Semergen. 2019;45(Espec Congr 14):21

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

421/35 - QUÈ AMAGA UN SIBILANT INSPIRATORI AÏLLAT

C. Jorge Tufet, C. Calvo Godoy, J. Garcia Gonzalez, M. Estadella Servalls, A. Rojas Martín, M. Rivera Albejano

Metge de Família. Centro de Atención Primaria Cappont. Lleida.

Resumen

Descripció del cas/Descripción del caso: Dona de 40 anys d'edat sense al·lèrgies conegudes, no fumadora i sense patologia d'interès que consulta per "xiulet" localitzat a cara anterior del tòrax. A l'auscultació destaca sibilant inspiratori a nivell de lòbul mig dret. Es sol·licita estudi analític, radiològic i espirometria. Amb la troballa de nòdul a nivell de lòbul mig dret es deriva a pneumologia per valoració.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Analítica: sense alteracions. Espirometria: FEV1 92%, FVC 88%, FEV1/FVC 107%, FEF 25-75 105%. Prova broncodilatadora negativa. Cultius esput i BK: negatius. Radiografia de tòrax: Imatge nodular d'1 cm aproximat a nivell del lòbul mig dret. TAC tòrax amb contrast: Al lòbul mig dret s'objectiva una dilatació venosa que s'extèn fins la superfície pleural i està engrossada focalment. Broncoscopia: descriu mucositat a nivell de lòbul inferior dret i língula. S'agafa broncoaspirat per estudi anatomopatològic que descarta patologista maligna

Judici clínic/Juicio clínico: Nòdul pulmonar solitari.

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Davant d'un nòdul pulmonar solitari hem de buscar-ne les diferents entitats nosològiques: granulomes infecciosos causats per bactèries com Micobacterium tuberculosis, fons con Hystoplasma i paràsits com Echinococcus; causa neoplàsica (carcinoma pulmonar, hamartoma, limfoma, mieloma múltiple, metàstasis d'altres processos); causa immunològica (nòdul reumatològic i granulomatosis de Wegener); metabòliques (amiloidosis); traumàtiques (hematoma pulmonar) i malformacions vasculars (fístula arterio-venosa).

Comentari final/Comentario final: En aquest cas, despres de la valoració per part de pneumologia i de l'estudi complementari es va concloure que el diagnòstic era malformació arteriovenosa amb la principal orientació diagnòstica de fístula arterio-venosa pulmonar. Es tracta d'una entitat poc freqüent (2-3 casos per 100.000 habitants), sent més freqüents en dones. Més del 80% dels casos son congènits i la meitat d'aquests estan associats a la malaltia de Rendu-Osler-Weber. Les fístules arterio-venoses pulmonars son comunicacions anormals entre el sistema arterial i venós pulmonar que es produeixen a conseqüència d'un defecte als capil·lars terminals pulmonars que ocasionen dilatacions i formació de sacs vasculars. Aquestes entitats es diagnostiquen a través de la TAC ja que ens permet determinar la localització, la mida i el trajecte dels vasos. Pel que respecta al tractament, només es realitza en cas que siguin simptomàtiques, majors de 3 mm, múltiples o associades a la malaltia de Rendu-Osler; la tècnica de tractament d'elecció és l'embolització.

Bibliografia/Bibliografía

Arnalich Jiménez MB, et al. Fístula arteriovenosa pulmonar. Revista de Patología Respiratoria. 2012;15(1):33-5.

Álvarez Martínez CJ, et al. Normativa sobre el manejo del nódulo pulmonar solitario. Arch Bronconeumol. 2014;50(7):285-93.

Tarraga Rodríguez I, et al. Un nódulo pulmonar solitario. Med Integral. 2003;41(3):126-32.

Clavero JM. Nódulos pulmonares. Rev Med Clin Condes. 2015;26(3):302-12.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.