



ció abundante tejido fibroglandular y graso en ambas mamas, sin otras alteraciones, y la punción con aguja fina fue negativa para malignidad. Se realizó un estudio hormonal por RIA, con determinaciones séricas normales de T3 total (100 ng/dl), T4 total (6,3 µg/dl), TSH (4 µU/ml), delta-4-androstendiona (1,9 ng/ml), SHBG (21 nmol/l), prolactina (8,7 ng/ml), β-HCG (1 mU/ml), FSH (6,1 mU/ml), y LH (1,4 mU/ml). Por el contrario, estaban alteradas las determinaciones de testosterona (1,3 ng/ml [Vn, 2,7-10,7 ng/ml]), y 17-beta estradiol (< 8 pg/ml [Vn, 8-44 pg/ml]). El test de LH-RH (Luforan) no obtuvo respuesta de FSH y LH. Se orientó como un hipogonadismo hipogonadotropo y se efectuó una TAC hipofisaria, que no evidenció alteraciones en región sellar, suprasellar o hipofisaria. Con el diagnóstico de ginecomastia bilateral e hipogonadismo hipogonadotropo asociado a carcinoma escamoso de pulmón, el paciente fue remitido a cirugía torácica para intervención.

Se ha descrito la asociación de ginecomastia con todos los tipos histológicos de cáncer de pulmón, aunque la mayor proporción corresponde al indiferenciado de célula pequeña (33%) e indiferenciado de célula grande (27%)^{3,4}. La ginecomastia suele ser bilateral y si es unilateral es en el mismo lado del tumor. Aunque se han descrito ginecomastias metastásicas⁵, la causa más conocida es el exceso de estrógenos en relación al nivel de andrógenos circulantes debido a la producción ectópica tumoral de β-HCG, que estimula la producción de estradiol testicular^{2,4,6-8}. Otras hormonas secretadas en el tejido tumoral e implicadas con menor frecuencia en la aparición de ginecomastia, son la FSH, LH y prolactina⁹. En nuestro caso, el estudio hormonal demostró un patrón de hipogonadismo hipogonadotropo.

Descartadas otras posibilidades, creemos que la secreción ectópica tumoral de un esteroide hormonal con actividad estrogénica comportaría la inhibición de gonadotropinas hipofisarias, así como la estimulación del tejido mamario. En nuestro caso, fue la ginecomastia bilateral el primer síntoma de la neoplasia pulmonar que permitió un diagnóstico precoz.

E. Rodríguez, A. Nubiola y M. Luna
Servicio de Medicina Interna.
Hospital de l'Esperit Sant.

Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

1. Donnelly WJ. Gynecomastia and tumor. Case Report. Clinopathologic conference. Postgrad Med 1969; 128: 185-189.
2. McFayden IJH, Bulton AE, Cameron EHD, Hunter WM, Raab G, Forrest APM. Gonadal-pituitary hormone levels in gynecomastia. Clin Endocrinol 1980; 13: 77-86.
3. Ross EJ. Síndromes extrapulmonares asociados a tumores pulmonares. En: Fishman AP, editor. Tratado de Neumología (2.ª ed.). Barcelona: Ediciones Doyma, 1991; 1.815-1.829.
4. Sapone FM, Reyes CU. Unusual faces of lung cancer. J Surg Oncol 1985; 30: 1-5.
5. Merino J, Bilbao F, Del Villar A. Ginecomastia metastásica bilateral. Una manifestación insólita del carcinoma pulmonar de células pequeñas. Rev Clin Esp 1983; 168: 67-68.

6. Fairlamb D, Boesen E. Gynecomastia associated with gonadotropin-secreting carcinoma of the lung. Postgrad Med J 1977; 53: 269-271.
7. Metz SA, Weintraub B, Rosen SW, Singer J, Robertson RP. Ectopic secretion of chorionic gonadotropin by a lung carcinoma. Am J Med 1978; 65: 325-333.
8. Field JB, Solis RT, Dear WE. Case Report: Unilateral gynecomastia associated with thoracotomy following resection of carcinoma of the lung. Am J Med Sci 1989; 289: 402-406.
9. Hattori M, Imura H, Matsukura S, Yoshimoto Y, Sekita K, Tomonatsu T et al. Multiple-hormone producing lung carcinoma. Cancer 1979; 43: 2.429-2.437.

Neumonía por *Rhodococcus equi* en pacientes con sida

Sr. Director: *Rhodococcus equi* es un patógeno de animales que origina neumonía necrosante en pacientes inmunodeprimidos y que constituye una patología en ascenso a expensas del grupo de los VIH (+). Aportamos 2 casos de neumonía cavitada por este microorganismo en pacientes con sida (estadio IV C1), uno de los cuales recidivó 10 meses después.

Caso 1. Varón de 28 años VIH(+), ADVP desde hacía 5 años, que en el momento de su ingreso presentaba fiebre de 39 °C con tos abundante y escasa expectoración de 2 meses de evolución.

La analítica mostró: hematócrito, 30%; hemoglobina, 10 g/l; leucocitos, 10,10⁹/l; plaquetas, 198,10⁹/l; VSG, 139 en la primera hora; CD4 < 50/µl. En la radiografía de tórax y tomografía pulmonar se observó una masa cavitada en LSD.

En las muestras de esputo inducido y hemocultivo se aisló *R. equi*. Se realizó CIM por el método de microdilución en caldo (Sensititre), que fue sensible a eritromicina, rifampicina, vancomicina, imipenem, gentamicina, ciprofloxacino y resistente a penicilina, tetraciclina y cefalosporinas. Se inició tratamiento con imipenem, eritromicina, y rifampicina por vía intravenosa durante 3 semanas, con lo que el paciente quedó afebril y asintomático. En la actualidad, 4 meses después, continúa con rifampicina y claritromicina y es controlado periódicamente.

Caso 2. Varón de 50 años VIH (+) de conducta heterosexual con antecedentes de TBC diseminada hacia 2 años y neumonía por *Pneumocystis carinii* un año más tarde. Acudió al hospital por un cuadro de fiebre, tos y expectoración blanquecina de una semana de evolución.

La analítica mostró: hematócrito, 37%; hemoglobina, 11 g/l; leucocitos, 12,10⁹/l; plaquetas, 205,10⁹/l; VSG, 135 a la primera hora, y CD4, 54/µl.

En la radiografía de tórax se observó condensación parenquimatosa cavitada en LSI. En las muestras de aspirado bronquial, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial con catéter telescópico, creció *R. equi* con el mismo patrón de sensibilidad que en el caso anterior. Los hemocultivos seriados fueron negativos.

Se instauró tratamiento antibiótico con rifampicina y eritromicina por vía intravenosa durante 4 semanas, que se prolongó durante

10 meses por vía oral; y el paciente permaneció asintomático en todo momento. Al cabo de este tiempo reingresó por un nuevo episodio de neumonía, aislándose en las muestras de broncoscopia incontables colonias/ml de *R. equi* que mostró el mismo antibiograma que el aislado previamente. Recibió tratamiento con imipenem, vancomicina y rifampicina, y falleció 2 días después.

Desde 1991 se han descrito en España unos 20 casos de neumonía por *R. equi* en pacientes VIH (+). En general, esta infección suele aparecer en estadios avanzados de la enfermedad, como ocurrió en nuestros pacientes que se encontraban en estadio IV C1.

Dado el carácter intracelular de esta bacteria, se recomienda el uso de antibióticos con actividad a este nivel. La asociación más recomendada es eritromicina y rifampicina, que fue la empleada en nuestros casos con lo que se resolvió el cuadro clínico^{1,2}. También se han descrito buenos resultados con vancomicina e imipenem^{3,4}.

Las recidivas tras períodos cortos de antibioterapia son frecuentes. No existe unanimidad sobre la duración óptima del tratamiento^{4,5}. Sin embargo, dada la alta mortalidad de la infección, resulta prudente administrar tratamiento supresor de mantenimiento.

Nuestro segundo paciente, a pesar de instaurarse tratamiento supresor con rifampicina y claritromicina durante 10 meses, desarrolló una recidiva, si bien presentaba un importante deterioro inmunológico (leucocitos: 3.180 con linfocitos CD4 20/µl).

Por último se debe insistir en la sospecha de infección por *R. equi* en neumonías necrosantes de pacientes VIH (+) especialmente cuando los recuentos de linfocitos CD4 son inferiores a 100/µl.

M.L. Marco, A. Remacha y B. Echavarrí
Servicio de Microbiología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

1. Vestbo J, Lundgren JD, Gaub J, Roder B, Gutschik E. Severe *Rhodococcus equi* pneumonia: case report and literature review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1991; 10: 762-768.
2. Arrizabalaga J, Iribarren JA, Garde G, Rodríguez-Arondo FJ, García-Arenzana JM, Idigoras P. *Rhodococcus equi* en pacientes con infección por el VIH: dos nuevos casos. Enf Infec y Microbiol Clin 1992; 10: 211-215.
3. Javaloyas M, García D, Ruff G. Absceso recidivante de pulmón por *Rhodococcus equi* en un paciente VIH positivo: respuesta a la asociación imipenem/vancomicina. Med Clin 1993; 100: 759.
4. Nordmann P, Rouveix E, Guenounou M, Nicolas MH. Pulmonary abscess due to a rifampin and fluoroquinolone resistant *Rhodococcus equi* strain in a HIV infected patient. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1992; 11: 557-558.
5. Roca V, Viñuelas J, Pérez-Cecilia E, Picardo A, Rabadán PM, Ortega L et al. Neumonía bacteriémica por *Rhodococcus equi* e infección por VIH. Comentario de un nuevo caso y revisión de la literatura. Enf Infec y Microbiol Clin 1991; 10: 627-629.