Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1554

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1920 - Masa pulmonar en paciente con SÍNDROME constitucional

M.D. Lara de la Torre[a], A. Fernández Fernández[b] y A.M. Rivas Román[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tórtola. Valladolid Este. Valladolid. [b]Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Magdalena. Valladolid. Área Este.[c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumador ocasional durante 5 años hace aproximadamente 60 años. Presenta como antecedentes: tensión arterial elevada, sin tratamiento; intervención quirúrgica: herniorrafia inguinal derecha. Acude a Consulta de Atención Primaria por presentar desde hace varias semanas tos intensa, de predominio matutino, con dolor torácico tipo pleurítico, expectoración verdosa, sin fiebre acompañante. Tras la exploración se decide inicio de antibioterapia con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg. Tras finalizar tratamiento acude por persistencia de sintomatología, con expectoración verdosa-marronácea y añade cuadro de astenia y pérdida ponderal de unos 15 kg en los últimos 4 meses. Se solicita radiografía de tórax y ante los hallazgos se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador. Regular estado general, caquexia. Eupneico en reposo. Carótidas simétricas. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, no soplos cardíacos. Murmullo vesicular conservado, crepitantes bibasales. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. No signos de peritonismo. Ruidos hidroaéreos presentes. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores. Analítica: creatinina 1 mg/dl, colesterol total 108 mg/dl, perfil hepático dentro de la normalidad, hierro 41 µg/dl, iones normales. PCR 53 mg/l; hemoglobina 10,7 g/dl, hematíes 3,78 × 10^6/µl, hematocrito 32,6%, leucocitos 11.620/µl (neutrófilos 83,9%), plaquetas normales. Marcadores tumores: sin hallazgos. Radiografía de tórax:

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

aumento de densidad redondeado y bien limitado con cavitación en lóbulo inferior derecho. ECG: rítmico, sinusal, a 75 latidos, sin alteraciones en la repolarización. Espirometría: FVC: 2.710 (121%); FEV1: 2.350 (144%); IT 86%; DLCO: 64%, KCO 85%. Test de 6 minutos: camina 365 metros con SatO2 inicial de 95% y final de 98%. Antigenuria frente a Legionella y neumococo: negativo. Broncoaspirado: bacterias, hongos y micobacterias negativo. Broncoscopia: BAS microbiología: crecimiento de Staphylococcus aureus resistente a meticilina. BAS anatomía patológica: metaplasia escamosa. TAC tórax: condensación que afecta al segmento VI derecho, en su interior se observan varias imágenes cavitadas y se acompaña de múltiples bronquiectasias con patrón en árbol en brote, por ocupación de la pequeña vía aérea. En hemitórax izquierdo se observa una lesión quística de aproximadamente 60 mm, localizada en língula, con áreas parcheadas de condensación alrededor, podría corresponder con un neumatocele. Adenopatías hiliares derechas de 16 mm. Mínimo derrame pleural derecho.

Juicio clínico: Absceso pulmonar, con imagen de pared fina residual, sugestivo de neumatocele.

Diagnóstico diferencial: Neumotórax. Absceso pulmonar. Bullas de enfisema pulmonar. Neoplasia de pulmón.

Comentario final: Tras la valoración del paciente se decide ingreso hospitalario, para estudio de masa pulmonar en lóbulo inferior de pulmón derecho. Se inicia tratamiento antibiótico con levofloxacino, que tras resultado de antibiograma frente a Staphylococcus aureus se suspende por resistencia, iniciando tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Tras finalizar el tratamiento se observa imagen cavitada de paredes finas, de contenido aéreo sugestiva de neumatocele. Actualmente se encuentra en revisiones periódicas en Atención Primaria y Neumología, con mejoría clínica y del estado general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holland ET, Saulsbury FT. Chronic Pneumocystis carinii pneumonia associated with extensive pneumatocele formation in a child with human immunodeficiency virus infection. Pediatr Pulmonol. 2003;35(2):144-6.

2. Quigley MJ, Fraser RS. Pulmonary pneumatocele: Pathology and pathogenesis. Am J Roentgenol. 1988;150:1275-7.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.