

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Pulmón destruens

Destroyed lung



S.M. Santos-Seoane*, E.M. Fonseca Aizpuru y A. Rodríguez-Guardado

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

Presentamos el caso de una paciente que desarrolló un pulmón destruens como complicación tardía de una tuberculosis pulmonar «mal curada», entidad poco frecuente pero muy característica que, como en el caso presentado, suele diagnosticarse por el antecedente y la imagen radiológica, siendo una complicación irreversible de la tuberculosis pulmonar.

Caso clínico

Mujer de 60 años, fumadora de 10 cigarrillos al día, con antecedentes de asma y de tuberculosis pleuropulmonar diagnosticada 5 años antes, reconociendo la paciente mala adherencia al tratamiento antituberculoso, que ingresa por fiebre de 3 días de evolución, asociando tos, expectoración hemoptoica y disnea de mínimos esfuerzos.

Se realizó una radiografía de tórax que mostró pérdida de volumen significativa del hemitórax izquierdo con retracción de la tráquea y de las estructuras mediastínicas, así como herniación del pulmón contralateral (fig. 1A y B). La TC torácica constató una importante pérdida de volumen del hemitórax izquierdo, identificándose una gran destrucción del parénquima con bronquiectasias quísticas, y la presencia de una cavidad aérea pleuropulmonar de 14 cm con un nivel hidroaéreo en su interior, todo ello en relación con pulmón destruens (fig. 2A-C). Las baciloscopias y los cultivos de esputo resultaron negativos, descartándose enfermedad tuberculosa activa, iniciándose tratamiento

antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico, que se mantuvo durante 10 días, con una evolución clínica y analítica favorable.

Discusión

En raras ocasiones la tuberculosis no tratada o tratada inadecuadamente puede causar la destrucción progresiva y extensa del parénquima pulmonar, entidad conocida como «pulmón destruens», siendo más frecuente en las reactivaciones (sobre todo si el tratamiento previo no ha sido efectivo) que en la primoinfección.

La causa más frecuente del pulmón destruens es la tuberculosis, siendo más común en los países subdesarrollados; otras causas serían las infecciones pulmonares recurrentes o crónicas, las bronquiectasias en fases finales y las secuelas de las neumonías necrosantes^{1,2}.

La destrucción pulmonar se produce por una necrosis masiva del parénquima pulmonar secundaria a un proceso piógeno-inflamatorio que está mediado por el desarrollo de arteritis y trombosis de los vasos pulmonares distales que abastecen al pulmón necrótico³.

Los síntomas de presentación pueden ser agudos o crónicos, e incluyen fundamentalmente la disnea progresiva, la sobreinfección de lesiones residuales, la pérdida ponderal o la enfermedad fistulosa. También puede causar complicaciones graves, como hemoptisis masiva, septicemia y shunt izquierda-derecha, derivando finalmente en una hipertensión pulmonar y en una insuficiencia respiratoria, a pesar de tener un pulmón contralateral normal. Otra complicación posible es el empiema^{1,2}.

Cuando la tuberculosis asienta en el pulmón izquierdo, éste hemitórax es más vulnerable a la destrucción del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: smsspulp@yahoo.es (S.M. Santos-Seoane).

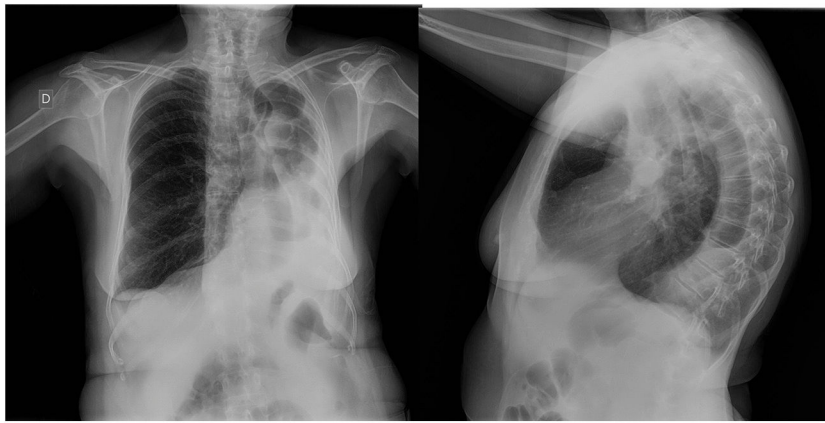


Figura 1 Pérdida de volumen en hemitórax derecho y retracción estructuras.

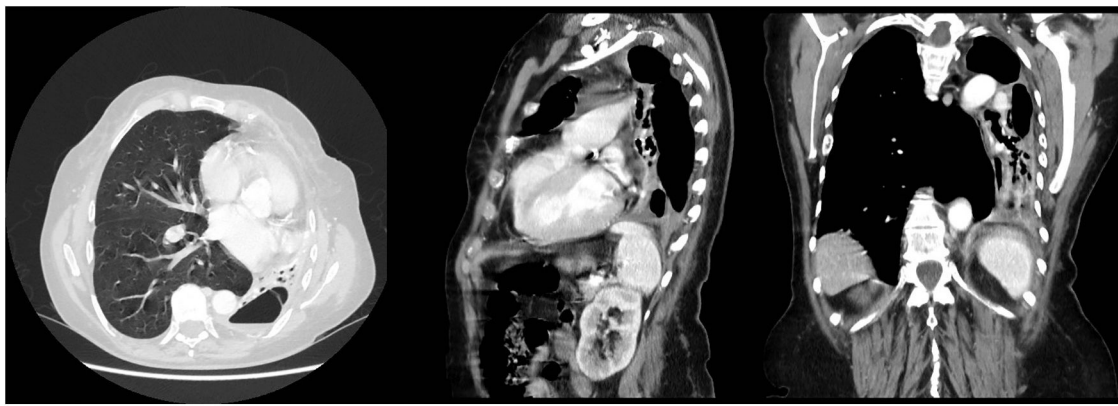


Figura 2 Gran cavidad con nivel, bronquiectasias.

parénquima debido a la disposición y anatomía del bronquio izquierdo, que es más largo, más estrecho y más horizontal, empeorando por tanto el drenaje de las secreciones¹.

Además, pueden producirse cambios en la cavidad torácica, como la pérdida del parénquima pulmonar ipsilateral, que se reemplaza principalmente por fibrosis, la hiperinsuflación del pulmón restante, la contracción y la retracción del hemitórax afectado con disminución de los espacios intercostales, la elevación del hemidiafragma ipsilateral, el desplazamiento mediastínico^{1,2}, la disminución del diámetro de la arteria pulmonar principal ipsilateral y de las venas pulmonares, la herniación del parénquima pulmonar contralateral, la hipertrofia de las costillas y/o el engrosamiento del tejido graso extrapleurales. El patrón con bronquiectasias quísticas residuales es el más frecuente⁴.

Por lo general, la infección tuberculosa está inactiva, aunque puede desarrollarse una infección no tuberculosa asociada y afectar al pulmón destruido. Por lo tanto, un diagnóstico correcto y un seguimiento radiológico son muy importantes en estos pacientes⁴.

Se debe considerar la cirugía en pacientes con enfermedad progresiva, complicaciones que requieran ingresos múltiples y cuando haya resistencia al tratamiento médico. En los casos de pulmón destruens con pulmón contralateral no patológico o con afectación leve, generalmente

se aconseja una neumonectomía, siempre que el paciente tolere funcionalmente la cirugía^{1,2,5}.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Genovés Crespo M, Agustín Martínez F, Callejas González FJ. Destroyed lung complicated with empyema. *Imaging Med.* 2016;8:113–5.
2. Moreno MN, de Miguel DJ, González CG, Simón Adiego C, García Luján R. *Monografías NeumoMadrid. Cirugía en patología pulmonar no tumoral.* Madrid: Ergon; 2010. p. 23–43.
3. Khan FA, Rehman M, Marcus P, Azueta V. Pulmonary gangrene occurring as a complication of pulmonary tuberculosis. *Chest.* 1980;77:76–80.
4. Varona Porres D, Persiva O, Pallisa E, Andreu J. Radiological findings of unilateral tuberculous lung destruction. *Insights Imaging.* 2017;8:271–7.
5. Li Y, Hu X, Jiang G, Chen C. Pneumonectomy for treatment of destroyed lung: A retrospective study of 137 patients. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2017;65:528–34.