

Signo del menisco

Crescent sign

M. Belhassen-García, V. Velasco-Tirado, A. Iglesias-Gómez, M. Cordero-Sánchez

Servicio de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Dentro de las diferentes entidades clínicas que ocasiona la infección por hongos del género *Aspergillus* sp. está el aspergiloma pulmonar. Se desarrolla generalmente en una cavidad pulmonar preformada durante el curso de una enfermedad previa como tuberculosis, bronquiectasias, etc. En la mayoría de casos presenta una buena tolerancia clínica, siendo la hemoptisis la forma más frecuente de debut. El diagnóstico de sospecha es radiológico, con un hallazgo muy característico: el signo del menisco.

Caso clínico

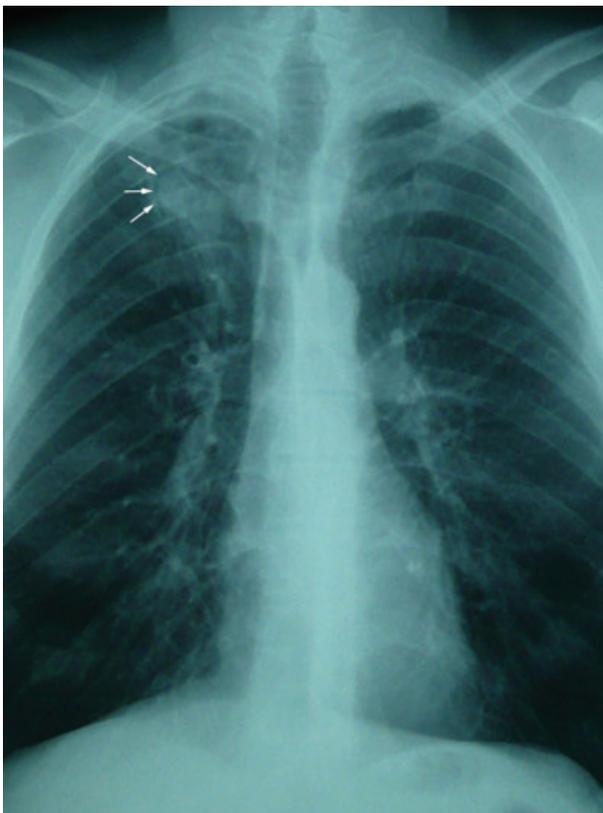
Varón de 51 años de edad, agricultor de profesión, con antecedentes de tuberculosis pulmonar en la juventud correctamente tratada. Ingresa por un cuadro de expectoración hemoptoica de escasa cuantía de varias semanas de evolución. En la anamnesis destaca la presencia de febrícula intermitente desde hace unos meses,

junto con astenia y pérdida de peso. En la exploración física no se encuentran hallazgos significativos. En la analítica se objetiva elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 3,86 mg/dL y velocidad de sedimentación globular 60 mm /1ª hora), sin otros datos de interés. En la radiografía simple de tórax (Fig. 1) se observa una lesión en lóbulo superior derecho (LSD) con "signo del menisco" (flechas). El estudio microbiológico en sangre y esputo para bacterias, micobacterias y hongos es negativo. Las serologías frente a *Franciscella tularensis*, *Rickettsia* sp, *Coxiella* sp, *Brucella* sp, *Toxoplasma gondii*, virus de Epstein-Barr y citomegalovirus son negativas. En la tomografía computarizada torácica (TC) (Fig. 2) se identifica en LSD una imagen radiológica muy sugerente del diagnóstico.

Ante la sospecha de aspergiloma pulmonar se realiza determinación de galactomanano que resulta negativa. El paciente es valorado por parte del Servicio de Cirugía Torácica. En la intervención quirúrgica se observa una masa lobulada en el interior de una cavidad residual. El resultado anatomopatológico es de aspergiloma con intensa reacción inflamatoria en el parénquima pulmonar adyacente y el diagnóstico microbiológico es de *Aspergillus fumigatus*.

El paciente presentó una buena evolución clínica, con resolución completa de la sintomatología, por lo cual no se realizó tratamiento médico tras la cirugía

Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Signo del menisco (flechas) sugerente de aspergiloma pulmonar



Discusión

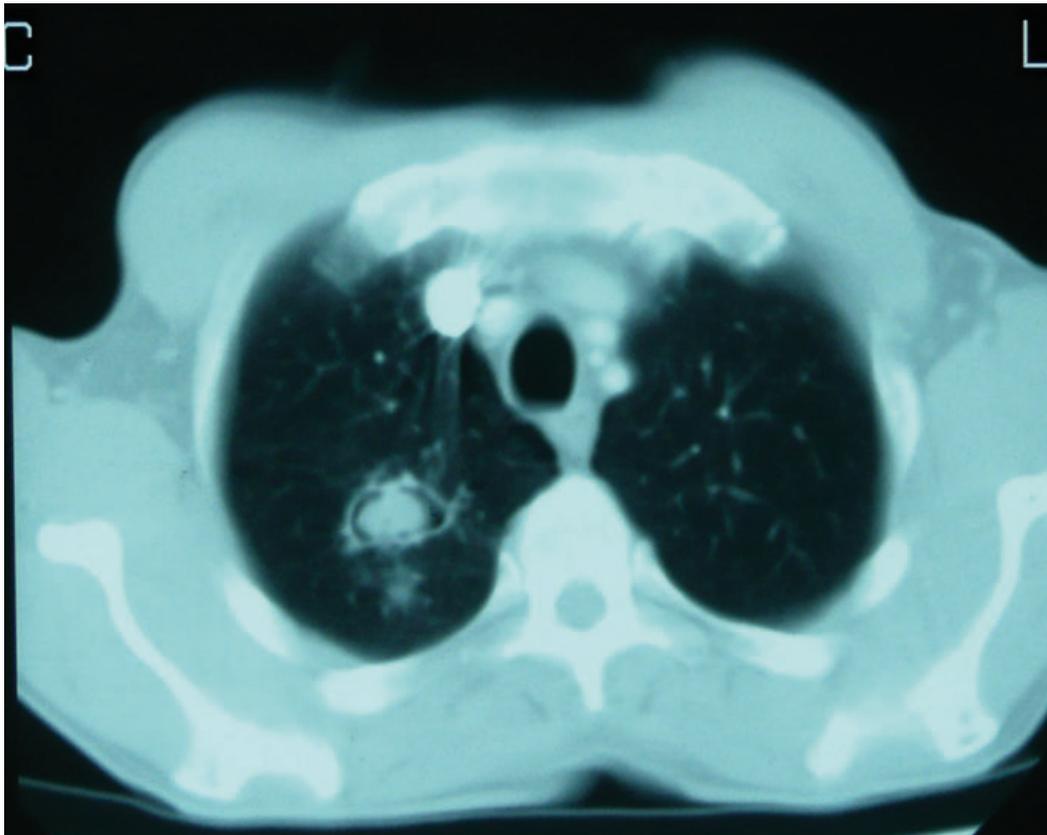
El *Aspergillus* es un hongo saprofítico y ubicuo, de los más abundantes en la naturaleza¹. La vía inhalatoria es la forma más frecuente de adquisición del hongo en el ser humano, dado su pequeño tamaño de unas 3 micras². La especie *Aspergillus fumigatus* está implicada hasta en un 90% de las infecciones por *Aspergillus*³. Presenta cuatro entidades clínicas, que pueden solaparse entre sí: la aspergilosis broncopulmonar alérgica, la forma invasiva, la semiinvasiva y el aspergiloma. El aspergiloma o bola fúngica se produce por la colonización de una cavidad preformada residual. Las causas que producen la cavidad son múltiples; entre las más destacadas están: tuberculosis, tumores, bronquiectasias, sarcoidosis, enfisema pulmonar, y abscesos piógenos. (2). El aspergiloma es un conglomerado de hifas, moco y células inflamatorias, que habitualmente se presenta como lesión única en los lóbulos pulmonares superiores y que afecta fundamentalmente a pacientes inmunocompetentes.

Correspondencia: Signo del menisco

Como citar este artículo: Belhassen-García M, Velasco-Tirado V, Iglesias-Gómez A, Cordero-Sánchez M. Signo del menisco. *Gaceta Clínica* 2011; 72 (3): 127-128

Recibido: 4/1/2011; Aceptado: 4/2/2011

Figura 2. Tomografía computerizada de tórax con contraste. Imagen nodular en cavidad preformada



La clínica generalmente es inespecífica y frecuentemente los pacientes permanecen asintomáticos durante años. La hemoptisis es la forma habitual de presentación (55-85% de los casos), con una mortalidad de hasta 5%³. La rentabilidad diagnóstica del esputo es aproximadamente del 50%. Ante una muestra de esputo o aspirado bronquial con resultado microbiológico positivo para *Aspergillus* resulta difícil diferenciar si se trata de contaminación, colonización o infección por el hongo. La radiología apoya el diagnóstico de aspergiloma, al presentar datos muy característicos como en nuestro caso. La presencia de una cavidad con masa dentro de ella y aire que forma un halo periférico entre la masa intracavitaria y la pared de la cavidad, conocido clásicamente como “signo del menisco” o “signo de semiluna” es uno de los hallazgos más particulares. La TC torácica mejora la sensibilidad de la

radiografía de tórax y permite un diagnóstico de extensión y de las lesiones pequeñas³. El tratamiento depende de la situación clínica del paciente. La cirugía es de elección, con tasas de éxito del 85-100%⁴, como en nuestro caso. Si la cirugía está contraindicada o presenta un excesivo riesgo, una alternativa válida es anfotericina B intracavitaria.

Bibliografía

1. Stevens DA, Kan VL, Judson MA, Morrison VA, Dummer S, Denning DW et al. Practice guidelines for diseases caused by *Aspergillus*. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2000; 30: 696-709.
2. Nicolas Sanchez FJ, Merino Laborda MT, Espinel ML, Canela CM. [From tuberculosis to pulmonary aspergilloma. Apropos of a case]. An Med Interna 2004; 21: 253-254.
3. Thompson BH, Stanford W, Galvin JR, Kurihara Y. Varied radiologic appearances of pulmonary aspergillosis. Radiographics 1995; 15: 1273-1284.
4. Chen JC, Chang YL, Luh SP, Lee JM, Lee YC. Surgical treatment for pulmonary aspergilloma: a 28 year experience. Thorax 1997; 52: 810-813.