

La duración del tratamiento en nuestro caso fue la aconsejada habitualmente en NBC¹ de más de 4 semanas, ya que tratamientos de corta duración tienen una alta tasa de recurrencia a pesar de la mejoría sintomática.

E. Fernández Vázquez, P. García López y G. Sáez Roca

Servicio de Neumología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

1. Kirtland SH, Winterbauer RH. Slowly resolving, chronic and recurrent pneumonia. *Clin Chest Med* 1991; 12: 303-318.
2. Kirtland SH, Winterbauer RH, Dreis DF, Pardee NE, Springmeyer SC. A clinical profile of chronic bacterial pneumonia. *Chest* 1994; 106: 15-22.
3. Torres A, Martos A, Puig de la Bellacasa J, Ferrer M, El-Ebiary M, González J. Specificity of endotracheal aspiration, protected specimen brush, and bronchoalveolar lavage in mechanically ventilated patients. *Am Rev Respir Dis* 1993; 147: 952-957.
4. Kaye MG, Fox MJ, Bartlett JG, Braman SS, Glassroth J. The clinical spectrum of *Staphylococcus aureus* pulmonary infection. *Chest* 1990; 97: 788-792.

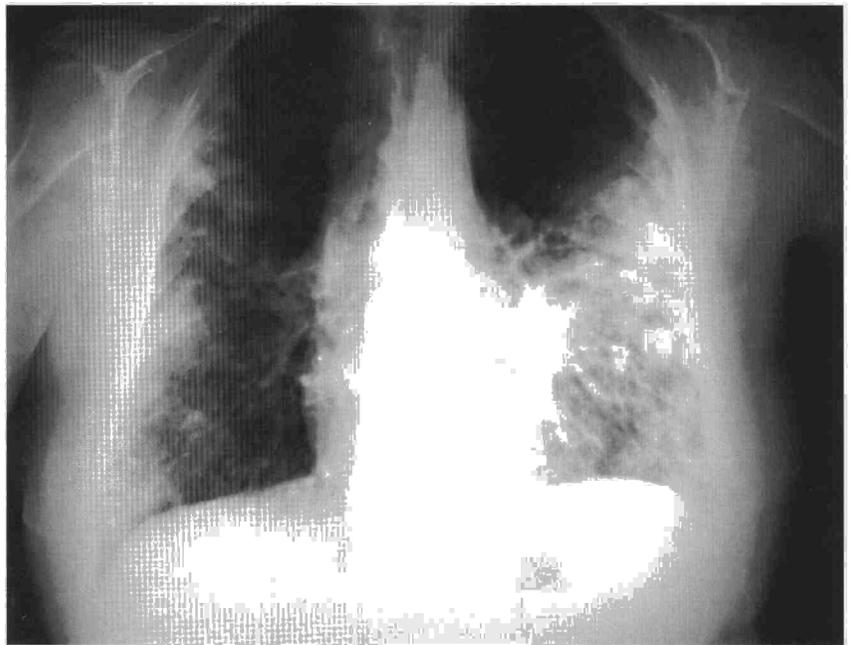


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Se aprecia un patrón alveolar bilateral y difuso de predominio periférico.

Asociación de carcinoma bronquioloalveolar y tuberculosis activa: presentación de un caso

Sr. Director: El carcinoma bronquioloalveolar (CBA) es una neoplasia primitiva pulmonar, definida por Liebow como un adenocarcinoma bien diferenciado que se localiza en la periferia del pulmón y que se extiende dentro de éste por vía aerógena y linfática¹. Su incidencia es baja (del 1,1-9% según diversas series), siendo el menos frecuente de los tumores pulmonares primitivos^{1,2}, con una presentación clínica y radiológica muy variable que dificulta el diagnóstico. Su asociación a tuberculosis pulmonar es una eventualidad a considerar, no sólo por la similitud radiológica que puede existir en ambos procesos, sino porque su asociación ha sido descrita ocasionalmente³. Se presenta un caso con dicha asociación, en el que el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, realizado por cultivo, fue conocido post mortem.

Mujer de 65 años, no fumadora, cuidadora de pájaros, que refiere un cuadro de 2 años de evolución de tos con expectoración blanquecina y disnea progresiva, siendo el motivo del estudio fiebre alta de 3 días de duración, acompañada de escalofríos, disnea y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo. A la exploración física destacaba el aspecto de enfermedad aguda y la presencia de estertores tipo "velcro" difusos. En la analítica de rutina se apreciaba discreta leucocitosis con velocidad de sedimentación globular de 76 mm a la primera hora; PaO₂: 61,3; PaCO₂: 37,5; pH: 7,42; HCO₃⁻: 24,2; siendo el resto un protocolo analítico general normal. Tres citologías de esputo fueron negativas para malignidad. Las baciloscopias seriadas de esputos, la prueba de Mantoux, la serología para neumonías atípicas y las precipitinas para antígenos aviares fueron negativas. La radiología simple (fig. 1) y la TAC de tórax mostraron una consolida-

ción alveolar bilateral y difusa, con múltiples nódulos acinares con localización de predominio periférico. La fibrobroncoscopia no detectó hallazgos relevantes, siendo la biopsia bronquial, el lavado broncoalveolar y el cepillado bronquial negativos para malignidad. La biopsia pulmonar, realizada por toracoscopia, reveló adenocarcinoma bien diferenciado con patrón de crecimiento bronquioloalveolar. La paciente falleció en medio domiciliario, siguiendo medidas paliativas, a las 4 semanas del diagnóstico. Los cultivos de esputo en medio de Löwenstein-Jensen, recibidos post mortem, fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis*.

El CBA hace honor una vez más a su apodo de "Gran Imitador"⁴, puesto que en este caso la sospecha diagnóstica inicial orientaba a un proceso de índole sistémico por la larga evolución y los antecedentes personales de la paciente. De entre las múltiples etiologías que pueden manifestarse por afectación alveolar bilateral figuran el CBA y la tuberculosis, circunstancias que han coexistido en este caso, y que pueden determinar dificultades y retrasos en el diagnóstico.

El diagnóstico de tuberculosis activa, recibido tras cultivos específicos, después del alta del paciente o de su fallecimiento, formando parte de la forma de "tuberculosis generalizada tardía" es algo a lo que estamos acostumbrados en nuestro hospital⁵. La ausencia de granulomas en la anatomía patológica, a pesar de haberse hecho una investigación cuidadosa de todo el material biopsico, sugiere que la tuberculosis no estaba diseminada, lo cual se corrobora por una broncoscopia normal.

Creemos, al igual que otros autores, que esta asociación es algo más que una simple casualidad⁶. Por ello aconsejamos que, del mismo modo que se deben descartar procesos

neoplásicos pulmonares en pacientes con tuberculosis pulmonar activa, habría que sospechar y descartar la presencia de ésta en pacientes con CBA, con el fin primordial de evitar contagios y tener un mejor control sobre la enfermedad.

E. Rodríguez Perdomo, S. Suárez Ortega* y J. Parrilla Díaz

Servicios de Neumología y *Medicina Interna. Complejo Hospitalario Las Palmas Norte. Hospital El Sabinal. Las Palmas de Gran Canaria.

1. Velilla Marco J, Pérez-Trullén A, Peña López-Galindo M, Álvarez Alegret R, Muñoz y Fernández JR, Marín Trigo JM. Carcinoma bronquioloalveolar. *Arch Bronconeumol* 1987; 23: 289-297.
2. Sánchez Armengol A, Ayerbe García R, Montemayor Rubio T, Borderedas Naranjo F, Medina Gallardo JF, Ortega Ruiz F. Carcinoma bronquioloalveolar. *Arch Bronconeumol* 1992; 28: 227-230.
3. Ludington LG, Verska JJ, Howard T, Kypridakis G, Brewer LA. Bronchiolar carcinoma (alveolar cell). Another great imitator: a review of 41 cases. *Chest* 1972; 61: 622-628.
4. Garrapiz J, Serrano Herranz R, Aznar R. Carcinoma bronquioloalveolar y tuberculosis pulmonar activa. *Arch Bronconeumol* 1990; 26: 378.
5. Suárez S, Artiles J, Arkuch M, Delgado J. Tuberculosis genitourinaria y hepatopatía: ¿una asociación frecuente? *Rev Clin Esp* 1994; 194: 514-515.
6. Lozano A, Tiberio G, Sánchez J, García de Lucas MD. Carcinoma bronquioloalveolar y tuberculosis pulmonar activa, ¿más que una coincidencia? *Rev Clin Esp* 1992; 191: 57-58.