

XXXVII REUNIÓN ANUAL SOGAPAR

LUGO, 29 Y 30 DE OCTUBRE DE 2010

SEDE: DEPUTACIÓN DE LUGO



Sociedade Galega de Patoloxía Respiratoria
Pneumoloxía e Cirurxía Torácica

pneuma

Revista de la Sociedade Galega de Patoloxía Respiratoria, Pneumoloxía e Cirurxía Torácica

- 3 EDITORIAL
El oficio de enseñar

- 6 ORIGINALES
Valor predictivo de los parámetros analíticos básicos en la extensión de la enfermedad en pacientes con cáncer de pulmón

- 12 Carcinoma bronquioloalveolar:
Un subtipo con mejor pronóstico

- 19 REVISIÓN
Enfermedad vascular en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

- 29 NOTA CLÍNICA
Neumomediastino espontáneo primario

- 32 CARTA AL DIRECTOR
Neumonía como causa de masa pulmonar

- 35 EL RINCÓN DE LA NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
Linfoma de tejido linfóide asociado a mucosas (malt) pulmonar

Vol. 6 - Nº 1
Abril 2010

> CARTA AL DIRECTOR

Neumonía como causa de masa pulmonar

Blanco-Aparicio Marina, Santamaría Rodríguez Beatriz, Fernández Marrube María

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Sr Director:

El diagnóstico diferencial de las masas pulmonares es amplio, siendo el carcinoma bronco-génico la entidad más frecuente¹. La neumonía bacteriana es una causa excepcional de lesión pulmonar benigna con aspecto de masa en los estudios de imagen.

Aportamos el caso de una paciente inmunocompetente con una imagen radiológica de masa pulmonar que por la evolución se demostró que correspondía a una neumonía.

Mujer de 44 años, no fumadora, trabajadora en una empresa de limpieza, con antecedentes de epilepsia diagnosticada a los 20 años. Dos semanas antes del ingreso actual coincidiendo con la sustitución de neosidantoína por ácido valproico presentó crisis convulsiva generalizada. No refería otros antecedentes médicos de interés. Ingresó en el Hospital refiriendo dolor desde hacía 2-3 días en región subescapular derecha, muy intenso, continuo, exacerbado con los movimientos respiratorios. El cuadro se acompañaba de sensación distérmica sin objetivar fiebre, tos escasamente productiva y algún esputo hemoptoico aislado. En la exploración física destacaba: Buen estado general, Tª 36.8°C, TA 150/90, FC 95 l/min 14 resp/min. No adenopatías periféricas. Auscultación pulmonar: crepitantes en campo medio derecho. El resto de la

exploración fue normal. El hemograma mostraba: leucocitos 7300 (neutrófilos 74%), hemoglobina 11 gr/dl hematocrito 33 VCM 78 plaquetas 283.000, siendo la bioquímica normal, salvo GPT 46 GGT 59. Estudio coagulación: normal, Dímeros D 530. La gasometría arterial mostró: pH 7.50 PO2 108 mmHg PCO2 28 mmHg. La detección de antígenos de Legionella y neumococo fue negativa. En la Rx tórax se apreciaba una lesión homogénea en región parahiliar derecha. Debido al intenso dolor pleurítico sin datos clínicos y analíticos claros de neumonía se le realizó en urgencias un AngioTAC torácico (Figura 1) que mostró la presencia de una masa paramediastínica con colapso de lóbulo inferior derecho y área central de menor atenuación sugestiva de necrosis. Con la sospecha de neoplasia se procedió a la realización de Broncoscopia que descartó la existencia de patología endobronquial. El estudio de micobacterias y la citología del broncoaspirado fueron negativas. En esta situación se instauró tratamiento antibiótico con Amoxicilina-clavulánico experimentando la paciente mejoría del dolor torácico y ante la posibilidad de neumonía con centro necrotizante se decidió mantenerlo durante 4 semanas. En TAC de control (Figura 2) se constató resolución completa de la lesión.

Correspondencia: Marina Blanco Aparicio. Servicio de Neumología
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Xubias Arriba s/n - 15006 A Coruña

Correo electrónico: mba@mundo-r.com

La imagen radiológica de masa pulmonar puede observarse en numerosas patologías, pero aproximadamente un 75% son neoplasias benignas y malignas^{1,2,3}. Se estima que un 15% pueden ser de naturaleza infecciosa, fundamentalmente fúngica, micobacteriana, actinomicosis o parásitos como la hidatidosis. Dentro de las infecciones bacterianas la neumonía es excepcional que se presente como masa⁴ y en este caso suele ser en forma de neumonía redonda⁵. Las restantes etiologías son una miscelánea que incluye malformaciones congénitas, vasculitis como la granulomatosis de Wegener, amiloidosis, neumonía lipoi-dea, pseudotumor inflamatorio⁶, entre otras. El diagnóstico de una masa pulmonar detectada en una radiografía debe seguir una aproximación sistemática. La historia clínica (eg. disnea, hemoptisis, fiebre, tabaquismo) son datos indispensables. En ocasiones la historia de fiebre puede estar ausente o temporalmente remota en el momento de la presentación haciendo la sospecha de etiología infecciosa difícil. La imagen de masa pulmonar generalmente conlleva completar el estudio con un TAC para caracterizar mejor la lesión, determinar la localización anatómica precisa y la extensión y suele ir seguida por una broncoscopia. Teniendo en cuenta que después de las neoplasias los procesos infecciosos son considerados en orden de frecuencia la segunda causa de masa pulmonar y que la evolución es favorable tras instaurar tratamiento específico, es importante contemplar esta posibilidad antes de insistir en la realización de estudios complementarios más invasivos.

En el caso que presentamos, una vez realizada la broncoscopia para descartar tumor endobronquial y toma de muestras para estudios microbiológicos, hemos considerado la neumonía en el diagnóstico diferencial sobre todo debido a la ausencia de antecedente de tabaquismo, a pesar de no objetivarse fiebre ni leucocitosis en ningún momento. No obstante, somos conocedores de que la incidencia de cancer de pulmón en población no fumadora

es más elevada en la mujer⁷. La completa resolución con tratamiento antibiótico apoya el diagnóstico de infección bacteriana.

Queremos recalcar que la patología infecciosa también forma parte del diagnóstico diferencial de las masas pulmonares y que los clínicos deben tener en cuenta esta posibilidad cuando evalúan estos pacientes.

Figura 1. TAC de tórax al ingreso: muestra una masa paramediastínica con signos de colapso de lóbulo inferior derecho y un área de menor atenuación central sugestiva de necrosis.

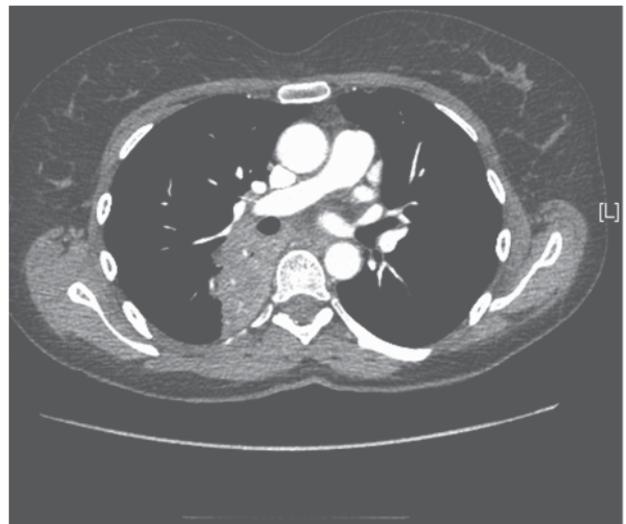
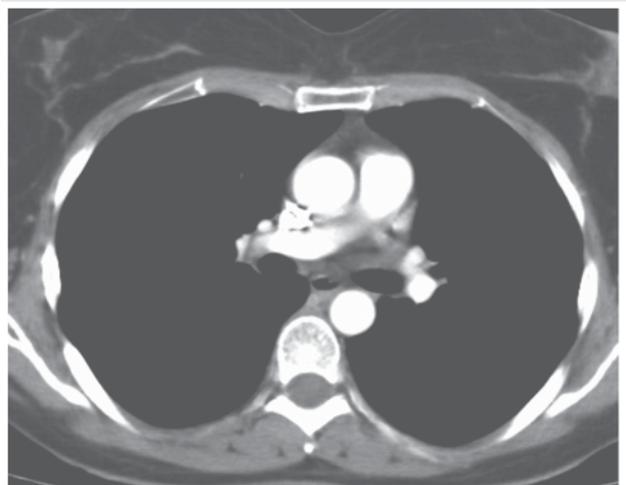


Figura 2. TAC de control tras completar tratamiento antibiótico: se aprecia resolución completa de la masa pulmonar



BIBLIOGRAFÍA

1. Fraser R S, Muller N L, Colman N, Paré P D. Diagnosis of Diseases of the Chest 4th Edn, WB Saunders; 1999.
2. Giménez A, Franquet T, Prats R, Estrada P, Villalba J, Bague S. Unusual primary lung tumors : a radiologic-pathologic overview. Radiographics 2002; 22:601-619.
3. Cordier JF, Chailleux E, Lauque D, et al. Primary pulmonary lymphomas: clinical study of 70 cases in nonimmunocompromised patients. Chest 1993; 103:201-208.
4. Franquet T. Imaging of pneumonia: trends and algorithms. Eur Respir J 2001; 18: 196-208.
5. Shie P, Farukhi I, Hughes RS, Oz OK. Round pneumonia mimicking pulmonary malignancy on F-18 FDG PET/CT. Clin Nucl Med 2007; 32: 55-56.
6. Agrons GA, Rosado de Christenson ML, Kirejczyk WM, Conram RM, Stocker JT. Pulmonary inflammatory pseudotumor: radiologic features. Radiology 1998; 206: 511-8.
7. Gazdar A F, Thun M J. Lung cancer, smoke exposure, and sex. J Clin Oncol 2007; 25: 469-471.