

J. González González^{a,*} y J.J. Criado-Alvarez^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa Olalla. Profesor asociado, Doctor, Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Castilla-La Mancha, Santa Olalla, Toledo, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Bartolomé de las Abiertas. Profesor asociado, Doctor,

Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Castilla-La Mancha, San Bartolomé de las Abiertas, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaimeg@sescam.jccm.es (J. González González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.01.013>

Neumatocele



Pneumatocele

Presentamos el caso de un paciente de 36 años de edad, que consultó en su Centro de Atención Primaria por cuadro de fiebre y cefalea frontal de 48 h de evolución. A la exploración física el paciente presentaba fiebre de 38 °C, dolor a la palpación selectiva de seno frontal derecho y auscultación respiratoria con algún *roncus* disperso que se movilizaba con la tos. Se solicitó radiografía de senos paranasales que mostró ocupación de seno frontal derecho y radiografía de tórax que mostró imagen redondeada, de márgenes bien delimitados y densidad aire en base pulmonar derecha (fig. 1, flecha blanca). Se orientó el caso como sinusitis aguda y se inició tratamiento con amoxicilina/clavulánico con mejoría de la clínica.

Se consideró la imagen quística de base pulmonar como hallazgo casual, solicitándose TAC torácico con contraste yodado intravenoso para completar el estudio (fig. 2). La TAC mostró imagen quística en base pulmonar derecha, sin signos inflamatorios agudos, compatible con neumatocele.

Se reinterrogó al paciente que refirió ingreso por neumonía basal derecha a los 11 años de edad, sin recordar el microorganismo causal. Se atribuyó el neumatocele a posible neumonía estafilocócica en la infancia. Se

decidió actitud conservadora informando al paciente del proceso.

Los neumatoceles son espacios aéreos con pared fina contenidos dentro del parénquima pulmonar. Pueden ser únicos o múltiples y, generalmente, son de curso transitorio¹.

Generalmente se asocian a neumonías agudas (más frecuente estafilocócicas)^{2,3}. Su incidencia es del 2-8% de todas las neumonías en niños, pero puede llegar al 85% en series de neumonías estafilocócicas^{3,4}. Es más frecuente en lactantes y niños pequeños (menores de 3 años en un 70% de los casos) debido a la mayor incidencia de neumonías estafilocócicas en este grupo de edad.

El neumatocele se origina a partir de una condensación, generalmente de tipo lobar o multilobar, apareciendo en la primera semana de la misma⁵. Su patogenia se ha relacionado con un mecanismo valvular en la vía aérea que sería responsable de la entrada de aire y evitara su salida, posibilitando un atrapamiento aéreo dentro del parénquima. Generalmente desaparecen tras semanas o meses de la resolución del cuadro, siendo rara su cronificación (como en el caso que presentamos)^{3,6,7}.

La mortalidad del neumatocele es muy baja, siendo sus complicaciones el neumotórax por rotura de cavidades subpleurales, neumatocele a tensión y su infección secundaria⁸.

El diagnóstico diferencial se debe plantear con el quiste broncogénico, la malformación quística adenomatoide, el secuestro pulmonar y el absceso pulmonar^{9,10}.



Figura 1 Radiografía AP de tórax. Imagen quística, redondeada en base derecha sin niveles en el interior (flecha blanca).



Figura 2 TAC torácico, corte axial. Imagen quística, redondeada en base pulmonar derecha de 48 x 45 mm.

Bibliografía

1. Santolaria López MA, Maider Salinas Á, Soler Llorens RM, Polo Marqués E. Neumatocele. *Rev Clin Med Fam.* 2010;3: 233-4.
2. Godwin JD, Webb WR, Savoca CJ, Gamsu G, Goodman PC. Multiple thin walled cystic lesions of the lung. *AJR Am J Roentgenol.* 1980;593-604.
3. Al-Saleh S, Grasemann H, Cox P. Necrotizing pneumonia complicated by early and late pneumatoceles. *Can Respir J.* 2008;15:129-32.
4. Kadakal F, Yal MA, Gulhan NB, Turan NG, Bayramoglu S, Yilmaz V. FIRE-eaters pneumonia characterized by pneumatocele formation and spontaneous resolution. *Diagn Interv Radiol.* 2010;16:201-3.
5. Hunt JP, Buechter KJ, Fakir SM. Acinetobacter calcoaceticus pneumonia and formation of pneumatoceles. *J Trauma.* 2000;48:964-70.
6. Müller AM, Mayer E, Schumacher R, Müller KM, Kamin W. Postnatally acquired pulmonary cyst: Differential diagnosis of pediatric cyst pulmonary lesions. *Pathology.* 2008;29:264-8.
7. Restrepo S. Infecciones pulmonares. En: Restrepo GR, Gutiérrez JE, Soto JA, editores. *Radiología e imágenes diagnósticas. Capítulo 20.* Medellín, Colombia: Fundamentos de Medicina. Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB); 1998. p. 168-74.
8. Slone RM, Gutiérrez FR, Fisher AJ. Thoracic imaging. A practical approach. McGraw Hill; 1999. p. 222.
9. Wexler ID, Knoll S, Picard E, Villa Y, Shoseyov D, Engelhard D, et al. Clinical characteristics and outcome of complicated pneumococcal pneumonia in a pediatric population. *Pediatr Pulmonol.* 2006;41:726-34.
10. Quigley MJ, Fraser RS. Pulmonary pneumatocele: Pathology and pathogenesis. *AJR Am J Roentgenol.* 1988;150:1275-7.

D. Pedrazas López^a, B. de Pablo Márquez^{b,*},
D. García Font^a y F.X. Díaz Carrasco^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Abrera, Abrera, Barcelona, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com
(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.01.012>

Estenosis aórtica y anemia ferropénica de causa no aclarada. ¿Síndrome de Heyde?



Aortic stenosis and iron deficiency anaemia of unclear cause: Heyde's syndrome?

Sr. Director:

El síndrome de Heyde fue descrito en 1958 por Edward C. Heyde como la asociación entre hemorragia digestiva por angiodisplasia intestinal (AI) y estenosis aórtica (EA)¹.

Presentamos el caso de un varón de 63 años con antecedentes de hipertensión y tabaquismo, que acude al médico de Atención Primaria por disnea progresiva de 2 meses e intolerancia al decúbito en la última semana. En la exploración física destaca intensa palidez mucocutánea y un soplo mesosistólico polifocal más audible en foco aórtico, no conocido previamente. El paciente es derivado al servicio de urgencias hospitalarias, realizándose una analítica que muestra hemoglobina de 6,5 g/dl y hematocrito del 24%. Se decide transfusión sanguínea e ingreso en Medicina Interna para estudio.

Durante su hospitalización, presentó ferropenia sin objetivarse sangrado en el estudio endoscópico. La tomografía axial computarizada de tórax y la ecografía abdominal no mostraron hallazgos significativos. El ecocardiograma mostró una EA severa con una válvula moderadamente engrosada y calcificada.

Dada la evolución favorable, se desestimó nuevo estudio endoscópico con toma de biopsia intestinal para descartar AI. Fue dado de alta con hemoglobina de 10,4 g/dl y control en las consultas de Cardiología y Medicina Interna con la sospecha clínica de síndrome de Heyde.

La AI es una enfermedad degenerativa de la mucosa intestinal en la que se produce una malformación vascular. Generalmente afecta al colon derecho y provoca hemorragia digestiva baja, pero también se han descrito casos de anemia por afectación del intestino delgado. La etiopatogenia, aunque desconocida, está relacionada con el déficit adquirido del factor von Willebrand (FvW), que favorece el sangrado, y con la EA². El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque existen alternativas como el tratamiento farmacológico y endoscópico mediante coagulación con láser³.

Algunos autores refieren que el bajo gasto producido por la EA produciría una isquemia de la mucosa intestinal, dando lugar al sangrado de la AI⁴. La EA también se ha relacionado con el déficit de FvW⁵, siendo el tratamiento de elección el reemplazo valvular. Sin embargo, tras esta intervención, algunos pacientes presentan nuevo episodio de hemorragia, por lo que el recambio valvular como primera opción para el tratamiento del síndrome de Heyde es controvertido, aunque parece demostrar menor tasa de recurrencia de sangrado que la resección intestinal⁶.

Este caso, aún sin haber podido confirmar el diagnóstico de síndrome de Heyde, pretende plantear esta enfermedad como posible diagnóstico diferencial en aquellos pacientes con EA e historia de sangrado o anemia no filiada⁷, particularmente en pacientes de edad avanzada, en los que la AI y la EA son más frecuentes⁸.

Bibliografía

1. Heyde EC. Gastrointestinal bleeding in aortic stenosis. *N Engl J Med.* 1958;259:196.
2. Fouch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol.* 1993;88:807-18.