

RMN suelen ser inespecíficas, al igual que los hallazgos de laboratorio. Generalmente se requiere una toracotomía con biopsia abierta para realizar el diagnóstico, como ocurrió en el caso que describimos. Las lesiones consisten en nódulos esféricos, con grados variables de necrosis. Histológicamente, el parénquima pulmonar es reemplazado por un infiltrado linfoide polimorfo, con células linforreticulares atípicas no muy numerosas, entremezcladas con células linfoides benignas. La formación de granulomas verdaderos es un hallazgo poco común<sup>5</sup>. Una vez establecido el diagnóstico, debe descartarse la existencia de un linfoma, y reevaluar periódicamente al paciente por el riesgo de desarrollar este proceso. El pronóstico global de los enfermos afectados es desfavorable. En la mayoría de los casos, la muerte está relacionada con el desarrollo de enfermedad progresiva pulmonar o del sistema nervioso central. Un número significativo de pacientes experimenta un curso benigno, no precisando tratamiento durante mucho tiempo, incluso años. En este sentido, el paciente aquí estudiado permanece asintomático a los 2 años y medio de su intervención quirúrgica. En contrapartida, los pacientes sintomáticos han sido tratados con esteroides y fármacos citotóxicos, con grados variables de respuesta<sup>6</sup>.

En conclusión, la granulomatosis linfomatoide puede presentarse en pacientes asintomáticos con manifestaciones radiológicas atípicas. El caso aquí descrito proporciona evidencia adicional de que esta entidad debería ser incluida en el diagnóstico diferencial radiológico del NPS.

**J. de Miguel Díez, J.L. García Satué y J.A. Serrano Iglesias**  
Servicio de Neumología.

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

1. Peiper SC. Angiocentric lymphoproliferative disorders of the respiratory system: incrimination of Epstein-Barr virus in pathogenesis. *Blood* 1993; 82: 687-690.
2. Menárguez J, Carrión JR. Linfomas pulmonares. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 301-302.
3. Thompson GP, Utz JP, Rosenow EC, Myers JL, Swensen SJ. Pulmonary lymphoproliferative disorders. *Mayo Clin Proc* 1993; 68: 804-817.
4. Vaquero M. Granulomatosis linfomatoide: 23 años en evolución. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 333-335.
5. Fraser RG, Paré JAP, Paré PD, Fraser RJ, Genereux GP. Diagnóstico de las enfermedades del tórax (3.ª ed). Buenos Aires: Panamericana, 1992.
6. Luce JA. Lymphoma, lymphoproliferative diseases, and other primary malignant tumors. En: Murray JF, Nadel JA, editores. *Textbook of respiratory medicine*. Filadelfia: W.B. Saunders, 1994; 1.597-1.613.

### Aspergiloma pulmonar y broncolitiasis

**Sr. Director:** El aspergiloma (o micetoma) pulmonar es una masa de elementos micóticos que se reproduce en el interior de una cavidad pulmonar preformada, bronquial o pleural<sup>1</sup>. El término broncolitiasis se usa para

calificar a la presencia de material calcificado dentro de la luz traqueobronquial<sup>2</sup>. Presentamos el caso de un paciente en que se asocian estas dos patologías.

Varón de 51 años con antecedente de tuberculosis (TBC) pulmonar. Intervenido por carcinoma epidermoide de borde mandibular derecho y suelo de boca en 1994. Recidiva local en 1995 tratada quirúrgicamente. Ex fumador. Ingresa por presentar tos con expectoración hemoptoica y dolor torácico izquierdo en los últimos 2 meses. En la exploración física el paciente estaba consciente, orientado, hábito asténico, sin taquipnea ni cianosis. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos y roncus aislados. Abdomen y extremidades sin alteraciones destacables. En la radiografía de tórax se evidenció una masa redondeada de 6 x 6 cm, en el lóbulo superior derecho, situada en el interior de una cavidad, observándose entre ambas una imagen aérea semilunar. Bullas apicales bilaterales y tractos fibrosos residuales. En la TC torácica se confirma lo anteriormente descrito (fig. 1), apreciándose además en algunos cortes tomográficos imágenes nodulares calcificadas en la proximidad del micetoma. Análisis: anemia normocítica normocromática. Citologías de esputo negativas. En la bacteriología de esputo crecieron *Pseudomonas aeruginosa* y *Proteus* en dos muestras. Precipitinas *Aspergillus fumigatus* positivas. La fibrobroncoscopia (FBS) confirmó la existencia de material calcificado en el árbol bronquial, permitiendo extraer varios broncolitos.

El aspergiloma pulmonar es una patología poco frecuente aunque de gran importancia por sus potenciales complicaciones fatales. Entre los antecedentes destaca haber padecido TBC pulmonar como hecho más frecuente detectado en el interrogatorio clínico<sup>3</sup>. La hemoptisis recurrente suele ser el principal síntoma, que puede acompañarse de tos persistente, malestar general y pérdida de peso<sup>1-3</sup>. Para su diagnóstico es fundamental la historia clínica y la imagen radiológica (radiografía de tórax y TC torácica). La sensibilidad en la determinación de precipitinas es variable en diversos estudios, siendo en algunos muy elevada<sup>3</sup>. El cultivo de esputo habitualmente tiene escaso valor. Respecto al tratamiento quirúrgico existe discusión entre los autores, sobre todo en pacientes asintomáticos o con escasos síntomas. En estos casos la actitud es expectante. Si presenta hemoptisis recurrente y de importante entidad, se aconseja la cirugía, siempre que las condiciones lo permitan<sup>1-3</sup>. En pacientes de alto riesgo quirúrgico se ha

mostrado útil el tratamiento intracavitario<sup>4</sup>.

Este caso presentó datos típicos, junto a los que se asoció otra patología poco frecuente, la existencia de broncolitiasis. La presencia de material calcífico en la luz bronquial suele ser secundaria a una linfadenitis granumolosa generalmente tuberculosa, pero también puede estar en relación con otros procesos inflamatorios crónicos<sup>2,5</sup>. La clínica más frecuente en pacientes con broncolitiasis es la presencia de tos no productiva. Otros síntomas son hemoptisis, dolor torácico, disnea y litoptisis<sup>5</sup>. Para su diagnóstico es muy útil la radiología simple de tórax, la TC y la TC de alta resolución (TACAR). Algunos autores concluyen que la TC puede sugerir la presencia de broncolitiasis y la TACAR permitiría confirmarlo<sup>6</sup>. La broncoscopia es definitiva para el diagnóstico. En este caso la TC permitió definir la imagen del aspergiloma e identificó imágenes calcificadas que correspondían a broncolitos. La broncoscopia confirmó el diagnóstico de broncolitiasis. Se trata de dos entidades con datos clínicos superponibles, la TC es un procedimiento útil para el diagnóstico, y con frecuencia se detecta en ellas el antecedente de una TBC pulmonar.

**J.F. de Frutos Arribas \***  
**M.C. del Río Fernández \*\***  
**y M. Blanco Cabero \***

\*Sección de Neumología.

\*\* Servicio de Medicina Interna.

Hospital Universitario del Río Hortega.  
Valladolid.

1. Fishman AP. Tratado de neumología (2.ª ed.) Barcelona: Ed. Doyma S.A., 1.527-1.530.
2. Dixon GF, Donnenberg RL, Schonfeld SA, Whicomb ME. Clinical commentary: advances in the diagnosis and treatment of broncholithiasis. *Am Rev Respir Dis* 1984; 129: 1.028-1.030.
3. Garros Garay J, Ruiz de Gordejuela E, Vara Cuadrado F. Aspergilomas pulmonares. Análisis de 31 pacientes. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 424-432.
4. Rumbach M, Kholer G, Eastrige C, Winwramuram H, Gavant M. Topical treatment of life threatening haemoptysis from aspergillomas. *Thorax* 1996; 51: 253-255.
5. Brown JK. Disorders of intrathoracic airways. En: Murray JF, Nadel JA, editores. *Textbook of respiratory medicine*. Filadelfia: W.B. Saunders, 1988; 2: 1.160-1.167.
6. Ferretti G, Coulomb M, Blanc-Jouvan F, Ranchoup Y, Pittet-Barbier L, Thony F. Diagnostic of the broncholithiasis. Role of the tomodensitometric haute resolution. *J Radiol* 1994; 75: 531-536.



**Fig. 1.** En la tomografía computarizada se evidencia en el lóbulo superior derecho una imagen redondeada, en el interior de una cavidad, compatible con la presencia de micetoma.