



## IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

### A propósito de un caso de neumonía redonda

#### Pneumonia ward round: A case presentation



E. Rodríguez\*

Atención Primaria, Consultorio Auxiliar Cervera del Maestre, Consellería de Sanidad Universal de la Comunidad Valenciana, Cervera del Maestre, Castellón, España

Mujer de 44 años, fumadora de 40 cigarros/día, antecedentes de diabetes, depresión e hipotiroidismo, consulta por dolor costal izquierdo de características mecánicas de una semana de evolución que no cede con analgesia. A la exploración física presentaba dolor a la palpación a punta de dedo en espacio intercostal 5.-6. auscultación pulmonar estertores crepitantes en el lóbulo inferior izquierdo, hipertermia, saturación de oxígeno 98% (FiO<sub>2</sub> 21), dificultad respiratoria y astenia. Se solicita radiografía de tórax de urgencias con la siguiente imagen (fig. 1).

Imagen hipodensa circular de unos 4 cm de diámetro, con contorno bien definido, localizada en hemitórax izquierdo, lóbulo inferior con base pleural, aunque por imagen sugiere lesión pulmonar (menos probable origen pleural).

La paciente ingresa para estudio con el diagnóstico de neumonía redonda. Analítica al ingreso con aumento de reactantes de la fase aguda (PCR: 8,13 mg/dl y VSG: 62 mm/h) leucocitos 17,5 mmc, neutrófilos: 69,2% y linfocitos: 23,9%. No obstante se solicita TAC torácico con contraste para descartar proceso neoplásico (fig. 2).

Condensación pulmonar basal izquierda, de morfología triangular y base pleural con broncograma aéreo y engrosamiento pleural asociado.

Se pauta tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico, analgesia con metamizol y tramadol, con buena evolución clínica, analítica (antígeno de *Legionella* y *Streptococcus* en orina: negativos, serología de

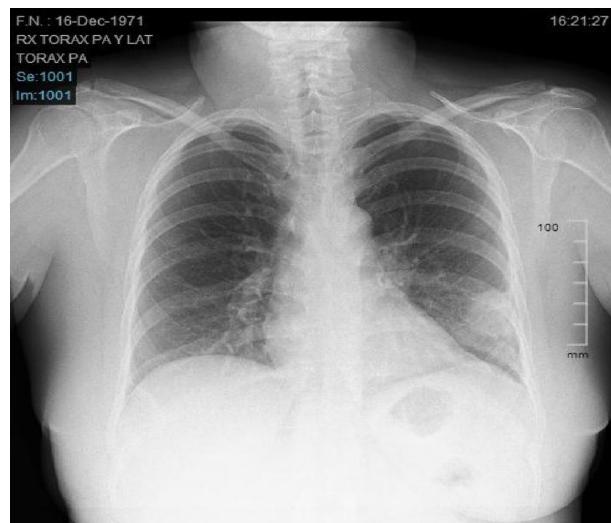


Figura 1 Imagen hipodensa circular de unos 4 cm de diámetro, con contorno bien definido, localizada en hemitórax izquierdo, lóbulo inferior con base pleural, aunque por imagen sugiere lesión pulmonar (menos probable origen pleural).

gérmenes frente a *Coxiella burnetii*, *Mycoplasma*, *Legionella* y *Chlamydophila pneumoniae* negativos, VSG, PCR y serie blanca normal) y radiografía de tórax con resolución de la condensación por lo que se da el alta a los 7 días de su ingreso con el diagnóstico de neumonía redonda basal izquierda.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [enroca64@gmail.com](mailto:enroca64@gmail.com)

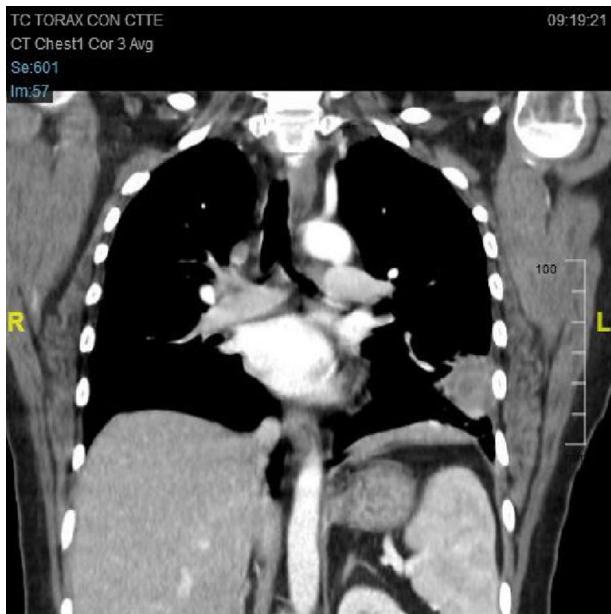


Figura 2 Condensación pulmonar basal izquierda, de morfología triangular y base pleural con broncograma aéreo y engrosamiento pleural asociado.

### Comentario

La neumonía redonda es un subtipo raro de neumonía lobular debida a un defecto del desarrollo del tejido conectivo (poros de Köhn y canales de Lambert). En la infancia es bien conocida (afecta principalmente a los niños menores de 8 años), en adultos raramente está descrita. Se estima que el 1% de las neumonías del adulto presenta este comportamiento radiológico.

Los síntomas y las alteraciones analíticas están relacionados con el tamaño<sup>1</sup> y suelen ser: fiebre, tos, disnea, dolor torácico, leucocitosis, elevación de la proteína c reactiva y velocidad de sedimentación globular, pero con frecuencia estas neumonías pasan inadvertidas en los adultos y aparecen como hallazgo casual en pacientes asintomáticos.

Radiológicamente<sup>1,2</sup> la neumonía redonda puede presentarse como una imagen de hasta 7 cm de diámetro máximo, localizado en los lóbulos inferiores y posteriores, adyacente a la pleura, a veces con broncograma aéreo y de bordes lisos o no bien definidos. Los microorganismos más comunes son: *S. pneumoniae*, *K. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. tuberculosis*. Otros trabajos han mostrado que *C. psittaci*<sup>3</sup>, *C. burnetti*<sup>4</sup> y el coronavirus son responsables del síndrome de distrés respiratorio agudo severo y pueden tener este comportamiento radiológico.

El diagnóstico diferencial<sup>5,6</sup> incluye las neoplasias (carcinoma bronquioloalveolar, metástasis o linfomas), otras infecciones (quistes hidatídicos, parásitos o embolias sépticas), causas inmunológicas (sarcoidosis o Wegener), metabólicas, vasculares (malformaciones arteriovenosas) y enfermedades profesionales.

En la mayoría de los casos la evolución suele ser favorable, ya sea autolimitada o tras instaurar tratamiento antibiótico, y se resuelve por completo.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo para la publicación de imágenes de pacientes y han solicitado los permisos correspondientes.

### Bibliografía

1. Miyake H, Kaku A, Okino Y, Hori Y, Nakano F, Takuma M. Clinical manifestations and chest radiographic and CT findings of round pneumonia in adults. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi*. 1999;59:448-51.
2. Kim YW, Donnelly LF. Round pneumonia: Imaging findings in a large series of children. *Pediatr Radiol*. 2007;37: 1235-40.
3. Durning S, Sweet JM, Chambers S. Pulmonary mass in tachypneic, febrile adult. *Chest*. 2003;124:372-5.
4. Anton E. A frequent error in etiology of round pneumonia. *Chest*. 2004;125:1592-3.
5. Zylberman M, Cordova E, Farace G. Round pneumonia in adults, an unusual presentation of lung parenchymal infection. *Clin Pulm Med*. 2006;13:229-31.
6. Wan YL, Kuo HP, Tsai YH, Wu YK, Wang CH, Liu CY, et al. Eight cases of severe acute respiratory syndrome presenting as round pneumonia. *AJR Am J Roentgenol*. 2004;182: 1567-70.