

SOBREINFECCIÓN DE CAVERNA TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Vera L, Lerman Tenenbaum D, Taborro A y col. Sobreinfección de caverna tuberculosa. Reporte de un caso. *Rev Arg Med* 2020;8(2):146-148

SUPERINFECTION OF TUBERCULOUS CAVERN. A CASE REPORT

L. Vera,¹ D. Lerman Tenenbaum,^{1,2} A. Taborro,¹ E. Gregorini³

Recibido: 9 de marzo de 2020.

Aceptado: 29 de abril de 2020.

¹ Servicio de Infectología, Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria, Santa Fe.

² Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Santa Fe.

³ Jefe del Servicio de Microbiología, Hospital Escuela Eva Perón. Granadero Baigorria, Santa Fe.

RESUMEN

Aspergillus es un hongo filamentoso, ubicuo, de distribución universal, típicamente oportunista, que se encuentra en el aire, el suelo, las plantas y la materia orgánica en descomposición (1). Sus esporas, de tamaño pequeño, se desplazan en el aire, entran en contacto con el pulmón y pueden causar infección pulmonar. Se presenta el caso clínico de un paciente con antecedentes de tuberculosis y diagnóstico de aspergiloma pulmonar.

PALABRAS CLAVE. *Aspergillus*, aspergiloma, tuberculosis.

ABSTRACT

Aspergillus is a filamentous fungus, ubiquitous, of universal distribution, typically opportunistic, found in air, soil, plants and decomposing organic matter. Their small spores move in the air, come into contact with the lung and can originate lung infections. The clinical case of a patient with a history of tuberculosis with pulmonary aspergilloma diagnosis is presented.

KEY WORDS. *Aspergillus*, aspergilloma, tuberculosis.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Andrés Taborro. Av. San Martín 1645 (S2152), Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina. Teléfono: (+341) 471-0940. Correo electrónico: andrestaborro@outlook.com.

Introducción

El aspergiloma es la forma más común y mejor conocida de afectación pulmonar por *Aspergillus*. Se caracteriza por un conglomerado de hifas de *Aspergillus* junto con una matriz de fibrina, moco y detritos celulares. Habitualmente, se forma en una cavidad preexistente del pulmón, causada por diferentes patologías como tuberculosis, sarcoidosis, bronquiectasias, fibrosis quística, bullas, espondilitis anquilosante, neoplasias o infecciones pulmonares (1). Entre el 25% y el 50% de los pacientes con diagnóstico de aspergiloma tienen secuelas de tuberculosis en el parénquima pulmonar (2). Las especies de *Aspergillus* relacionadas con frecuencia con la formación de aspergiloma son *A. fumigatus*, *A. niger* y *A. flavus* (1).

La presentación clínica de esta patología es inespecífica. Los pacientes pueden permanecer asintomáticos o presentar hemoptisis, que aparece en el 55-85% de los casos (3). El diagnóstico es complejo: se basa en la clínica y en los hallazgos imagenológicos, combinados con la observación directa y los cultivos microbiológicos (4).

En cuanto al tratamiento, está determinado por diferentes factores: la presencia de síntomas, la función pulmonar, la existencia de factores de riesgo de mal pronóstico y la presencia de múltiples lesiones (4). El tratamiento quirúrgico es una opción terapéutica que permite la erradicación del aspergiloma; sin embargo, presenta altas tasas de mortalidad y morbilidad (5).



Figura 1. TAC torácica: en el vértice pulmonar izquierdo se puede ver una cavidad que presenta en su interior una formación nodular sólida.

En lo referente al tratamiento con antifúngicos, el itraconazol presenta actividad *in vitro* frente a *Aspergillus*, buena penetración tisular y menor toxicidad, por lo que puede ser considerado una opción para pacientes con contraindicación para la cirugía (4). El voriconazol constituye también una medida terapéutica eficaz, aunque muchas veces postergada por la implicancia económica.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente de 45 años, ex tabaquista, con antecedentes de tuberculosis pulmonar a los 16 años, que atravesó un cuadro de siete días de evolución caracterizado por tos, disnea y hemoptisis. Al ingreso se le realizaron pruebas de laboratorio, hemocultivos, una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y cultivo de esputo, y se inició un tratamiento empírico con ampicilina/sulbactam asociada a claritromicina. Los resultados de laboratorio mostraron una elevación de glóbulos blancos y reactantes de fase aguda. Se solicitaron serologías para virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis, virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), que fueron negativas. Los hemocultivos arrojaron resultados negativos y la observación directa, como también el cultivo para bacilos acidorresistentes, fueron negativos.

La TAC de tórax reveló en el vértice pulmonar izquierdo una cavidad de contornos regulares, que en su interior presentó una formación nodular sólida de 22 x 21 mm.

El paciente continuó con hemoptisis durante su estadía hospitalaria. Al noveno día se observó en el cultivo de esputo el crecimiento de hifas tabicadas identificadas como *Aspergillus fumigatus*. Por tal motivo, el servicio de Infectología indicó un tratamiento con itraconazol por vía oral, y el paciente presentó una buena evolución clínica.

Discusión

La principal patología fúngica en un paciente con antecedentes de tuberculosis pulmonar que refiere hemoptisis y presenta una imagen de tórax con presencia de cavidades es el aspergiloma, tal como lo demuestra nuestro caso clínico.

En el caso descrito, el paciente evidenció un aspergiloma por *Aspergillus fumigatus*, la especie más frecuente en esta patología (1).

En lo referente a la presentación clínica, el espectro sintomático puede variar desde esputo hemoptoico hasta la hemoptisis masiva con requerimiento, en contadas ocasiones, de intervención quirúrgica o embolización (no fue realizada en nuestro paciente) (3).

Con respecto al diagnóstico, la radiografía de tórax puede ser normal en el 20-40% de los casos (6). En nuestro

paciente, el diagnóstico se obtuvo a partir de la TAC de tórax combinada con la observación directa y el cultivo de esputo.

En cuanto al tratamiento instaurado, la sugerencia del servicio fue el empleo de itraconazol por vía oral a dosis de 200 mg cada 12 h. Quedó relegada por falta de disponibilidad la utilización del triazólico voriconazol.

En un estudio retrospectivo, en el que se comparó el tratamiento médico con el quirúrgico, se determinó que la supervivencia a cinco años es similar en aquellos que mostraban hemoptisis leves y no recurrente, pero cambia totalmente si la hemoptisis es grave y recurrente, en cuyo caso el tratamiento de elección es el quirúrgico (1).

Conclusión

La tuberculosis es una enfermedad con elevada tasa de prevalencia en nuestro país; por lo tanto, en un paciente que presenta secuelas en el parénquima pulmonar por *Mycobacterium tuberculosis* asociadas a hemoptisis no sólo se deberá pensar la reactivación de la patología de base, sino que también se deberá sospechar la presencia de un aspergiloma. [RAM](#)

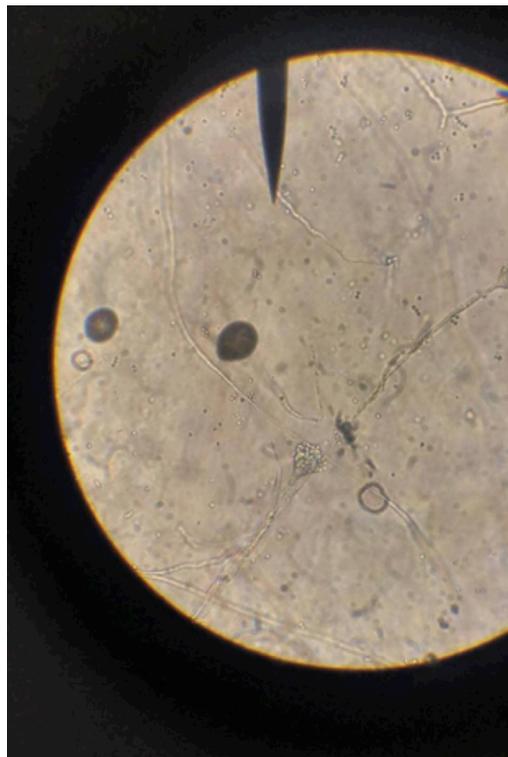


Figura 2.
Directo de esputo: *Aspergillus fumigatus*.

Referencias bibliográficas

1. Torales M, Martínez F, Bagattini JC. Aspergiloma pulmonar bilateral. *Arch Med Interna* 2010;XXXII(2-3):53-6
2. Romero Marín MP, Romero Rondon SK, Sánchez Robayo KJ y col. Secuelas estructurales y funcionales de tuberculosis pulmonar: una revisión de tema. *RAMR* 2016;16(2):163-9
3. Aragonés García M, Parra Gordo ML, Vivancos Costaleite K y col. Aspergiloma. *Med Gen y Fam* 2013;2(9):283-4
4. Segrelles G, Romero-de Tejada JG, Gómez-Púnter RM y col. Aspergiloma pulmonar con buena respuesta a antifúngico. *Rev Patol Respir* 2009;12(3):124-7
5. Harmouchi H, Sani R, Issoufou I, et al. Pulmonary aspergilloma: from classification to management. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2020;28(1):33-8
6. Arturo Cortés Télles A, Morales Fuentes J, García Ramírez R y col. Aspergiloma pulmonar. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Neumol Cir Torax* 2008;67(2):79-85