

3. Schranfnagel DE, Morin JE, Wang NS. Endobronchial lipoma. Chest 1979; 75:97-99.
4. Placht A, Hersliey H. Lipoma of the lung; review of the literature and report of a case. Am Rev Respir Dis 1962; 86:912-916.
5. Jensen MS, Petersen AV. Bronchial lipoma. Three cases and review of the literature. Scand J Thorac Cardiovasc Surg 1970; 4A:131-134.
6. Taranger J, Humbert P. Lipoma bronchique traité par bronchotomie. J Franc Med Chir Thor 1965; 19:175-179.

Bronconeumonía por *Salmonella enteritidis* en paciente con carcinoma pulmonar

Sr. Director: La salmonelosis es una infección endémica en nuestro medio. Las manifestaciones focales representan entre el 5,5 %-7,4 %, siendo el 15 % las correspondientes a las formas pleuropulmonares¹.

Observación clínica: Varón de 70 años, fumador de 60 cigarrillos/día, con antecedentes de EPOC. Treinta días antes de su ingreso presentó un cuadro de salmonelosis gastroentérica. Ingresó en nuestro centro por incremento de su disnea habitual, tos con expectoración blanquecina y en alguna ocasión hemoptoica, fiebre de 38°, malestar general, astenia, anorexia y dolor subescapular que se incrementaba con la tos. A la auscultación pulmonar destacaban roncus diseminados y crepitantes en campo medio de hemitórax derecho. En las exploraciones complementarias se objetivaron como datos significativos: leucocitosis con linfopenia, VSG 85; baciloscopias repetidas y cultivo en medio de Lowenstein-Jensen ambos negativos; gaseometría arterial: acidosis respiratoria compensada; cultivo de esputo: *Salmonella enteritidis* serogrupo C₁; radiografía de tórax: condensación homogénea segmentaria en hemitórax derecho asociada a condensación de mayor densidad en LSD con desviación ipsilateral de la tráquea; fibrobroncoscopia: engrosamiento del espolón que separa el bronquio del lóbulo superior del intermedio. Se practican BAS y legrado del espolón siendo ambas exploraciones negativas. Aglutinaciones a *Salmonella paratyphi B* 1/320, resto negativas. IgG: 2.170; IgA: 647; IgE: 38; C₃: 155. Linfocitos T 55 %, linfocitos B 12 %. TAC torácico: masa en LSD de densidad parenquimatosa con desplazamiento mediastínico hacia la derecha. Adenopatías pretraqueales y precarinales. Citoología seriada de esputos: carcinoma epidermoide. Fue tratado con cloranfenicol, mejorando la clínica e imagen bronconeumónica y persistiendo la imagen de masa en LSD.

Discusión: Entre las salmonellas paratíficas las más frecuentemente encontradas son las siguien-



Fig. 1. Condensación homogénea de distribución segmentaria en campo medio y superior de hemitórax derecho. En LSD, condensación homogénea con desplazamiento ipsilateral de la tráquea.

tes: *S. choleraesuis* (la forma más virulenta), *S. typhimurium*, *Paratyphi C*; siendo la más infrecuente *S. enteritidis*.

En las formas focales se piensa que la puerta de entrada también es digestiva, escaso número de pacientes presentan manifestaciones digestivas o éstas pasan inadvertidas, siendo desconocido el período de latencia entre la infección primaria y las manifestaciones focales². En nuestro caso el período de latencia fue de 30 días.

Si bien las formas focales se pueden dar en personas sanas, generalmente se asocian a procesos favorecedores como son pacientes con cirrosis hepática, colagenosis, neoplasias³. Una adecuada actividad fagocítica y bactericida de granulocitos y macrófagos es esencial para la erradicación de la infección salmonelósica invasiva⁴. Es probable que el papel de los linfocitos T sea la llave para la prevención y erradicación de este organismo intracelular⁵. En el presente caso existía una disminución de los linfocitos T que podría ser causante de cierta depresión de la inmunidad celular factor coadyuvante de la infección por dicho microorganismo.

Creemos se trata de un caso de interés por tratarse de una especie infrecuente de salmonella, asociado a carcinoma epidermoide de pulmón, situación de inmunodepresión celular que puede favorecer el desencadenamiento de dicha infección.

S. Carrizo, A. Esteve,
R. Larraga e I. Herrero
Hospital de Enfermedades del Tórax.
Zaragoza.



BIBLIOGRAFIA

1. Saphra I, Winter JW. Clinical manifestations of salmonellosis in man. *N Engl J Med* 1957; 257:1.128-1.134.
2. Christie AE. Salmonellosis infections diseases: epidemiology and clinical practice. Ed Livingstone, 1969.
3. Fraser GF, Pare JP. Enfermedades infecciosas de los pulmones: *Salmonella species*. En: Fraser GF, Pare JAP ed. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Barcelona, Salvat 1981; 773.
4. Masur H, Michelis MA, Greene JB et al. An outbreak of community acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med* 1981; 305:1.431-1.438.
5. Fischl MA, Dickinson GM, Sinave C, Pitchenik AE, Cleary TJ. Salmonella bacteremia as manifestation of acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Intern Med* 1986; 146:113-115.

Distrés respiratorio inducido por nitrofurantoína

Sr. Director: La nitrofurantoína, derivado furano, puede presentar reacciones adversas, algunas de las cuales pueden ser graves. Entre ellas conocemos: anemia hemolítica¹, polineuropatía², reacción anafiláctica³, lesión pulmonar aguda y crónica⁴ e incluso abdomen agudo no quirúrgico⁵.

Presentamos un nuevo caso de distrés respiratorio producido por nitrofurantoína, cuyo conocimiento consideramos interesante dada la gravedad del cuadro clínico y todavía el amplio uso de este fármaco.

Mujer de 30 años, que tras la toma de dos comprimidos de nitrofurantoína como tratamiento de una cistitis del puerperio, notó disnea, tos irritativa, fiebre, náuseas y vómitos. A la exploración mostraba taquipnea y taquicardia. Auscultación cardíaca normal y pulmonar, sibilancias diseminadas y crepitantes finos difusos de predominio ba-

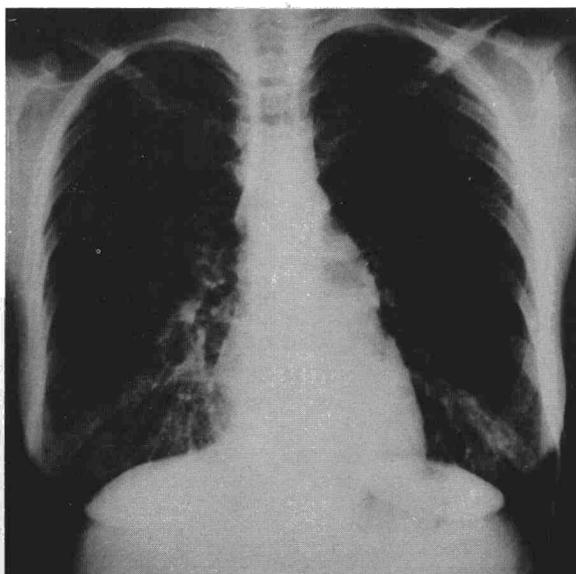


Figura 1

sal. Abdomen normal y extremidades inferiores sin edemas.

Análiticamente destacaba: gasometría arterial: pH: 7,41; pO₂: 48; pCO₂: 30,2; SO₂: 84 %; CO₂H: 19,4; CO₂t: 20,4; E. base: -3,2; Htc. 41,5; Hb 13,9; H 4.290.000; MCV 91; L 7.000 (40S 6E 4M 50L); VSG 11. Bioquímica, proteinograma, orina: normal. Urinocultivo negativo. La radiografía de tórax mostraba un patrón intersticial difuso, líneas B de Kerley (fig. 1). ECG: taquicardia sinusal. Alteraciones difusas de la repolarización. Se instauró tratamiento con ampicilina y oxigenoterapia con Ventimask al 35 %. Mejorando la gasometría arterial a las 12 horas. En controles posteriores radiológicos se apreció un mínimo derrame pleural libre derecho, desapareciendo el patrón intersticial y dicho derrame a los siete días.

Fue Fisk³, en 1957, quien descubrió la primera reacción pulmonar aguda secundaria a la nitrofurantoína. A partir de 1970 las descripciones de tal asociación fueron numerosas^{6,7}. En España el primer caso referido fue por Guardia⁸.

La forma aguda de presentación se caracteriza por escalofríos, fiebre, tos irritativa y disnea⁷⁻⁹. La exploración revela a un paciente taquipneico y taquicárdico, auscultándose crepitantes basales bilaterales y excepcionalmente sibilancias, características que presentaba nuestra enferma. Clínica, por otra parte, tan inespecífica que no es extraño que se etiqueten de bronquitis crónica, neumonía y embolismo pulmonar. Radiológicamente surgen infiltrados pulmonares basales, reticulares y reacción pleural^{9,10}.

Hemos de destacar que al ser un cuadro tan inespecífico, el primer paso para hacer el diagnóstico correcto es conocer el cuadro clínico y sospecharlo. El binomio de toma de nitrofurantoína y aparición de tos, disnea, nos dará la orientación diagnóstica, aunque no exista alteración radiológica. La supresión del fármaco y la oxigenoterapia son la base para el tratamiento, ya que la utilización de corticoides está en discusión.

**G. Tiberio López, J.L. Alonso Martínez,
A.L. Sampériz Legarre, M.D. Ruiz Ribó
y F. Escolar Castellón**
Servicio de Medicina Interna
y Sección de Urgencia. Hospital Reina Sofía.
Tudela.

BIBLIOGRAFIA

1. West M, Zimmerman HJ. Hemolytic anemia in patient receiving nitrofurantoin. *J Amer Med Ass* 1956; 162:637.
2. Collins H. Polyneuropathy associated with nitrofurantoin therapy. *Arch Neur* 1960; 3:656.
3. Fisk AA. Anaphylactoid reaction to nitrofurantoin. *N Engl J Med* 1957; 256:1.054.
4. Anssi RA, Sobijarki A, Markku Lemola N. Nitrofurantoin-induced acute, subacute and chronic pulmonary reactions. Report of 66 cases. *Scand J Respir Dis* 1977; 58:41-50.
5. Palou Redorta J, Montserrat Orri V, Arnau de Bolos JM, Morote Robles J. Abdomen agudo y nitrofurantoína. *Med Clí* 1985; 84:60-61.