

Aspergiloma

Aragonés García M, Parra Gordo ML, Vivancos Costaleite K, Barker Tejeda S, Sánchez Sanz E, Olivera Serrano MJ, Caballero Sánchez-Robles P

Hospital Universitario La Princesa. Madrid

Mujer de 45 años de edad, exfumadora desde hace 5 años, que acude a su médico de atención primaria por tos y ocasionalmente expectoración hemoptoica desde hace cuatro meses.

Como antecedentes personales, destaca tuberculosis pulmonar a los 12 años, tratada durante un año.

La exploración por órganos y aparatos es normal. Se ausculta algún roncus en el vértice pulmonar derecho.

La analítica y la gasometría son normales.

Se solicita radiografía de tórax (figura 1), en la que se observan signos de pérdida de volumen y tractos cicatriciales en ambos lóbulos superiores por tuberculosis antigua, con una lesión cavitada en el lóbulo superior derecho (LSD).

Ante estos hallazgos, se solicita la realización de TAC torácica, en la que se aprecia pérdida de volumen del LSD con bronquiectasias. Se observa una

cavidad de 5-6 cm de diámetro con una masa en su interior localizada en la porción declive, compatible con aspergiloma (figura 2).

Se realiza fibrobroncoscopia, que demuestra aumento de secreciones y mucosa inflamada en el LSD. Se cultiva *Pseudomonas aeruginosa* y se instaura tratamiento antibiótico, con lo que mejora el cuadro de tos.

Se realiza toracotomía póstero-lateral derecha. Se observan fuertes adherencias en el LSD, que está muy disminuido de tamaño. Se procede a la liberación de todo el lóbulo y se efectúa la resección.

El estudio anatomopatológico muestra una lesión quística revestida parcialmente por epitelio escamoso con cambios reactivos; el resto, por material fibrino-necrótico con infiltrado inflamatorio. Se identifica la presencia de estructuras micóticas en su luz, de características histológicas compatibles con *Aspergillus*. El parénquima pulmonar adyacente presenta áreas hemorrágicas e infiltrado neutrofílico en las luces alveolares. El diagnóstico definitivo fue de aspergiloma en cavidad residual del LSD.

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con buen estado general.

COMENTARIO

El *Aspergillus* es un hongo ubicuo que habita en el aire libre. Sus esporas, de pequeño tamaño, se desplazan con el aire, entran en contacto con el pulmón y pueden desarrollar una infección pulmonar.

Las especies más frecuentes son el *A. fumigatus* (hasta 90 % de casos invasivos), *A. flavus* y *A. niger*.

Según exista o no invasión tisular, se pueden producir cinco tipos de afectaciones: aspergilosis saprofitica (aspergiloma), reacción de hipersensibilidad (aspergilosis broncopulmonar alérgica), aspergilosis semi-invasiva (necrotizante crónica), aspergilosis invasiva de la vía aérea y aspergilosis angioinvasiva.

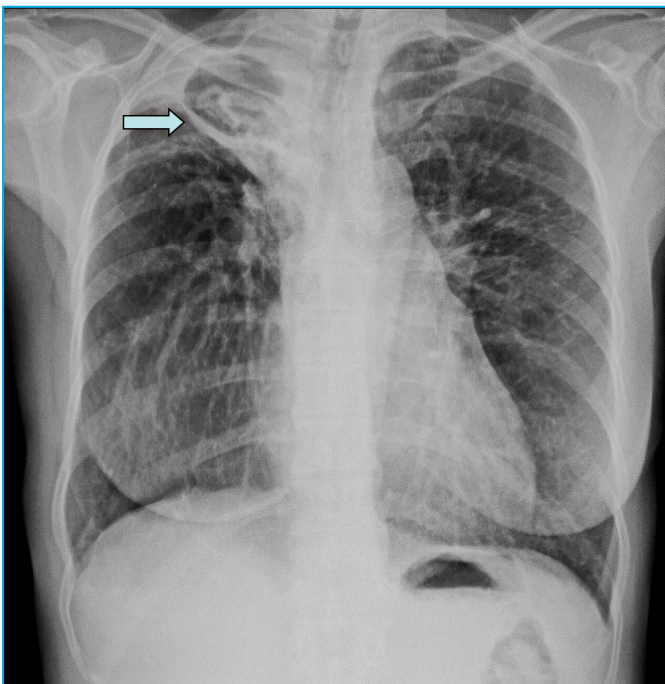


Figura 1. Radiografía PA de tórax: signos de pérdida de volumen y tractos cicatriciales en ambos lóbulos superiores por tuberculosis antigua; se observa una lesión cavitada en el lóbulo superior derecho, con una masa de densidad partes blandas separada por un halo de densidad aire de las paredes de la cavidad ("signo de Monod")

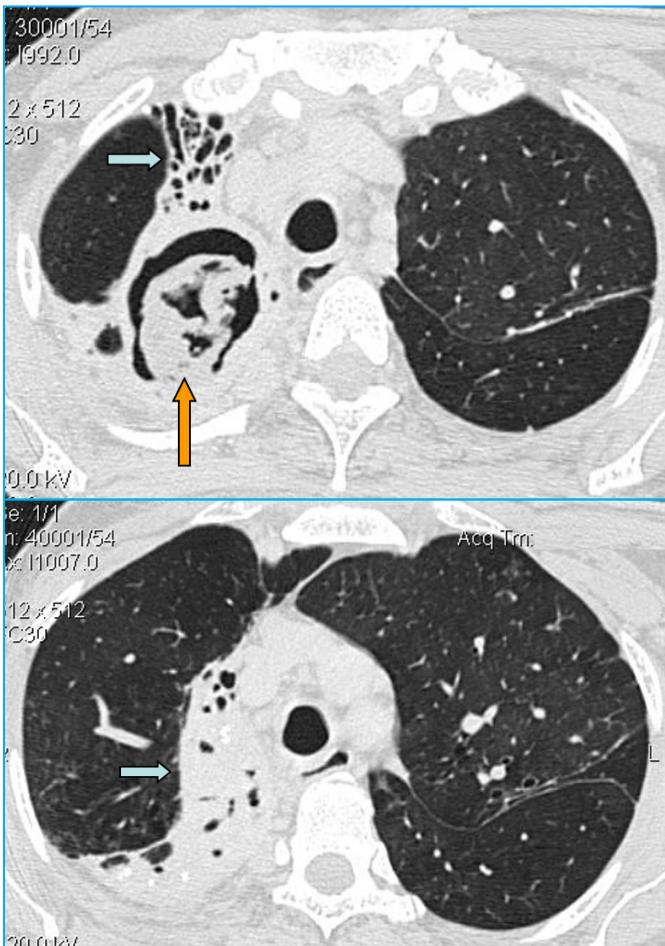


Figura 2. TC torácica: en el lóbulo superior derecho se identifican bronquiectasias (flecha azul) y una masa de densidad partes blandas en posición declive en el interior de la cavidad, compatible con aspergiloma (flecha naranja)

En la aspergilosis saprofitica (aspergiloma) se produce la ocupación de una cavidad pulmonar preexistente por un conglomerado de hifas septadas, células dendríticas, fibrina y moco, sin que exista invasión del parénquima pulmonar.

La cavidad pulmonar donde asienta el hongo suele ser secuela de una infección previa por tuberculosis, por lo que suelen ser unilaterales y localizarse en los lóbulos superiores. Otras cavidades donde pueden asentar son las secundarias a sarcoidosis, quiste broncogénico, área de secuestro pulmonar o neumatocele residual tras infección por *Pneumocystis jiroveci* en pacientes VIH positivos.

Los pacientes pueden permanecer asintomáticos, pero la clínica más frecuente es la hemoptisis, que aparece hasta en 55-85 % de los casos. Puede variar desde el esputo hemoptoico hasta la hemoptisis masiva, lo que puede requerir intervención quirúrgica o embolización.

Las manifestaciones radiológicas del aspergiloma son características, aunque no específicas. En

la radiografía de tórax se identifica una masa de densidad partes blandas separada por un halo de densidad aire de las paredes de la cavidad que lo rodea, y en la que el nódulo interno modifica su posición con los cambios de postura del paciente, lo que constituye el denominado "signo de Monod".

La técnica de imagen de elección para el diagnóstico es la TAC torácica, ya que a menudo el "signo de Monod" es difícil de identificar en la radiografía de tórax.

El diagnóstico diferencial se puede plantear con nódulos y masas cavitadas, entre los que se incluyen la aspergilosis angioinvasiva, la tuberculosis primaria, los nódulos reumatoideos, los émbolos sépticos, las metástasis cavitadas, los abscesos o el carcinoma escamoso de pulmón cavitado. Este último normalmente presenta unas paredes más gruesas y un ligero realce del nódulo interno tras la administración de contraste, que no se desplaza con los cambios de posición del paciente, a diferencia de lo que ocurre en el aspergiloma.

BIBLIOGRAFIA

- Franquet T, Müller N, Giménez A, Gumbre P, De la Torre J, Bagué. Spectrum of pulmonary aspergillosis: histologic, clinical and radiologic findings. *RadioGraphics* 2001;21:825-37.
- Cortés Téllez A, Morales Fuentes J, García Ramírez R, Juárez Hernández F. Aspergiloma pulmonar. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Neumología y Cirugía de Tórax*. *Medigraphic* 2008;67:79-83.
- Torrales M, Martínez F, Baggatini J. Aspergiloma pulmonar bilateral. *Arch Med Interna* 2010;32:53-6.