

CASO CLÍNICO

Almonacid C, Viteri S. • Residentes del Servicio de Neumología • Hospital Universitario de la Princesa - MADRID
Fuente: www.separ.com

Paciente de 44 años que acude a consulta por aparición brusca de dolor en hemitórax izquierdo que se exacerba con los movimientos respiratorios, fiebre de hasta 39° C, tos con expectoración amarillenta y disnea de grandes esfuerzos, sin ninguna otra sintomatología acompañante.

El paciente no había realizado viajes los días previos a la aparición de los síntomas ni tenía contacto con animales domésticos.

Como antecedentes personales el paciente refería hernia de hiato, colecistectomía hace 4 años, colon irritable y esteatosis hepática. No hábitos tóxicos, ni alergias medicamentosas conocidas. Tampoco tenía antecedentes familiares de interés ni factores laborales de riesgo.

¿Con estos datos cuál sería su diagnóstico?

- Cuadro Gripal
- Dolor torácico mecánico
- Pericarditis
- Neumonía bacteriana típica
- Traqueobronquitis
- Tromboembolismo Pulmonar
- Tuberculosis

¿Qué actitud adoptaría?

- Realizar anamnesis por aparatos y exploración completa
- Solicitar radiografía de tórax
- Solicitar analítica básica
- Pautar tratamiento antibiótico empírico, antitérmicos y vigilar evolución
- Realizar pulsioximetría y/o gasometría arterial basal
- Solicitar estudio del esputo
- Gram
- Auramina Rodamina, Ziehl
- KOCH
- Cultivo
- Lowenstein
- Solicitar hemocultivos
- Realizar electrocardiograma
- Solicitar Mantoux
- Derivar a urgencias

El paciente fue derivado a urgencias donde fue explorado y realizaron una analítica básica, hemocultivos (x2), una radiografía de tórax y una gasometría.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Inspección: consciente, colaborador, orientado, sudoroso, con palidez cutánea, sin petequias, mucosas hidratadas, taquipnéico a 28 r.p.m., sin tiraje, con fiebre de 39° C, la presión arterial era de 130/60, a 100 l.p.m. por pulso periférico.

Cabeza y cuello: La presión venosa yugular era normal, no presentaba adenopatías, ni rigidez de nuca, latido carotídeo rítmico, simétrico y sin soplos irradiados.

Tórax: La movilidad del hemitórax izquierdo estaba algo disminuida, no se apreciaba tiraje intercostal.

Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular y estertores crepitantes inspiratorios basales izquierdos.

Auscultación cardiaca: rítmico, a 100 l.p.m. sin soplos ni extratonos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible, sin masas ni organomegalias palpables, con dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal.

Miembros Inferiores: se palpan pulsos poplíteos y pedios, sin edemas y sin signos aparentes de trombosis venosa profunda.

Neurológica: sin alteraciones valorables.

Adenomegalias: ausentes

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hematimetría:

Hb: 13,3	Leucocitos: 18.200
Hto: 39	Neutrófilos: 88.5 %
CHM: 39	Linfocitos: 5.1 %
CHCM: 34,1	Monocitos: 5.8 %
VCM: 91,1	Eosinófilos: 0.4 %
VSG: 91	Plaquetas: 95.000

Bioquímica:

Urea: 27.2	Creatinina: 0.9	Sodio: 144
Potasio: 3.8	G.O.T: 39	G.P.T: 90
F. Alcalina: 223	G.G.T: 131	Fibrinógeno: 800
VSG: 92	Glucosa: 113	

Coagulación:

Tiempo de Protrombina:	70	INR:	1.32
Tiempo de cefalina:	29	Control:	32

Gasometría Arterial Basal:

PH:	7.36	pCO ₂ :	30.2
pO ₂ :	70.2	HCO ₃ ⁻ :	22
EB:	1.1	Grad (A-a)	34.1



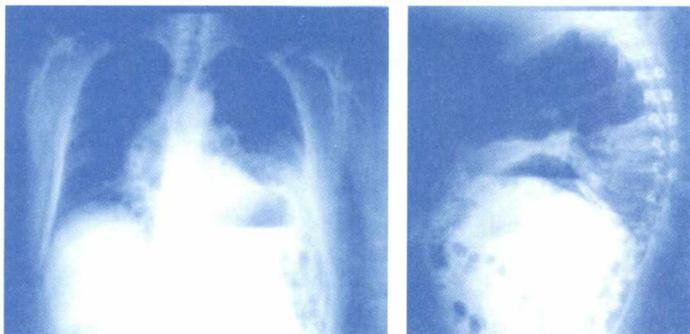
MEDICIS

Electrocardiograma:

Ritmo sinusal a 100 latidos por minuto, eje normal entre 15 – 30 °, PQ de 0.16 (normal), QT normal. "T" invertida en III. No alteraciones del ritmo. No signos de isquemia.



Radiografía de Tórax AP y Lateral:



Aumento de densidad del lóbulo inferior izquierdo, con pinzamiento del seno costofrénico izquierdo, índice cardiotorácico dentro de la normalidad.

Hemocultivos: Estériles.

El paciente fue diagnosticado de neumonía bacteriana por la clínica compatible y la radiografía de tórax. Tras tratamiento intravenoso en la urgencia durante unas horas con amoxicilina-clavulánico (875mg/125mg) y antitérmicos, dada su mejoría clínica, la no presencia de enfermedades concomitantes y la edad del paciente, fue dado de alta con el mismo tratamiento por vía oral, recomendando seguimiento ambulatorio y nueva radiografía de tórax en unos días para controlar el derrame.

Se descartó que fuese un cuadro gripal a la luz de los síntomas y de la radiografía de tórax.

El cuadro tampoco parecía una endocarditis ya que:

El dolor de la endocarditis suele ser retroesternal o precordial, y puede ser referido en ápex, hemitórax derecho y parte superior del abdomen, a menudo se irradia a hombro izquierdo y cuello. El inicio es subagudo y variable. La calidad del dolor puede ser de tres tipos, de carácter pleurítico, isquémico o sincrónico con los latidos cardiacos (éste último es patognómico aunque poco frecuente), mejora con la flexión del tronco y empeora con el decúbito supino. A menudo aparece en el contexto de una infección de vías altas (vírica), se acompaña de fiebre, artromialgias y de cuadro catarral. Otras causas menos

frecuentes es que se deba a una enfermedad sistémica (conectivopatías) o neoplasias.

En exploración destaca la auscultación cardiaca con roce pericárdico o signos de taponamiento cardíaco (pulso paradójico).

El ECG muestra alteraciones de la repolarización de carácter evolutivo.

Tampoco parecía probable una traqueobronquitis ya que aunque puede cursar con tos, fiebre y esputo purulento, en la radiografía de tórax no se aprecian infiltrados como ocurría con este paciente. Además suele ser más frecuente en enfermos con enfermedades crónicas de las vías aéreas.

La tuberculosis, dada su prevalencia en España no podría descartarse. Suele cursar con síntomas constitucionales, tos seca al principio que posteriormente puede hacerse productiva, febrícula (pueden darse casos con fiebre > 38° C), sudores nocturnos, dolor torácico no pleurítico y disnea; aunque puede debutar con otros síntomas más llamativos. El paciente negaba haber tenido contacto con enfermos bacilíferos conocidos ni tenía contactos de riesgo en el trabajo, y desconocía si era Mantoux positivo. La tinción de Ziehl-Neelsen del esputo descartó la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes. Así pues, dado que la clínica y la radiografía no eran muy sugerentes y la tinción era negativa se descartó una TBC quedando a la espera de los resultados del cultivo.

El paciente no presentaba factores de riesgo de TEP, aunque el dolor fue súbito y era de características pleuríticas, con una gasometría compatible, es raro que debute con tanta fiebre. No obstante no se realizó una toracocentesis que habría sido de gran ayuda para el diagnóstico.

Se produjo una mejoría los primeros días de tratamiento disminuyendo el dolor y la fiebre, aunque no llegaron a desaparecer del todo. Al terminar el ciclo antibiótico experimentó una recaída con los mismo síntomas y signos que al principio, acudiendo de nuevo al Servicio de Urgencias.

¿Qué diagnósticos diferenciales barajarías?

- o Tuberculosis
- o Neumonía atípica
- o Neumonía bacteriana típica complicada
- o Tromboembolismo pulmonar más infarto pulmonar
- o Neumonía en paciente inmunodeprimido
- o Neumonía obstructiva por neoplasia endobronquial.

El paciente dada la mala evolución clínica a pesar del tratamiento fue ingresado para estudio. Se solicitó de nuevo una analítica básica, otra radiografía de tórax, serología para NAC y VIH.

Hematimetría:

Hb: 12,7	Leucocitos: 11.300
Hto: 39,5	Neutrófilos: 75,3 %
CHM: 30,2	Linfocitos: 12,8 %
CHCM: 32,4	Monocitos: 9,3 %
VCM: 93	Eosinófilos: 2,2 %
VSG: 92	Plaquetas: 619.000

Bioquímica

Urea: 28	Creatinina: 1	Sodio: 141
Potasio: 5	G.O.T: 37	G.P.T: 85
F. Alcalina: 257	G.G.T: 155	Fibrinógeno: 800
VSG: 92	Glucosa: 94	

Coagulación

Tiempo de Protrombina: 70	INR: 1.32
Tiempo de cefalina: 29	Control: 32

Gasometría Arterial Basal:

PH: 7.40	pCO ₂ : 31
pO ₂ : 63.2	HCO ₃ ⁻ : 22
EB: -1.1	Sat O ₂ : 93,6
Grad (A-a)	34.1

Serología

Negativo para adenovirus, fiebre Q, micoplasma, virus respiratorio sincitial y legionella.

Antigenemia de legionella: negativa.

V.I.H: negativa

Fibrobroncoscopia

Cuerdas vocales y tráquea sin alteraciones patológicas. Árbol bronquial izquierdo y derecho sin lesiones estructurales. Se realizó broncoaspirado y labado broncoalveolar para análisis microbiológico y anatomopatológico.

BAS: Microbiología: no se apreciaban bacilos ácido alcohol resistentes, abundantes polimorfonucleares, en el gram no se detectaron microorganismos y las tinciones de Ziehl y de KOH también fueron negativas. En los cultivos no se aisló ningún patógeno.

Anatomía patológica: frotis sin signos de malignidad.

LBA: Recuento celular: 323 macrófagos, 18 linfocitos, 2 eosinófilos y 57 polimorfonucleares.

Anatomía patológica: frotis sin signos de especificidad.

Microbiología: igual que en BAS.

Radiografía de Tórax AP y Lateral: Similar a las previas, con aumento del derrame pleural izquierdo.

El paciente en planta fue tratado con oxigenoterapia, analgesia, ceftriaxona 2g /24 horas i.v. y claritromicina 500 mg / 24 horas i.v. sin presentar una mejoría clara.

Se realizó también toracocentesis diagnóstica y evacuadora del derrame pleural izquierdo. El líquido era de aspecto serohemático y tenía características bioquímicas de exudado, con un ADA normal y no se apreciaron células malignas.

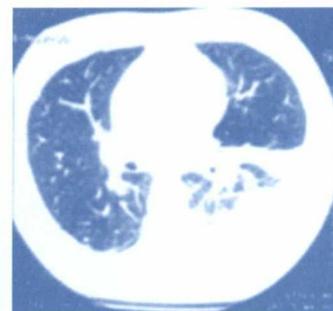
Dado que el paciente no refería mejoría a pesar de tratamiento, con un líquido pleural serohemático y sin diagnóstico microbiológico se decide realizar TC helicoidal de tórax con contraste para descartar complicaciones sobreañadidas y para descartar la presencia de TEP o neoplasia obstructiva pulmonar izquierda. Las imágenes obtenidas mostraban un trombo que ocluía la rama principal de arteria pulmonar izquierda, con un infarto cavitado en dicho lóbulo y derrame pleural asociado.

En la búsqueda del origen del trombo se realizó una ECO-DOPPLER de miembros inferiores descubriendo un trombo en la vena femoral superficial de miembro inferior izquierdo.

TC Helicoidal de Tórax con contraste:



En ventana mediastínica: trombo en arteria pulmonar izquierda y tronco principal y segmentarias. Infarto pulmonar cavitado en el lóbulo inferior izquierdo.



En ventana pulmonar: neumonía en lóbulo inferior izquierdo acompañado de derrame pleural.

Eco Doppler:

Trombosis venosa profunda en vena femoral superficial de miembro inferior izquierdo.

Se inició tratamiento anticoagulante, con heparina sódica a 18 UI/kg/hora bomba previo bolo de 5000 UI. Después de cinco días combinado con acenocumarol y de dos determinaciones de INR entre 2-3 se suspende la heparina manteniendo la pauta oral durante 6 meses. Tras haber iniciado el tratamiento anticoagulante y manteniendo los antibióticos el paciente mejora gradualmente desapareciendo los dolores torácicos y la fiebre.

JUICIO CLÍNICO

Tromboembolismo pulmonar e infarto pulmonar cavitado infectado