



Neumonía de lenta resolución en un varón fumador de 70 años

Sr. Director: La neumonía lipoidea (NL) es una enfermedad infrecuente y de difícil diagnóstico. Debe sospecharse en casos de neumonía de lenta resolución sobre todo si se acompaña de lesiones radiológicas con aspecto de masa pulmonar. Aunque se han descrito formas agudas^{1,2} y de exposición laboral³, la más habitual es la forma crónica debida a la aspiración de pequeñas cantidades de material oleoso durante largo tiempo. La obtención de una muestra procedente del pulmón es fundamental para poder demostrar la presencia de macrófagos cargados con inclusiones lipídicas. Esta muestra suele obtenerse a partir del lavado broncoalveolar o incluso mediante una biopsia pulmonar transbronquial o abierta. Presentamos el caso de un paciente con aspiraciones repetidas de aceite de parafina que se diagnosticó mediante la punción aspirativa transtorácica.

Varón de 70 años, fumador de 30 paquetes-año, con hipertensión arterial sistémica desde su juventud, que le había ocasionado a los 45 años un accidente vascular cerebral hemorrágico que le dejó como secuelas disartria, hemiplejía izquierda y trastorno de la deglución con episodios de microaspiraciones y neumonías secundarias. Ingresó en nuestro centro por un episodio de fiebre e infiltrados pulmonares bilaterales. Con el diagnóstico de neumonía aspirativa, se trató con clindamicina y cefalosporina de tercera generación, con buena respuesta clínica pero nula mejoría radiográfica. La tomografía axial computarizada (TAC) realizada durante el ingreso del paciente se muestra en la figura 1. Se efectuó una fibrobroncoscopia, sin hallazgos significativos. En las radiografías de tórax de control realizadas al mes había una discreta mejoría, aunque persistía la imagen deseudomasa. Ante la sospecha de una neoplasia pulmonar se realizó una punción aspirativa transparietal bajo control de TAC; se obtuvo material oleoso transparente y se efectuó un extendido citológico que mostró la presencia de macrófagos cargados de lípidos. Reinterrogado el pacien-

te, refirió consumo mantenido de aceite de parafina con fines laxantes. Se estableció entonces el diagnóstico de NL exógena y se interrumpió la administración del laxante. Sin embargo, en los controles radiográficos posteriores hubo pocas modificaciones.

La causa más frecuente de NL exógena es la aspiración crónica de aceite mineral utilizado como laxante y, con menos frecuencia, la inhalación de gotas nasales oleosas. El aceite llega a los alvéolos y produce una reacción inflamatoria⁴. El aceite mineral es relativamente inerte, no provoca reflejo tusígeno y altera el aclaramiento mucociliar, por lo que se favorece su llegada a los espacios aéreos distales y, tras su emulsión, es fagocitado por los macrófagos; si se producen aspiraciones repetidas, se comporta como un cuerpo extraño y da lugar a una reacción de fibrosis que, al progresar, rodea grandes gotas de lípidos con tejido fibroso y células gigantes, lo que ocasiona unseudotumor llamado parafinoma. La TAC de alta resolución muestra un patrón abigarrado de consolidación alveolar, opacidades en vidrio deslustrado, alteraciones intersticiales y lesiones nodulares o masas de baja densidad⁵. El diagnóstico de la NL exógena se basa en la historia de exposición, radiografía de tórax y/o TAC indicativas y la presencia de macrófagos cargados con lípidos en el esputo o el lavado broncoalveolar. Si esto no es concluyente, se aconseja efectuar una biopsia transbronquial o pulmonar. Sin embargo, la punción aspirativa pulmonar de lasseudomasas con la obtención de material oleoso, tal como ocurrió en nuestro caso, consideramos que es una forma adecuada de llegar al diagnóstico, dado que estos pacientes pueden presentar un estado clínico deteriorado y no ser buenos candidatos a métodos diagnósticos más agresivos. No hemos encontrado ningún caso diagnosticado por este método hasta la fecha, y pensamos que puede ser igual de efectivo y en ocasiones menos peligroso. El tratamiento consiste en evitar la exposición, además de tratar las complicaciones infecciosas; se ha propuesto el uso de corticoides sistémicos o lavado broncoalveolar terapéutico, aunque su utilidad no está bien establecida⁶.

**Jorge Lima Álvarez,
Inmaculada Alfageme Michavila
y María Marín Herrero**
Servicio de Neumología.
Hospital de Valme. Sevilla. España.

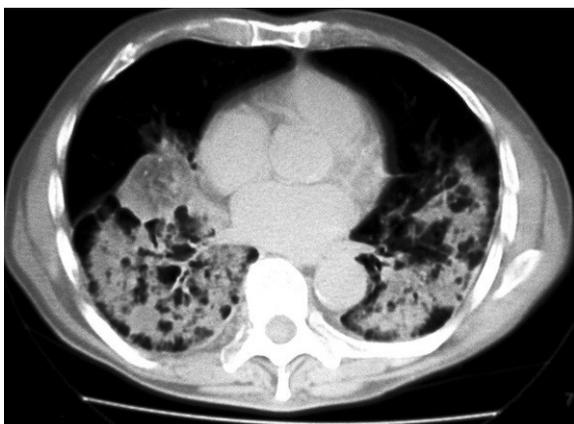


Fig. 1. Tomografía axial computarizada de tórax tras 2 semanas de tratamiento antibiótico, donde se aprecia patrón de consolidación alveolar con imagen de masa pulmonar de aspecto heterogéneo y áreas de baja densidad.

- Bernabeu Mora R, Méndez Martínez P, Abellán Martínez MC, Polo García LA, Lorenzo Cruz M, Sánchez Gascón F. Neumonía lipoidea aguda debida a la aspiración accidental de vaselina utilizada en un sondaje nasogástrico. Arch Bronconeumol. 2000;36:485-7.
- Porcar Ramells C, Clemente González C, Rubio Goday M. Neumonía lipoidea aguda: presentación de un nuevo caso. Arch Bronconeumol. 1997;33:426.
- Abad Fernández A, De Miguel Díez J, López Vime R, Gómez Santos D, Nájera Botello D, Jara Chinarro B. Neumonía lipoidea en relación con exposición laboral a pinturas. Arch Bronconeumol. 2003;39:133-5.
- Adkins D, Bensadoun E. An 85-year-old man with a lung mass. Chest. 2004;125:1121-3.
- Lee JS, Im JG, Song KS, Seo JB, Lim TH. Exogenous lipid pneumonia: high-resolution CT findings. Eur Radiol. 1999;9:287-91.
- Ikehara K, Suzuki M, Tsuburai T, Tshigatsubo Y. Lipoid pneumonia. Lancet. 2002;359:1300.



Tos asistida, presión abdominal y cifoscoliosis grave

Sr. Director: Leemos en la carta al Director “Colapso pulmonar por hernia hiatal secundaria a maniobras de compresión abdominal”¹ una referencia a un capítulo nuestro² en la que se nos cita para sostener la posible utilidad de la compresión abdominal como maniobra de tos asistida manual “... en pacientes con enfermedad principalmente neuromuscular y tos insuficiente para expectorar secreciones bronquiales”. No queremos discutir sobre el contenido general de la carta, pero sí mostrar nuestro desacuerdo con el sentido que en ella se da a una parte de lo que escribimos en *Tratado de rehabilitación respiratoria*:

1. En el capítulo, al hablar de la tos asistida manual, tras describir ciertas cuestiones básicas en el procedimiento, escribimos: “... el cuidador presiona con sus manos el tórax, el abdomen o ambos...”. El texto deja claro que no es nuestra intención dar a la compresión abdominal aislada (o a la torácica o a la toracoabdominal) una entidad propia. La presentamos como una parte de un procedimiento más amplio que precisa unas condiciones determinadas de aplicación para ser útil (o para no ser perjudicial).

2. Poco después afirmamos en el capítulo que la tos asistida manual, “... en general, es inefectiva en presencia de escoliosis graves...”. Sin embargo, Noray Malgrat et al¹ no tienen en cuenta esta (para nosotros) importante puntualización y nos citan precisamente en un caso en el que la presión abdominal se aplica a una paciente que, como secuela de su tetraparesia, “desarrolló una cifoscoliosis grave”.

Sirvan estas líneas para manifestar cordialmente nuestra postura respecto a la interpretación que Noray Malgrat et al¹ hacen de nuestras palabras.

**Jesús Sancho^a, Emilio Servera^a
y María Jesús Zafra^b**

^aUnidad de Cuidados Respiratorios. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Valencia. España.

^bServicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Valencia. España.

1. Noray Malgrat M, Mateu G, Luján M. Colapso pulmonar por hernia hiatal secundaria a maniobras de compresión abdominal. Arch Bronconeumol. 2007;43:53.
2. Sancho J, Servera E, Zafra MJ. Rehabilitación respiratoria en las enfermedades neuromusculares. En: Güell R, De Lucas P, editores. Tratado de rehabilitación respiratoria. Barcelona: Ars Médica; 2005. p. 270-1.



Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradecemos muy sinceramente el interés de Sancho et al por nuestra carta publicada recientemente¹. En cuanto al contenido de sus puntualizaciones, nos gustaría exponer nuestro punto de vista al respecto.

En primer lugar, los autores defienden que las maniobras de compresión abdominal carecen de entidad propia, para situarlas exclusivamente en el contexto del tratamiento coadyuvante a las maniobras de máxima capacidad de insuflación, sea con un resucitador manual (Ambú[®]) o con un ventilador mecánico. Con respecto a este punto, en el capítulo referenciado (p. 270)² se expone que, “para los pacientes con menos de 1,5 l de capacidad vital, se recomienda mejorar la efectividad precediendo el golpe de tos con la máxima capacidad de insuflación, obtenida mediante...”; es decir, aunque admitimos que tal vez se tenía que matizar la frase objeto de controversia (p. ej., añadiendo “en el contexto de maniobras de máxima capacidad de insuflación”), hay una minoría de pacientes con capacidad vital forzada superior a 1,5 l y problemas de eliminación de secreciones que no precisan de dichas maniobras, según afirman los propios autores. Además, en el caso de la paciente que presentamos, nos limitamos a describir una complicación de una técnica que los cuidadores emplearon durante muchos años sin ningún tipo de prescripción por nuestra parte o control neumológico especializado. Como se aclara también en la carta¹, una vez solventada la complicación, se emplearon las maniobras de hiperinsuflación con resucitador manual recomendadas en este tipo de situaciones.

En segundo lugar, se puntualiza que la tos asistida manual es inefectiva en casos de cifoscoliosis grave. La cita objeto de controversia aparece en la introducción del caso clínico

y referida de forma clara a “principalmente enfermedades neuromusculares”. De todas formas, en el caso concreto de la paciente, a pesar de que había una cifoscoliosis que se instauró de forma lentamente progresiva, es innegable que el problema de base es neuromuscular, con participación de la musculatura espiratoria y, por tanto, de las fases compresiva y expulsiva de la tos. Además, para documentar la utilidad de las maniobras en este caso concreto, se efectuaron mediciones de picos de flujo de tos a maniobras de máxima capacidad de insuflación, con o sin maniobras adicionales de asistencia manual, y la diferencia de dichos picos fue aproximadamente de un 20%.

**Mariona Noray^a, Gina Mateu^a
y Manel Luján^b**

^aDepartament de Fisioteràpia. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

^bServei de Pneumologia. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

1. Noray Malgrat M, Mateu G, Luján M. Colapso pulmonar por hernia hiatal secundaria a maniobras de compresión abdominal. Arch Bronconeumol. 2007;43:53.
2. Sancho J, Servera E, Zafra MJ. Rehabilitación respiratoria en las enfermedades neuromusculares. En: Güell R, De Lucas P, editores. Tratado de rehabilitación respiratoria. Barcelona: Ars Médica; 2005. p 270-1.

FE DE ERRORES

En el número de diciembre se han detectado los siguientes errores:

- Sumario, artículo original de A. Camelier et al: el nombre correcto del cuestionario de salud es “Airways Questionnaire 20 (AQ20)”.
- Contents:
 - Original Article de A. Camelier et al: el nombre correcto del cuestionario de salud es “Airways Questionnaire 20 (AQ20).
 - Case Report de C. Jordá et al: el título correcto es “Balloon Dilatation of the Trachea as Treatment for Idiopathic Laryngotracheal Stenosis”.
- Artículo original de A. Camelier et al:
 - El título correcto es “Propiedades discriminativas y validez de un cuestionario de salud en pacientes con enfermedad obstructiva de la vía respiratoria: el Airways Questionnaire 20 (AQ20)”. Asimismo, éste el título correcto de las cabeceras de página.
 - Resumen: apartado Resultados, tercera línea, donde dice “p < 0,01”, debe decir “p < 0,001”.
 - El título correcto del abstract es “Discriminative Properties and Validity of a Health Status Questionnaire in Obstructive Airway Disease Patients: The Airways Questionnaire 20 (AQ20)”.
 - En la tabla III sobran las dos últimas líneas.
- Nota Clínica de C. Jordá et al: el título correcto del abstract es “Ballon Dilatation of the Trachea as Treatment for Idiopathic Laryngotracheal Stenosis”.