

Aspergilosis broncopulmonar alérgica

Autores: Agustina Agnetti, Paola Ohausclio, Romina Trotta, Héctor Defranchi

Centro de Diagnóstico Rossi, Buenos Aires, Argentina

Correspondencia:

Agustina Agnetti
E-mail: aagnetti@cdrossi.com

Recibido: 15.04.2015

Aceptado: 16.06.2015

Presentación de caso

Hombre de 76 años consulta por tos productiva de 10 días de evolución, sin fiebre. Antecedente de asma controlado, sin tratamiento de mantenimiento en la actualidad. No tabaquista. Se solicita Rx de tórax frente y rutina de laboratorio para iniciar su estudio.

Descripción de imágenes

La radiografía de tórax frente demuestra aparentes opacidades nodulares en lóbulo superior derecho (Fig. 1). El laboratorio arroja valores normales de GB con eosinófilos de 6.1%.

Se decide realizar TC multislice de tórax sin contraste. En segmento apical del LSD, se observan bronquiectasias tubulares, con secreciones mucosas endoluminales, homogéneas, espontáneamente hiperdensas en los cortes con ventana de mediastino (108 UH).

Se complementa con laboratorio ampliado que indica IgE 4765, IgE *Aspergillus Fumiga-*

tus 7.2 PRU clase III y espirometría con patrón restrictivo.

Teniendo en cuenta los antecedentes de asma, los valores de laboratorio y las características imagenológicas descritas, se considera, en primera instancia, el diagnóstico de aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA).



Figura 1. RX tórax frente

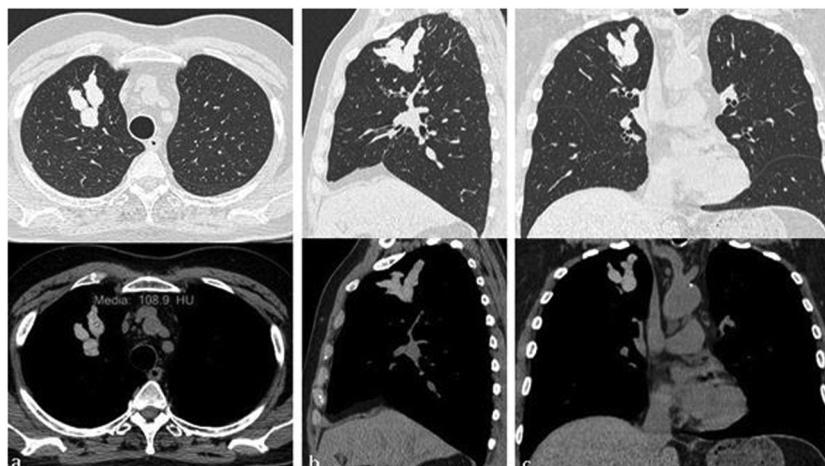


Figura 2. Tc Multislice de tórax sin contraste, cortes axial (a), sagital (b) y coronal (c)

El paciente realiza tratamiento con meprednisona 40 mg/d e itraconazol 400 mg/d y concurre a control a los 20 días de iniciado el mismo. Se efectúa una nueva Tc multislice de tórax sin contraste en la que se observa, en topografía del LSD, disminución de los tapones mucosos presentando algunos niveles hidroaéreos (Fig. 3). Asimismo, se constata mejoría de los valores espirométricos y de IgE.

Discusión

La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA) es una afección infrecuente que se produce por inhalación de esporas del hongo aspergillus (principalmente la especie fumigatus), que desencadena una reacción de hipersensibilidad frente al crecimiento

endobronquial del mismo. Afecta con mayor frecuencia a pacientes asmáticos, atópicos y menos habitualmente a pacientes con fibrosis quística¹.

Radiológicamente, se caracteriza por la presencia de opacidades tubulares ramificadas que se extienden desde el hilio pulmonar (signo del dedo de guante), de elevado valor de atenuación, que predominan en lóbulos superiores. Su elevada densidad (espontánea) se debe al depósito de sales de calcio en los impactos mucosos². Este signo radiológico es indicativo de esta entidad aunque no es patognomónico, y se deben considerar entre los diagnósticos diferenciales, causas inflamatorias (aspiración de cuerpo extraño), congénitas (atresia bronquial segmentaria), procesos benignos (hamartoma bronquial, papilomatosis) y malignos (carcinoma broncogénico, carcinoide)^{3,4}.

El diagnóstico se realiza en base a criterios clínicos (mayores y menores), laboratorio (eosinofilia e inmunoglobulinas) y hallazgos radiológicos (Rx y Tc). El aislamiento del hongo en secreciones respiratorias respalda el diagnóstico, pero no es un criterio excluyente para el mismo⁵.

Los corticoides constituyen la piedra angular en el tratamiento, si bien pueden combinarse con antifúngicos como itraconazol o voriconazol⁵.

Agradecimientos: A la Dra. Cecilia González Ginestet por brindarnos información sobre los aspectos clínicos del caso. A la Dra. Haydée Gutiérrez por el aporte académico.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Carrasco E. ABPA complicaciones poco usuales de la afección. *Rev Chil Enf Respir* 2004; 20: 30-6.
2. Logan PM, Muller NL. High-attenuation mucous plugging in allergic bronchopulmonary aspergillosis. *Can Assoc Radiol J* 1996; 47: 374-377.
3. Martínez S, Heyneman L, McAdams P, Rossi S, Restrepo C, Eraso A. Mucoïd Impactions: Finger-in-Glove Sign and Other CT and Radiographic Features. *RadioGraphics* 2008; 28: 1369-1382.
4. Walker C, Abbott G, Greene R et al. Imaging Pulmonary Infection: Classic Signs and Patterns. *AJR* 2014; 202: 479-492.
5. Patterson K. Diagnosis and Treatment of Pulmonary Aspergillosis Syndromes. *Chest* 2014; 146(5): 1358-1368.

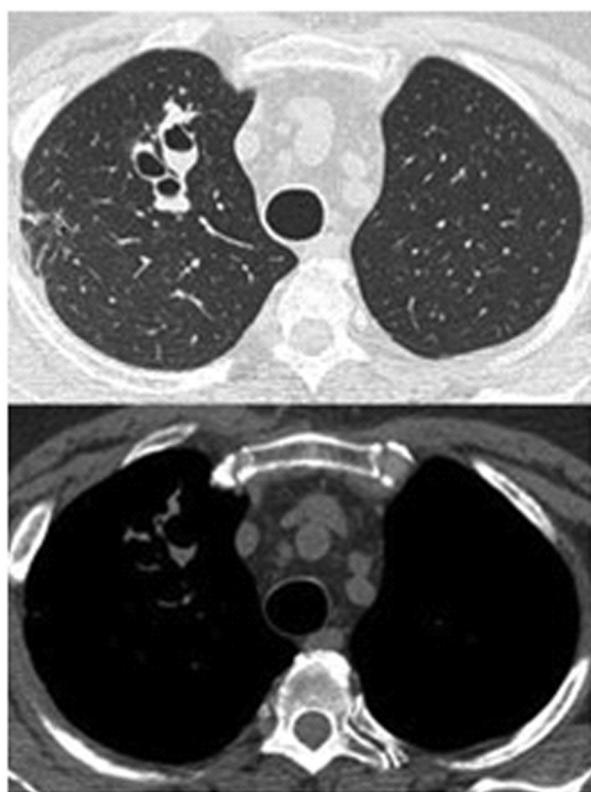


Figura 3. Tomografía Multislice de Tórax sin contraste posterior al inicio del tratamiento. Cortes axiales en ventana de parénquima (arriba) y ventana de mediastino (abajo)