



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2687 - Infección respiratoria tras inmunodepresión fisiológica

J. Ballesta Lozano<sup>a</sup>, M. Serna Martínez<sup>a</sup>, S. Herreros Juárez<sup>a</sup>, M. Solana Palazón<sup>a</sup>, L. Monteagudo González<sup>b</sup>, M. Vigil Velis<sup>c</sup>, E. Ruiz García<sup>a</sup>, M.M. Antonio González<sup>d</sup>, L.M. González Torres<sup>e</sup> y S. Hernández Baño<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia. <sup>c</sup>Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: no alergias conocidas. Tuberculosis pulmonar inactiva con agudizaciones previas en 2011 y 2014 (mal cumplimiento terapéutico). Gestación a término hace un mes. Enfermedad actual: puérpera de 21 años que consulta por tos y fiebre de 39 °C. En la anamnesis comenta que dos semanas previas para fin de gestación presenta cuadro catarral de vías altas con fiebre de 38 °C, tos ferrumbrosa y hemoptisis de bajo grado. Niega otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: tensión arterial 120/80 mmHg; FC: 124 lpm; SatO2: 100%; T<sup>a</sup>: 39,5 °C. Auscultación cardíaca: Rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: hipoventilación voluntaria por dolor pleurítico. Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación. Miembros inferiores: sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. Bioquímica: filtrado glomerular 114,3, glucosa 109, urea 15, creatinina 0,75, Na 137, K 4,2. Hemograma: leucocitos 13.800 (neutrófilos 72,9, linfocitos 15,3). Hemoglobina 9,3; hematocrito 30,5%; plaquetas 513.000; coagulación: AP 54, INR 1,52, fibrinógeno 1.018. Cultivo de esputo y bar negativos. Radiografía de tórax: PA absceso con nivel en hemitórax izquierdo. TAC: Persiste cavidad quística poli lobulada en lóbulo superior izquierdo con masa nodular en su interior, compatible con aspergiloma.

**Juicio clínico:** Aspergiloma pulmonar complicado.

**Diagnóstico diferencial:** Tuberculosis. Cáncer de pulmón. Bronquitis crónica y aguda. Bronquiectasias. Absceso pulmonar.

**Comentario final:** El aspergiloma complicado es resultado de la infección de meses de evolución por *Aspergillus* de cavidades en parénquima pulmonar secundaria a patologías de base como tuberculosis pulmonar, cáncer de pulmón resuelto, neumotórax con bullas, EPOC. Suelen afectar a lóbulos superiores de pacientes inmunocompetentes. Su tratamiento eficaz es fundamental pues pueden derivar en patologías pulmonares fibrosantes y complicaciones graves como hemoptisis amenazantes.

### Bibliografía

1. Fortún J, Meije Y, Fresco G, Moreno S. Aspergilosis. Formas clínicas y tratamiento. Enferm Infect Microbiol Clin. 2012;30:201-8.

*Palabras clave:* Aspergiloma. Aspergilosis pulmonar.