



Nota clínica

Peniciliosis endobronquial: presentación de un caso y revisión de la literatura



Viboon Boonsarnsuk^{a,*}, Dararat Eksombatchai^a, Wasana Kanoksil^b y Visasiri Tantrakul^a

^a Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Tailandia

^b Department of Pathology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Tailandia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de marzo de 2014

Aceptado el 25 de abril de 2014

On-line el 25 de junio de 2014

Palabras clave:

Peniciliosis

Paciente inmunodeprimido

Inmunodeficiencia de inicio en la edad adulta

R E S U M E N

La peniciliosis es una infección oportunista que se da en pacientes con infección por el VIH y otros pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en el Sudeste Asiático, el sur de China, Hong Kong y Taiwán. Se producen manifestaciones respiratorias en alrededor de una tercera parte de los pacientes. Presentamos aquí el caso de un paciente de 26 años de edad inmunodeprimido, sin VIH, que comenzó con una peniciliosis endobronquial que obstruía las vías aéreas, junto con una revisión de la literatura de este trastorno muy poco frecuente.

© 2014 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Airway Obstruction Caused by Penicilliosis: A Case Report and Review of the Literature

A B S T R A C T

Penicilliosis is an opportunistic infection in HIV-infected and other immunocompromised patients mostly in Southeast Asia, Southern China, Hong Kong, and Taiwan, with respiratory manifestations in about one-third of patients. We report the case of a 26-year-old non-HIV immunocompromised patient presenting with an airway obstruction caused by penicilliosis, together with a review of the literature of this rare condition.

© 2014 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La peniciliosis es una infección causada por *Penicillium marneffe*, un hongo con dimorfismo térmico. A temperatura ambiente (25 °C) muestra la morfología característica de un moho. En cambio, crece en forma de levadura cuando se encuentra en tejidos de un huésped o en cultivo a 37 °C. *P. marneffe* está limitado geográficamente al Sudeste Asiático, sur de China, Hong Kong y Taiwán. Aunque se ha sugerido que la rata del bambú constituye un reservorio de este hongo, continúa sin estar claro cuál es el reservorio exacto que puede transmitirlo al ser humano.

En el hombre, *P. marneffe* es un hongo oportunista que afecta a pacientes con infección por VIH y otros pacientes inmunodeprimidos. La ingestión o inhalación de conidios del hongo puede ser el modo de transmisión. Aunque las formas de presentación más frecuentes son inespecíficas y consisten en fiebre de baja intensidad, pérdida de peso y anemia, la lesión cutánea característica es una pápula umbilicada central y suele estar presente, por lo que constituye una clave importante para el diagnóstico¹. Se producen síntomas respiratorios en alrededor de una tercera parte de los pacientes, y en las radiografías de tórax pueden identificarse infiltrados reticulonodulares difusos, reticulares difusos, alveolares localizados o reticulares localizados, así como lesiones cavitadas². Describimos aquí el caso de un paciente inmunodeprimido que presentó una peniciliosis endobronquial con obstrucción del bronquio del lóbulo inferior derecho. Se presenta también una revisión de la literatura respecto a este trastorno, que es muy poco frecuente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bss-vb@hotmail.com (V. Boonsarnsuk).

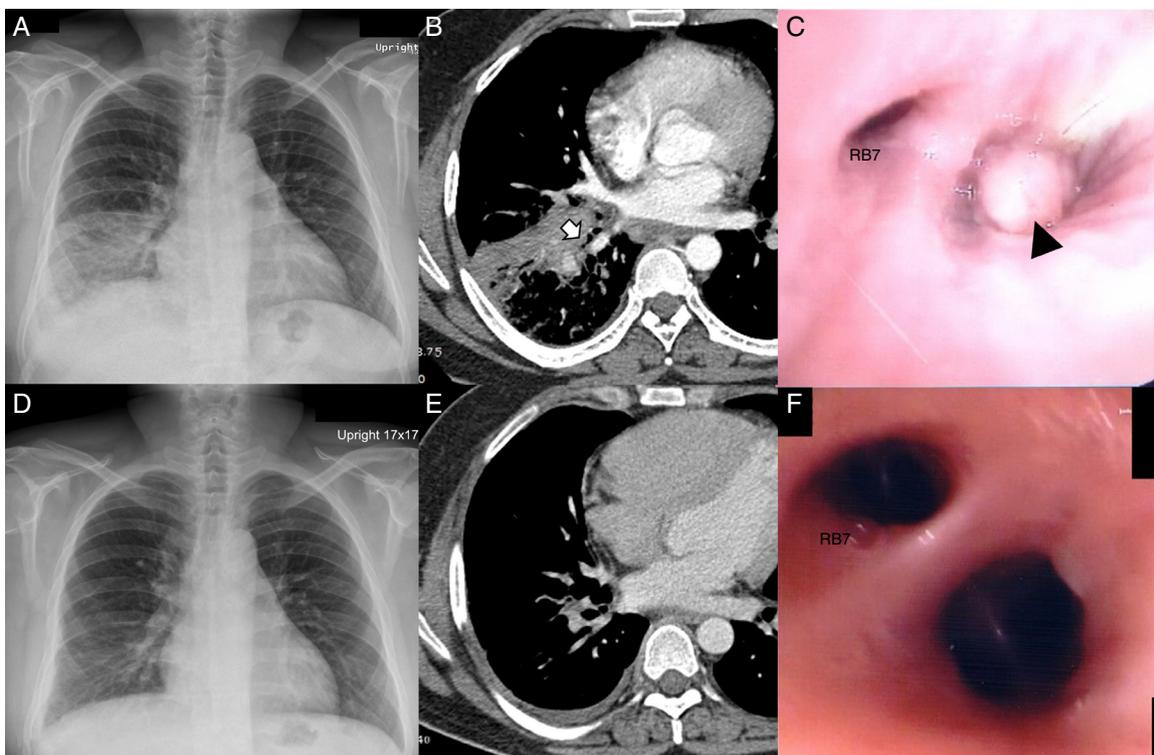


Figura 1. A) Radiografía de tórax en el momento de la presentación inicial, en la que se observa una opacidad en vidrio esmerilado moteada y una consolidación a nivel del lóbulo inferior derecho. B) Imagen de tomografía axial computarizada (TC) de tórax en un contexto de ventana mediastínica, en la que se aprecia un área de consolidación a la altura del lóbulo inferior derecho, con una lesión endobronquial que obstruye los bronquios segmentarios basales (flecha). C) La broncoscopia revela la presencia de una masa endobronquial blanquecina (punta de flecha) en la abertura de los bronquios segmentarios anterior, lateral y posterior del lóbulo inferior derecho. La radiografía de tórax (D) y la TC de tórax (E) de seguimiento mostraron una mejora de la lesión previa. Los bronquios segmentarios basales del lóbulo inferior derecho se restablecieron y se identifican en la TC torácica (E) y en la imagen broncoscópica (F). RB7: bronquio segmentario basal medial del lóbulo inferior derecho.

Caso clínico

Varón de 26 años que en abril de 2013 llega con clínica de fiebre y tos productiva. En 2002 se le había diagnosticado un lupus eritematoso sistémico debido a la presencia de una erupción malar, anticuerpos antinucleares y anticuerpos anti-DNA de doble hebra positivos, y nefritis lúpica de clase IV con una glomerulonefritis rápidamente progresiva. Los síntomas del paciente mejoraron después de un tratamiento con corticosteroides y azatioprina. Se redujo gradualmente toda la medicación hasta suspenderla en 2010. Dos años más tarde, el paciente presentó adenopatías cervicales. Se identificó la presencia de *Mycobacterium abscessus* en un cultivo de ganglio linfático y un hemocultivo. Se instauró un tratamiento con claritromicina, doxiciclina y levofloxacino. Después de 6 meses de tratamiento, los hemocultivos fueron negativos para *Mycobacterium* y se produjo una regresión de las adenopatías.

En el momento de la consulta inicial, el paciente presentaba fiebre, con una temperatura corporal de 38,2 °C y una saturación de oxígeno normal (SpO₂ del 99%). A la exploración física se observó la presencia de crepitantes finos en el lóbulo inferior derecho. El resto de la exploración era anodina. No se detectaron signos de lesiones cutáneas, adenopatías ni hepatomegalia.

Los resultados analíticos mostraron una leucocitosis leve, bioquímica estándar en suero normal y serología de VIH negativa. La radiografía de tórax mostró una opacidad en vidrio esmerilado moteada y una consolidación a nivel del lóbulo inferior derecho (fig. 1A). La tinción de Gram del esputo y la tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes fueron negativas. Se inició un tratamiento empírico para una neumonía bacteriana, con imipenem-cilastatina; sin embargo, el estado clínico y la radiografía de tórax no mejoraron. La tomografía computarizada (TC) de tórax reveló la presencia de

una consolidación en el lóbulo inferior derecho y también una estenosis luminal de los bronquios segmentarios basales (fig. 1B). Había también múltiples ganglios linfáticos mediastínicos de pequeño tamaño.

Se realizó una broncoscopia un día después, que mostró la presencia de una masa endobronquial blanquecina en la abertura de los bronquios segmentarios anterior, lateral y posterior basales del lóbulo inferior derecho (fig. 1C). El examen histopatológico de la biopsia endobronquial reveló la presencia de una inflamación aguda y crónica sin formación de granuloma. Sin embargo, la tinción de plata metenamina de Grocott (GMS) puso de manifiesto la presencia de un organismo de tipo levadura, en forma de salchicha, oval y alargado, con tabiques centrales claros. En los cultivos de tejido y de lavados bronquiales creció *P. marneffei*.

Se trató al paciente con anfotericina B por vía intravenosa (1 mg/kg/día). Al cabo de 5 días, la fiebre cedió y se pasó de la anfotericina B intravenosa a itraconazol oral (400 mg/día) a las 2 semanas. Dos meses más tarde, la radiografía de tórax de seguimiento mostró una mejoría notable de las lesiones del lóbulo inferior derecho (fig. 1D). La TC de seguimiento reveló la presencia de una opacidad en vidrio esmerilado residual tan solo mínima, engrosamiento intersticial y engrosamiento peribronquial leve en las zonas anteriormente afectadas (fig. 1E). Una nueva broncoscopia puso de manifiesto una resolución completa de la lesión endobronquial (fig. 1F). Al cabo de 6 meses, el tratamiento con itraconazol oral se redujo a 200 mg/día con fines de profilaxis.

Teniendo en cuenta los antecedentes de 2 infecciones oportunistas (*M. abscessus* y *P. marneffei*), aunque se había suspendido ya la administración de todos los fármacos inmunosupresores durante un periodo de 2 años, se sospechó la presencia de una inmunodeficiencia subyacente. Se analizaron los autoanticuerpos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203111>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203111>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)