



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

242/4083 - CARCINOMA PULMONAR ABSCESIFICADO VS ABSCESO DE ORIGEN INFECCIOSO

F. Juárez Barillas^a, I. Sanz Pérez^b, M. Ochoa Fernández^b, J. Ballesteros Pérez^a, J. Castiñeiras Moracho^c y O. Guta^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Tudela. Navarra. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Tudela. Navarra. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, varón de 70 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, exfumador grave, comenta que ayer por la tarde, tras ejercicio físico intenso, presenta episodio de desconexión con el medio, desorientación, diplopía, sensación de ahogo, cefalea, es valorado por el servicio de urgencias extrahospitalario: hemodinámicamente estable y parece recuperado de episodio amnésico por lo que le indican observación en domicilio. Al día siguiente por la madrugada inicia con disnea de inicio súbito, asociado a roncus e hiperventilación por lo que se ha tomado la saturación y marcaba 67%, llama al 112, le valoran en domicilio y se deriva a urgencias. No tos, no pérdida de peso reciente (hace 5 años pérdida de peso de manera súbita - 20 kg/causa no filiada). No fiebre. No sintomatología respiratoria los días previos. No edema de miembros inferiores.

Exploración y pruebas complementarias: E/F: SO2 77%. FR 18 rpm, AP: hipoventilación y estertores finos en base pulmonar izquierda. Hematología: hematíes: $4,7 \times 10^{12}/\text{L}$. Hemoglobina: 12,5 g/dL. Hematocrito: 37,6%. Leucocitos: $17,2 \times 10^9/\text{L}$ (5-15). Neutrófilos: 68% (25-45). Linfocitos: 22%. Dímero D 860 ng FEU/mL. Rx tórax: imagen de condensación pulmonar hilio derecho y retrocardiaca no visible en Rx previas. TAC pulmonar: masa en LII con centro necrótico que plantea adenopatías mediastínicas, hiliares y axilares izquierdas de aspecto tumoral. Fibrosis y enfisema pulmonar. No se identifican signos de TEP. Aspirado bronquial: negativo para células malignas. Biopsia pulmonar: ligera inflamación de predominio polimorfo nuclear, negativo para células malignas.

Juicio clínico: Absceso pulmonar en LII de origen infeccioso.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia respiratoria (condensación pulmonar a estudio). Carcinoma pulmonar abscesificado vs absceso de origen infeccioso.

Comentario final: La ausencia de fiebre, esputo purulento y una franca leucocitosis pueden hacernos dudar de que se trate de un carcinoma y no de una enfermedad infecciosa. En el diagnóstico radiológico, los carcinomas bronquiales se presentan generalmente con una pared más gruesa e irregular comparado con el absceso pulmonar infeccioso. En este caso, el aspirado bronquial y la biopsia fueron claves para el adecuado manejo del paciente.

Bibliografía

1. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, et al. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. Ann Transl Med. 2015;3(13):183.

Palabras clave: Carcinoma. Absceso pulmonar.