



CARTAS AL DIRECTOR

Nódulos pulmonares múltiples como manifestación radiológica inusual de la tuberculosis pulmonar

Sr. Director: Tal y como señalan Balmaseda de Silveira et al¹ en su interesante carta, la tuberculosis pulmonar es de un gran polimorfismo en cuanto a sus manifestaciones clínicas y radiológicas. El motivo de la presente es comunicar un nuevo caso de nódulos pulmonares múltiples debidos a esta enfermedad, con el fin de llamar la atención sobre la variabilidad radiológica con que puede presentarse la tuberculosis pulmonar.

Se trata de un varón de 33 años, que acudió al hospital por disnea y fiebre. Hallándose previamente bien, dos meses antes presentó disnea progresiva, tos productiva con hemoptisis ocasional y fiebre vespertina de hasta 38 °C. El paciente era fumador y enólico de 200 g/día. A la exploración física destacaban numerosos estigmas de hepatopatía crónica, ictericia y hepatomegalia de 4 traveses. Había estertores crepitantes en bases pulmonares y la auscultación cardiaca era normal. Biológicamente destacaba VSG de 145 mm, plaquetas de 56.000/mm³, GOT 135 mU/ml, GPT de 56 mU/ml, fosfatasa alcalina de 702 mU/ml, gamma-GT 242 mU/ml y bilirrubina 3,6 mg/dl (directa 2,8). Resto normal. La radiología de tórax (Fig. 1) mostró múltiples imágenes redondeadas en pulmón derecho, de 1 a 3 cm, de bordes relativamente bien definidos, distribuidos en la periferia de la mitad superior del pulmón derecho, junto a un infiltrado mal definido en lóbulo inferior. Una tomografía fue más definida en este sentido (Fig. 2). Los cultivos de esputo fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Con tratamiento tuberculostático con etambutol, rifampicina e isoniazida se asistió a una progresiva desaparición de las lesiones pulmonares. La biopsia hepática puso de manifiesto una cirrosis micronodular alcohólica.

La tuberculosis pulmonar puede presentarse radiológicamente de muy diversas maneras², lo que motiva que las clasificaciones que se han establecido al respecto, incluyendo las formas más típicas hasta las más inusuales, tengan un escaso interés práctico. Los casos como el de Balmaseda de Silveira et al y el presente son un claro ejemplo de ello y sólo la experiencia clínica, la elevada incidencia de tuberculosis en nuestro medio y la existencia en ocasiones de una enfermedad de base favorecedora de dicha infección orientan hacia el diagnóstico. La solicitud temprana del análisis bacteriológico en este sentido puede evitar exploraciones agresivas erróneamente dirigidas y permitir una completa curación de la enfermedad sin retrasos necesarios.

F. Cardellach, A.G.N. Agustí, J. Font y M. Ingelmo

Servicio de Medicina Interna General
Hospital Clínic i Provincial.
Universidad de Barcelona.

1. Balmaseda de Silveira I, Varela JR, Souto JM, Pedreira JD. Nódulos pulmonares múltiples como manifestación radiológica inusual de la tuberculosis pulmonar. Arch Bronconeumol 1987; 23:74-75.

2. Palmer PES. Pulmonary tuberculosis: usual and unusual radiographic presentations. En: Felson B, ed. The radiology of tuberculosis. 1st ed. Nueva York, Grune and Stratton Inc, 1979; 28-69.

Estenosis traqueal severa por extensión intraluminal de tejido tiroideo

Sr. Director: La obstrucción de vías aéreas superiores es una entidad cuyo diagnóstico precoz es difícil debido a que las manifestaciones clínicas sólo se van a presentar si la obstrucción es muy marcada y las pruebas de

función pulmonar, habitualmente empleadas, suelen estar dentro de límites normales. En muchas ocasiones se confunde el cuadro con otras enfermedades (asma bronquial, bronquitis crónica o enfermedades pulmonares recurrentes). Debido a su presentación relativamente infrecuente y a la importancia del diagnóstico de cara a un tratamiento de la enfermedad de base y/o quirúrgico, juzgamos de interés la presentación de este caso, en el que la obstrucción es producida por tejido tiroideo.

La obstrucción de vías superiores (proximal a carina principal¹) puede ser: *fija* (limitación inspiratoria y espiratoria de flujos), o *variable* (intratorácica: limitación de flujo durante la espiración forzada, al ser mayor la presión por fuera de la tráquea, presión pleural, que dentro; $FEF_{50\%} / FIF_{50\%} < 1$; $VEMS/VIMS < 1$; o bien, variable extratorácica: limitación de flujos inspiratorios por disminución de la presión dentro de la vía aérea respecto a la presión atmosférica exterior). Los bucles \dot{V}/V nos proporcionan los flujos a diferentes volúmenes a lo largo de la CV durante inspiración y espiración forzadas^{2,3} siendo muy demostrativos en este tipo de alteraciones^{4,5}. La resistencia de vías aéreas (Raw) está aumentada en todos los tipos de obstrucción alta, ya que el 80 % de la misma corresponde a vías superiores ya en condiciones normales⁶. Los volúmenes pulmonares, capacidad de difusión y gases en sangre arterial en reposo, son normales, si bien puede existir hipoxemia en ejercicio al hiperventilar⁷. Las pruebas de distribución del aire inspirado son normales⁸, pues una vez suprada la obstrucción alta, el aire se distribuye uniformemente. Los tests no se modifican con la administración de broncodilatadores. Los bucles \dot{V}/V son de gran ayuda, pero el diagnóstico de confirmación se realiza mediante endoscopia.

Presentamos el caso de una mujer de 63 años y 1,43 m de talla, que acude al hospital en julio de 1983 por disnea nocturna cambiante con los decúbitos, de dos años de evo-



Figura 1



Figura 2