

ASPERGILOMA PULMONAR

Juan Carlos Bonilla MD*, Piedad Campo Rodríguez MD**, John Barragán MD***, Edgar Giovanni Ríos MD****

Resumen

El desarrollo de un aspergiloma pulmonar en pacientes sin historia previa de enfermedad granulomatosa, cavitaria, bulosa o fibrótica es inusual. A continuación se describe la historia de una paciente femenina de 44 años a quien se le practicó lobectomía inferior izquierda con reporte histopatológico de aspergiloma pulmonar.

Introducción

La primera descripción patológica del aspergiloma fue hecha por Virchow en 1856, siendo el tipo más común el *Aspergillus fumigatus*. Las especies son saprofitas, cosmopolitas y termotolerantes (> 55 °C), sobreviven en detritos orgánicos (vegetales, cereales) y la infección al humano se produce por la inhalación de esporas (2-3 micras). Existe un amplio espectro de enfermedades pulmonares generadas por *Aspergillus* que depende del estado de inmunidad, virulencia del germen, enfermedades asociadas, respuesta inflamatoria (hipersensibilidad tipos I y III) y factores ambientales.

Reporte de caso

Mujer de 44 años con cuadro clínico de ocho años de evolución consistente en hemoptisis ocasional sin otra sintomatología, es valorada por medicina interna y neumología, quienes solicitan TAC de tórax (**Figura 1**), el cual evidenció masa intraparenquima-

tosa localizada en el lóbulo inferior izquierdo, que corresponde a lesión quística (micetoma). Se realizó fibrobroncoscopia reportada como normal, biopsia transbronquial que se informó como inflamación crónica ligera, fibroantracosis y negativa para malignidad. Después fue valorada por cirugía general quienes realizan lobectomía inferior izquierda, teniendo como criterios clínicos hemoptisis a repetición y radiológico de masa intraparenquimatosa indeterminada. Como hallazgos importantes se encontró una masa de 4 cm de consistencia dura ubicada en el segmento apical del lóbulo inferior izquierdo (**Figura 2**). Como antecedentes importantes de exposición se anotan fumadora de cuatro cigarrillos al día durante los últimos cuatro años. Trabajó en empresa de textiles durante quince años. Presenta evolución postoperatoria satisfactoria sin complicaciones. En el servicio de patología se realizaron coloraciones especiales de ácido periyódico de Schiff (PAS) y Gomori (**Figuras 3 y 4**), con diagnósticos definitivos de aspergiloma pulmonar y de ganglios linfáticos interlobares con antracosis.

Discusión

El desarrollo de un aspergiloma se puede dar en cavidades intrapulmonares o pleurales preexistentes (bronquiectasias, quistes, tumores o infartos pulmonares). Este se halla constituido por filamentos de

Fecha recibido: enero 5 de 2007- Fecha aceptado: febrero 20 de 2007

* Instructor Asociado de patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Servicio de patología, Hospital de San José.

** Residente II de patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

*** Residente II de cirugía general, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

**** Residente II de cirugía, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

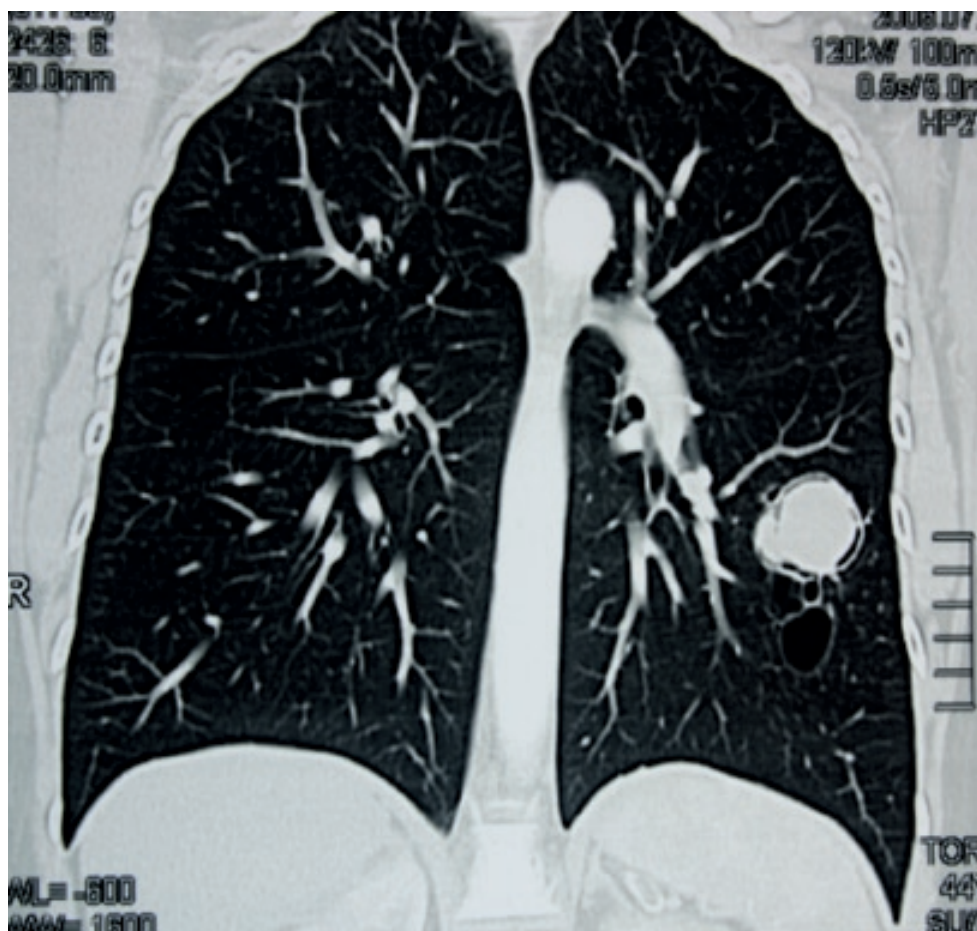


Figura 1. Tac de tórax de alta resolución: masa con densidad de tejidos blandos (bola de hongos) y signo de aire creciente en segmento apical LII (flecha).

micelios (hifas y conidias) y células inflamatorias en su periferia (linfocitos, y polimorfonucleares neutrófilos), con presencia de una cápsula bien definida. El síntoma más frecuente e indicativo de cirugía es la hemoptisis, ya que puede ser fatal. El pronóstico a largo plazo depende de la condición general del paciente. Algunos autores han estimado que la hemoptisis mayor ocurre con una incidencia del 20 %, siendo la cirugía indicativa para el manejo de esta.

Es importante el diagnóstico radiológico para definir la lesión, siendo característico el signo del aire creciente que indica micetoma en el parénquima (**Figura 1**). El criterio definitivo es el hallazgo histológico convencional y el uso de coloraciones especiales de PAS y Gomori donde se observan hifas septadas con angulación periférica menor de 90 grados (**Figuras 3 y 4**). Es importante mencionar las diferentes formas de presentación clínica de la

aspergilosis pulmonar ya que de esto depende el pronóstico del paciente que va desde una alveolitis alérgica extrínseca hasta una aspergilosis pulmonar invasiva de variedad necrotizante (**Tabla 1**).

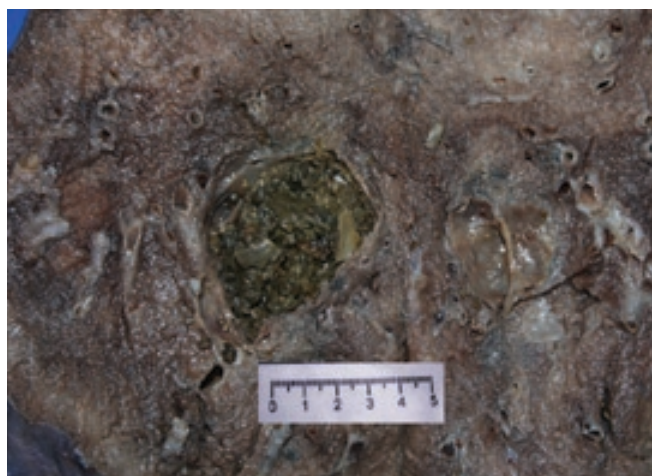


Figura 2. Lobectomía inferior izquierda con lesión quística cavernosa de 3.5 X 2.5 cm de color verde oscuro.

Tabla I. Manifestaciones clínicas de aspergilosis pulmonar

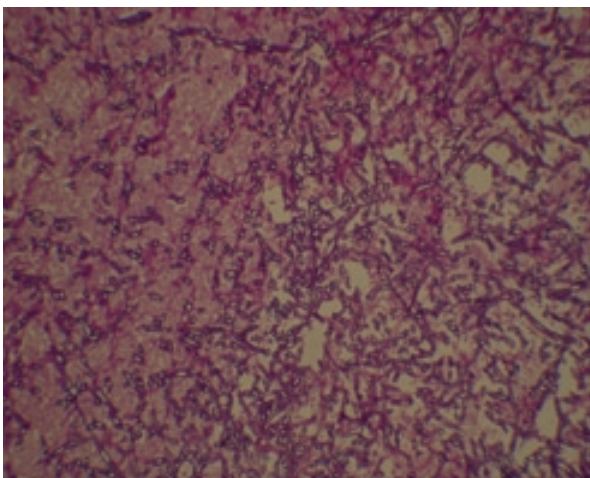
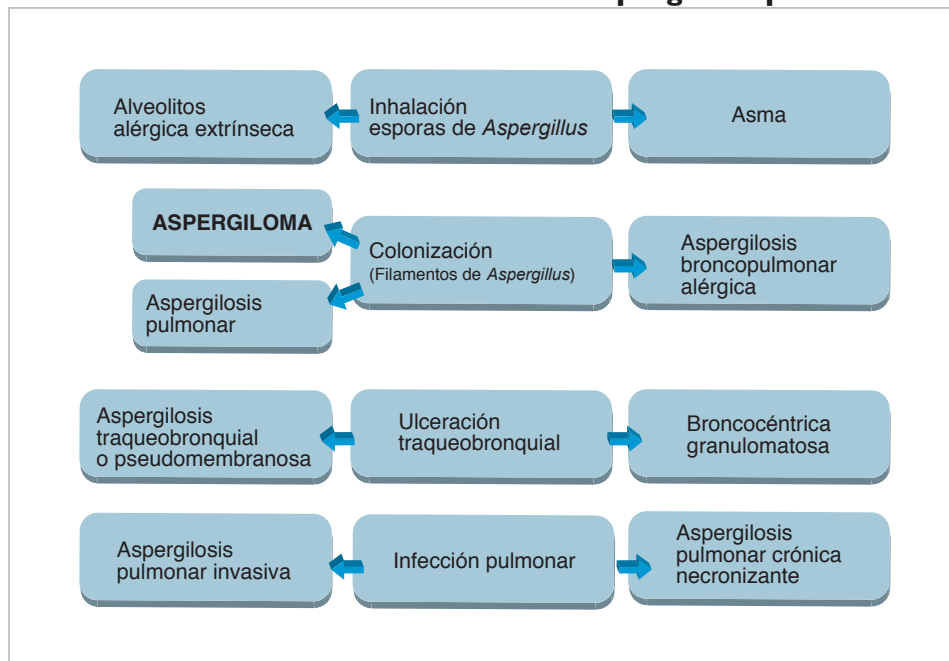


Figura 3. Coloración con PAS: se observan hifas septadas con angulación en su periferia menor de 90 grados.

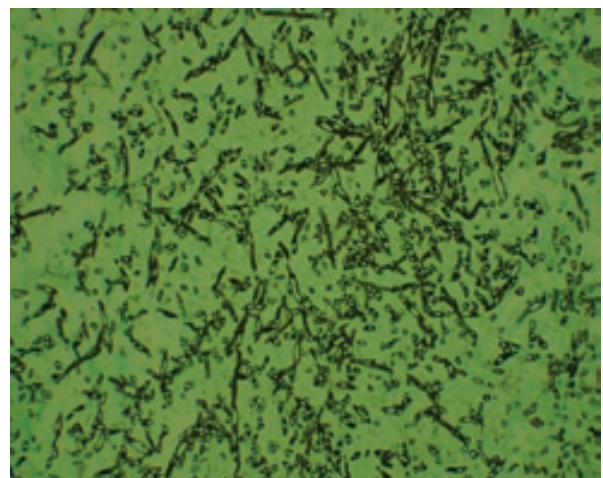


Figura 4. Coloración de Gomori con hifas septadas

Lecturas Recomendadas

- Couturaud F. Aspergillosis and the lung Rev Fr Allergol Immunol Clin. 2004 Jan 44(1):83-88.
- Chow L, Brown NE, Kunimoto D. An unusual case of pulmonary invasive aspergillosis and aspergilloma cured with voriconazole in a patient with cystic fibrosis. Clin Infect Dis. 2002 Nov 1;35(9):e106-10.
- Denning DW, Riniotis K, Dobrashian R, Sambatakou H. Chronic cavitary and fibrosing pulmonary and pleural aspergillosis: case series, proposed nomenclature change, and review. Clin Infect Dis. 2003 Oct 1;37 Suppl 3:S265-80.
- Franquet T, Müller NL, Giménez A, Guembe P, de La Torre J, Bagué S. Spectrum of pulmonary aspergillosis: histologic, clinical, and radiologic findings. Radiographics. 2001 Jul-Aug;21(4):825-37.
- Israel HL, Ostrow A. Sarcoidosis and aspergilloma. Am J Med. 1969 Aug;47(2):243-50.
- Lin SJ, Schranz J, Teutsch SM. Aspergillosis case-fatality rate: systematic review of the literature. Clin Infect Dis. 2001 Feb 1;32(3):358-66.
- Metin KS, Ugurlu BS, Kabakci B, Sariosmanoglu NO, Hazan E, Oto O. Surgical resection for successful treatment of invasive pulmonary aspergillosis: report of 3 cases. Scand J Infect Dis. 2005;37(9):694-6.