafael Castrodeza Sanz¹, Juan Ortiz de Saracho Bobo¹, Emilio Juárez Moreno¹, Elena Castro Rodríguez¹, José Abal Arca²

¹Servicio Neumología. Hospital El Bierzo

²Servicio Neumología. Complejo Hospitalario de Ourense

RESUMEN

Aspergillus sp es una familia de hongos que produce afectación pulmonar, su forma clínica más frecuente y mejor conocida es el aspergiloma. Habitualmente se forma a partir de una cavidad preexistente en el pulmón, causada por diferentes patologías, siendo la más frecuente la tuberculosis.

Presentamos el caso de un aspergiloma pulmonar en un paciente con antecedente de tuberculosis, pero sin cavidad evidente en la radiografía de tórax.

PALABRAS CLAVE: *Aspergillus*, aspergiloma, tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La especie *Aspergillus* sp es una familia de hongos de distribución universal, descrita por primera vez en 1729. Se han identificado más de 900 especies que se clasifican en 18 serogrupos, pero son 4 las principales patógenas en el ser humano: *A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger* y *A. terreus*¹.

El aspergiloma pulmonar surge como resultado de la colonización del hongo *Aspergillus* de una cavidad, quiste o bulla pulmonar preexistente². La causa es un inadecuado drenaje de la cavidad, lo que favorece el desarrollo del hongo en su interior, originando un contenido formado por hifas de *Aspergillus*, fibrina, moco y restos celulares².

Hay muchas enfermedades que se relacionan con el desarrollo de aspergilomas como las bronquiec-

tasias, el enfisema bulloso, la fibrosis pulmonar o la sarcoidosis, pero la más frecuente, con diferencia, es la tuberculosis³.

Presentamos un caso de aspergiloma en un paciente con un nódulo pulmonar y hemoptisis.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 56 años, con antecedente de dislipemia y tuberculosis pulmonar correctamente tratada 3 años antes. Consultó por clínica de un mes de evolución de expectoración hemoptoica ocasional sin otra sintomatología acompañante. La exploración física era correcta.

Correspondencia: Isaura Parente Lamelas
Servicio Neumología. Hospital El Bierzo
Médicos Sin Fronteras N° 7
24400. Ponferrada. León
Correo electrónico: isauraparente@hotmail.com

En las pruebas complementarias destacaba la presencia de un nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho en la radiografía de tórax (*figura 1*). Se realizó tomografía computarizada (TC) torácica con hallazgo de mínimas lesiones fibroparenquimatosas de aspecto crónico en ambos vértices pulmonares (sugerentes de tuberculosis antigua) y lesión nodular en lóbulo superior derecho no cavitada (*figura 2*). Con la sospecha diagnóstica de neoplasia pulmonar, se realizó fibrobroncoscopia, no se observaron alteraciones en la visión directa, el resultado de la anatomía patológica del cepillado del nódulo fue inconclusivo.

Figura 1.

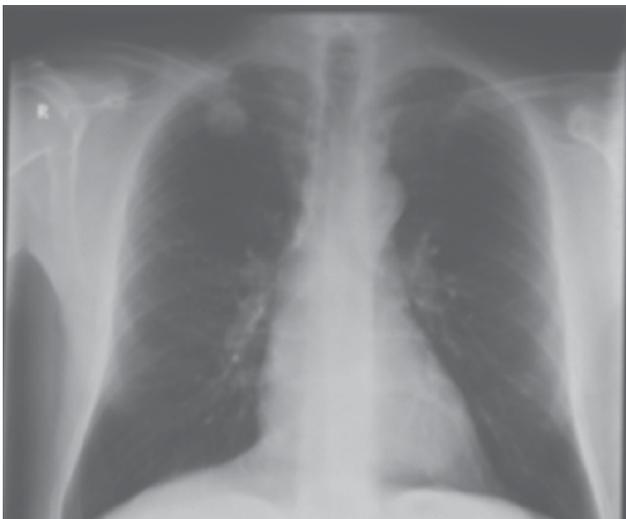
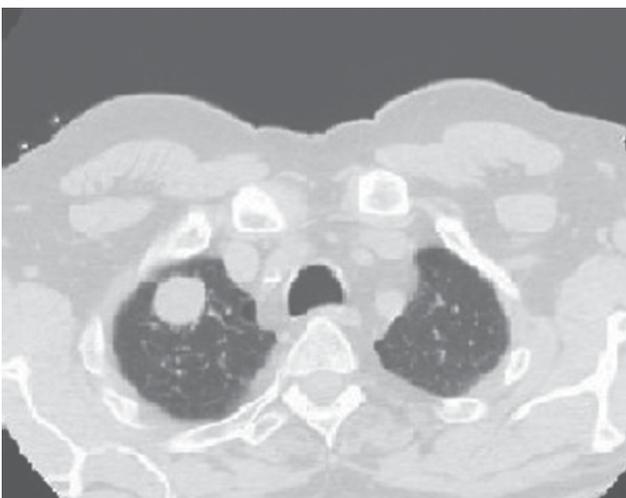


Figura 2.



Se remitió al paciente al Servicio de Cirugía Torácica para toracotomía diagnóstica y terapéutica. Se realizó segmentectomía atípica de la lesión. La biopsia intraoperatoria fue negativa para malignidad. El informe definitivo anatomopatológico describía un nódulo necrótico con hifas de hongos tabicadas y ramificadas con intensa reacción inflamatoria, compatible con aspergiloma. El paciente está actualmente asintomático a seguimiento en consulta de Neumología.

DISCUSIÓN

El aspergiloma es la forma clínica más frecuente de infección por *Aspergillus*⁴. Esta lesión puede permanecer estable y asintomática durante periodos prolongados de tiempo. Cuando produce clínica el síntoma más común es la hemoptisis, que se observa en el 62% - 100% de los casos según las series⁴. Este fue el único síntoma de presentación de nuestro paciente que debutó con expectoración hemoptoica de 1 mes de evolución, 3 años después de acabar el tratamiento de la tuberculosis, antecedente que está presente en el 70% - 80% de los pacientes con aspergiloma⁵.

Radiológicamente se manifiesta como una masa redondeada que puede permanecer estable durante meses, habitualmente en una zona donde antes había una cavidad. Los lugares más frecuentes de desarrollo son los lóbulos superiores y el lóbulo medio⁶. En nuestro paciente se manifestó como un nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho, pero lo llamativo del caso es que no había constancia de que hubiera cavidad en la zona ni se veía cavitación en la TC. Esto hizo que la principal sospecha diagnóstica fuera cáncer de pulmón.

El diagnóstico de aspergiloma se realiza cuando existe una imagen radiológica compatible y crecimiento de *Aspergillus* en cultivo de esputo, también es útil la determinación de anticuerpos frente a *Aspergillus*¹. En nuestro caso, el diagnóstico se hizo por biopsia de la lesión.

El tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica⁶. La embolización de arterias bronquiales, se usa en casos de hemoptisis pero habitualmente como medida temporal⁷. El uso de antifúngicos (anfotericina B, anfotericina liposómica, itraconazol o voriconazol)

es controvertido ya que el beneficio del tratamiento es limitado, las concentraciones de los fármacos que se alcanzan en la cavidad no son adecuadas, por tanto se reserva para los casos que no puedan someterse a cirugía^{6, 8-10}. No obstante, las instilaciones intracavitarias a través de catéter percutáneo con anfotericina B y la utilización de itraconazol a dosis de 400 mg/día han mostrado resultados esperanzadores^{8,9}. En nuestro paciente se realizó resección completa de la lesión, estando desde entonces asintomático.

En conclusión, el aspergiloma pulmonar es una entidad que hay que tener presente en el diagnóstico diferencial de las lesiones pulmonares, sobre todo en pacientes con antecedente de tuberculosis, incluso aunque no se observe cavitación en las imágenes radiológicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raper KB, Fennell DI. Editors. The genus *Aspergillus*. Huntington: Robert E, Krieger Pub. 1973
2. Díaz C, López A. *Aspergillus* y pulmón. Arch Bronconemol. 2004; 40(3): 114 – 22.
3. Kawamura S, Maesaki S, Tomono K, Kohno S. Clinical evaluation of 61 patient with pulmonary aspergilloma. Intern Med. 2000; 39: 209 – 12.
4. Zmeili OS, Soubani AO. Pulmonary aspergillosis: a clinical update. QJM. 2007; 100(6): 317-34
5. Castro J, Luna T. Aspergiloma pulmonar, estudio evaluado en 138 casos diagnosticados etiológicamente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enf Torax. 2001; 44(3): 20-31.
6. Stevens DA, Kan VL, Judson MA, Dummer S, Denning DW, et al. Practices guidelines for diseases caused by *Aspergillus*. Clin Infect Dis. 2000; 30(4): 696 – 709.
7. Uflacker R, Kaemmerer A, Picon PD, Rizzon CF, Neves CM, Oliveira ES, et al. Bronchial artery embolization in the management of hemoptysis: technical aspects and long-term results. Radiology. 1985; 157(3): 637 – 44.
8. Hammerman KJ, Sarosi GA, Tosh FE. Amphotericin B in the treatment of saprophytic forms of pulmonary aspergillosis. Am Rev Respir Dis. 1974; 109: 57 – 62.
9. Campbell JH, Winter JH, Richardson MD, Shankland GS, Banham SW. Treatment of pulmonary aspergiloma with itraconazole. Thorax. 1991; 46: 839 – 41.
10. Chen SA, Sorrell TC. Antifungal agents. Med J Aust. 2007; 187: 404 – 9.