

Medicine 1994; 73 (6): 299-305.

7. Bohm A, Banyai F, Preda Y, Zamolyi K. The treatment of septicemia in pacemaker patients. *Pacing Clin Electrophysiol* 1996; 19 (7): 1105-1111.

Infección por *Mycobacterium avium* en paciente con SIDA

Sr. Director:

El *Mycobacterium avium* intracelulare (MAC) es un microorganismo ubicuo de distribución geográfica universal. Se puede aislar de múltiples fuentes. Su puerta de entrada es el tracto respiratorio y sobre todo gastrointestinal. La infección diseminada por MAC era un hallazgo excepcional antes de la aparición del SIDA. En pacientes con SIDA el único factor de riesgo reconocido es el grado de inmunodepresión (1,2). Aunque se han descrito formas localizadas en múltiples niveles del organismo, afecta sobre todo el aparato digestivo siendo rara la afectación pulmonar (3). El tratamiento recomendado esta basado en combinaciones de claritromicina y etambutol.

Con la llegada de los tratameintos antirretrovirales de alta eficacia ha disminuido claramente su incidencia al tiempo que se ha modificado su espectro clínico (4). Describimos el caso de un paciente VIH con infección por MAC localizada en pulmón y mediastino.

Varón de 32 años interno en un centro penitenciario. VIH conocido desde hace seis meses. NO ADVP. Heterosexual promiscuo. Inicio tratamiento antirretroviral tres semanas antes con D4t/ 3TC, indinavir y cotrimoxazol profilactico siendo en ese momento su carga viral 100.000 copias y sus cd4 24 celulas/microlitro. Ingresa en nuestro servicio por objetivarse en una radiografía un infiltrado intersticial bilateral y adenopatías hiliares. Refería tos con escasa expectoración desde hacía días sin disnea, dolor torácico o hemoptisis. No presentó fiebre hasta el día anterior al ingreso siendo en ese momento la temperatura de 39°. Exploración: buen estado general, consciente y orientado.

Cabeza y cuello, no Muguét, no adenopatías. Torax: crepitantes en bases y auscultación cardíaca normal. Abdomen y extremidades sin hallazgos.

Exploraciones complementarias: T° 36,5. HB: 10,1 mg/dl Hto: 32,5. VCM 86 fl. Plaquetas 429.000/Microlitro. Leucocitos 9.230 x 1000/microlitro (7940 neutrofilos, 470 linfocitos, 540 monocitos, 160 eosinófilos). Glucosa 87 mg/dl. LDH 343 UI/l. GOT 3 UI/l. GPT 33 UI/l. GGT 48 UI/l. A 187 UI/l. Bilirrubina total 0,87 mg/dl. Proteínas totales 7,4 Gr/dl. Albumina 2,84 Gr/dl, Creatinina 1,13 m/dl, Calcio 1,13 m/dl. Fósforo 4,3 mg/dl, úrico 6,4 mg/dl. Colesterol 143 mg/100. Triglicéridos 148 mg/100. Actividad de protrombina 71 %, APTT 39,9 %. Gasometria arterial basal: ph 7,47, pO2 77 mmHg, pCO 22,1 mmHg, bicarbonato 15,5 Mmol/l SAT 96,5 %. Serología a lues, toxoplasma IgG y hepatitis C negativa. AgHbs -, AchBc +, AchBc + Radiografía de torax: infiltrado intersticial bilateral y adenopatías hiliares. TAC toracoabdominal: bloque adenopático en localización paratraqueal derecha que se extiende hasta la altura del cayado aórtico. Adenopatías paraaórticas izquierdas y en hilio pulmonar derecho. Patrón intersticial en forma de vidrio deslustrado en disposición parcheada con afectación predominantemente de pulmón derecho, hiado, par creast bazo, via biliar, suprrenal y riñones normales. No adenopatías intraabdominales. 3AAR de esputo seriados. Broncoscopia: aspecto macroscópico normal. Cultivo del lavado broncoalveolar negativo para bacterias, micobacterias y hongos. Tinción para *Pneumocistis carinii*, citología para celulas malignas. Biopsia transbronquial: moderada fibrosis septal. Punción transcarial: inflamación granulomatosa. Medias-

tinoscopia con biopsia ganglionar: adenitis granulomatosa caseificante. En la muestra de ganglio mediastínico se informa crecimiento de MAC instaurándose en ese momento tratamiento con claritromicina y etambutol.

Tras la introducción del tratamiento antirretroviral de alta eficacia en el manejo del SIDA, la infección por MAC ha visto modificado su espectro clínico en pacientes VIH. Se han descrito cuadros de linfadenitis focales (cervicales, torácicas o abdominales), fiebre elevada y leucocitosis en las primeras semanas tras la introducción del tratamiento antirretroviral. Estos cuadro serían consecuencia de la recuperación de la capacidad de respuesta inflamatoria ante una infección preexistente pero subclínica por MAC en individuos muy deteriorados inmunológicamente (4).

En resumen, tras la introducción del tratamiento antirretroviral de alta eficacia, ha cambiado la frecuencia y forma de presentación de las complicaciones infecciosas o no de la infección por VIH. Así ante un paciente VIH con sintomatología pulmonar, patrón intersticial y adenopatías hiliares que ha comenzado recientemente con tratamiento antirretroviral, deberíamos descartar la infección por MAC.

J. Sánchez Ayuso, S. Mateo Álvarez

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Acceso Restringido. Hospital 12 de Octubre. Madrid

1. Nlghtingale SD, et al. Incidence of *Mycobacterium avium*-intracelulare complex bacteriemia in human immunodeficiency virus-positive patients. *J Infect Dis* 1992; 165: 1082-1088.
2. Jacobson MA, et al. Natural History of disseminated *Mycobacterium avium* complex infections in AIDS. *J Infect Dis* 1991; 164: 994-998.
3. Gordin FM, et al. Early manifestation of disseminated *Mycobacterium avium* complex disease: A prospective evaluation. *J Infect Dis* 1997; 176: 126-132.
4. Race EM, et al. Focal mycobacterial lymphadenitis following initiation of protease inhibitor therapy in patients with advanced HIV disease. *Lancet* 1998; 351: 252-255.

Hemoptisis amenazante en el aneurisma de aorta. A propósito de un caso con supervivencia prolongada

Sr. Director:

La hemoptisis amenazante representa menos del 5% de todos los casos de hemoptisis. Sin embargo, por su alta mortalidad obliga a adoptar medidas diagnósticas (broncoscopia) y terapéuticas urgentes (embolización de las arterias bronquiales o resección quirúrgica), con el fin de controlar el sangrado activo. Las causas más frecuentes son la tuberculosis, las bronquiectasias y el cáncer de pulmón (1). El aneurisma de aorta es una causa poco común de hemoptisis amenazante, que se acompaña de una elevada mortalidad cuando no se diagnostica e indica un tratamiento quirúrgico precoz, siguiendo un protocolo de actuación diferente a otros pacientes con hemoptisis amenazante (2).

Debido a su rareza y a la supervivencia excepcionalmente prolongada, presentamos el caso de un anciano con hemoptisis amenazante por un aneurisma de aorta que sigue vivo después de 18 meses, junto a una revisión de la literatura.

Se trata de un varón de 76 años que ingresa en nuestro servicio en noviembre de 1999, por hemoptisis amenazante (>200 ml en menos de 12 horas). Entre los *antecedentes* destacaban hipertension-