

Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1654 - EL TUMOR QUE RESULTÓ SER HONGO

M. Tomé Pérez¹, C. Martín Paredes², I. Fernández Salcedo² y M. Cano Ruíz²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara 2-Balconcillo. Guadalajara. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Azuqueca de Henares. Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años diabético tipo II, dislipémico y bebedor moderado; acude al Centro de Salud por cuadro de tos, expectoración blanquecina y disnea progresiva. Se pauta inicialmente inhaladores, mucolítico y amoxicilina/clavulánico. Debido a la ausencia de mejoría se decide derivar a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, orientado, eupneico. Tensión arterial: 110/75 mmHg. Frecuencia cardíaca: 75 latidos por minuto. Saturación de oxígeno: 93%. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: sibilancias de predominio izquierdo, roncus dispersos. Resto de exploración anodina. Radiología de tórax: patrón micronodular bilateral. Analítica de sangre: leve leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva de 1,4. Péptido natriurético cerebral (BNP) de 32.

Orientación diagnóstica: Dada la persistencia clínica y los hallazgos evidenciados, se decide ingreso en Neumología. Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax: disminución calibre del esófago proximal por tumoración de partes blandas (42 mm) en contacto y rodeando la tráquea. Tumoración central a nivel hilar izquierdo (24,8 × 30,9 mm) englobando la salida del bronquio lingual. Broncoscopia: lesión traqueal y otra lesión en pared medial del bronquio principal izquierdo sospechosas de neoplasia. Anatomía patológica (tráquea/bronquio): sin signos de malignidad. Broncoaspirado: citología benigna. Tomografía por emisión de positrones/TAC: lesión traqueal e hilar izquierda con actividad patológica, alta sospecha de afectación tumoral. Tras la realización de dichas pruebas, se diagnostica al paciente de dos tumoraciones junto con una enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) a estudio, quedando pendiente del broncoaspirado enviado a Microbiología. A su vez, el paciente comienza con candidiasis esofágica, por lo que se pauta fluconazol, presentando entonces mejoría clínica. Finalmente, en el broncoaspirado de Microbiología se obtiene la presencia de *Aspergillus*; que junto con la mejoría tras la administración de fluconazol, apoya el diagnóstico de aspergilosis traqueobronquial invasiva. Se pauta voriconazol.

Diagnóstico diferencial: Aspergilosis. Neoplasia. Tuberculosis. Enfermedad pulmonar intersticial.

Comentario final: Existen diferentes cuadros clínicos en relación al *Aspergillus*: aspergilosis broncopulmonar alérgica, aspergiloma, aspergilosis necrotizante crónica y la aspergilosis invasiva (en la que se incluye la traqueobronquitis). La traqueobronquitis clínicamente presenta disnea, tos y expectoración. Al realizar el diagnóstico, la radiografía y el TAC pueden ser normales, de ahí la importancia de realizar un estudio completo incluyendo el microbiológico. El voriconazol y la anfotericina liposomal, constituyen junto con la reducción de factores de riesgo, la base fundamental del tratamiento.

Bibliografía

1. Fortún J, Meije Y, Fresco G, Moreno S. Aspergilosis. Formas clínicas y tratamiento. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2012;30(4):201-8.

Palabras clave: Disnea. Tumoración. Aspergillus.