



Clínica cotidiana

Atelectasia del lóbulo medio en un varón de 61 años de edad

Paula Alejandra Jiménez Méndez^a, José María Hernández Pérez^{b,*}, Sergio Fumero García^b

^aCentro de Salud El Paso. Santa Cruz de La Palma. ^bSección de Neumología. Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2016

Aceptado el 20 de junio de 2017

On-line el 7 de septiembre de 2017

Palabras clave:

Cuerpo extraño

Atelectasia

Neumonía de repetición

Broncoscopia flexible

Keywords

Foreign body

Atelectasis

Pneumonia repeat

Flexible bronchoscopy

R E S U M E N

Las atelectasias en los adultos son una causa frecuente de presentación del carcinoma broncopulmonar; sin embargo, en ocasiones existen otras causas que las originan.

Se presenta el caso de un varón de 61 años de edad, que presentó clínica infecciosa y una atelectasia en las imágenes radiológicas. Tras la realización de la broncoscopia flexible se puso de manifiesto la presencia de una masa que ocupaba la entrada de un bronquio subsegmentario. Posteriormente se demostró que se trataba de un cuerpo extraño.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Atelectasis of the middle lobe in a 61-year old male

A B S T R A C T

Atelectasis in adults are a common cause of lung cancer presentation, but sometimes there are other root causes.

The case of a male patient of 61 years who presented infectious clinical and atelectasis in radiologic images presented, that after the completion of the flexible bronchoscopy revealed the presence of a mass occupying the entrance of a subsegmentary bronchus. Later it was shown that it was a foreign body.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmherper@hotmail.com (J.M. Hernández Pérez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.035>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

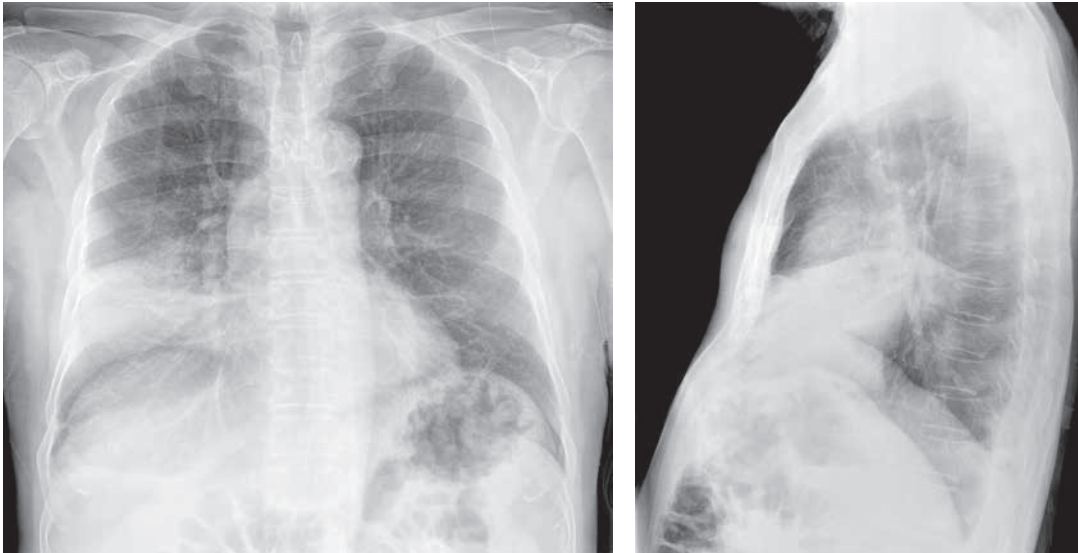


Figura 1 – Radiografía PA y lateral de tórax: aumento de densidad en el LM.

Se presenta el caso clínico de un varón de 61 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de La Palma por historia de una semana de evolución, consistente en malestar general, tos productiva con expectoración amarillenta, sensación febril y disnea.

Entre los antecedentes personales destacan hábito tabáquico acentuado (IPA: 20), enfermedad pulmonar obstructiva crónica fenotipo A E II, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, episodio de taquicardia ventricular paroxística, hipertrofia ventricular izquierda y pericarditis hace 35 años.

En la exploración física se encuentra eupneico en reposo, con saturación basal de oxígeno de 95 %, presión arterial 100/64 mmHg, temperatura 36 °C y frecuencia cardíaca 99 lpm. En la auscultación pulmonar llama la atención la presencia de crepitantes localizados en el tercio ínfero-lateral del hemitórax derecho.

En la analítica sanguínea se encuentra leucocitosis de 20.000 (neutrófilos 74,1 %) y proteína C reactiva 35,1 mg/dL.

Radiografía de tórax (Fig. 1): presencia de un aumento de densidad localizada en el lóbulo medio (LM).

Con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad FINE II, se decide su ingreso hospitalario y se inicia tratamiento con levofloxacin (500 mg por vía endovenosa cada 24 horas).

Durante las primeras 24 horas desde su ingreso el paciente refiere mejoría clínica. La exploración física evidencia mejoría con casi desaparición de los crepitantes en la auscultación. Radiológicamente persiste parte del infiltrado antes descrito, si bien hay cierta mejoría con respecto al estudio del ingreso.

Dada la mejoría clínica y la evolución radiológica del paciente, se decide control ambulatorio. Después de quince días de haber concluido el tratamiento antibiótico (14 días), y ante la persistencia del infiltrado, que ya impresiona más de atelectasia parcial del LM, se solicita una TAC, que pone de manifiesto “una masa de partes blandas parcialmente calcificada y sin realce de la misma, localizada en la luz bronquial del bronquio segmentario lateral del LM” (Fig. 2). Se realiza una broncoscopia flexible, en la que se evidencia la presencia de

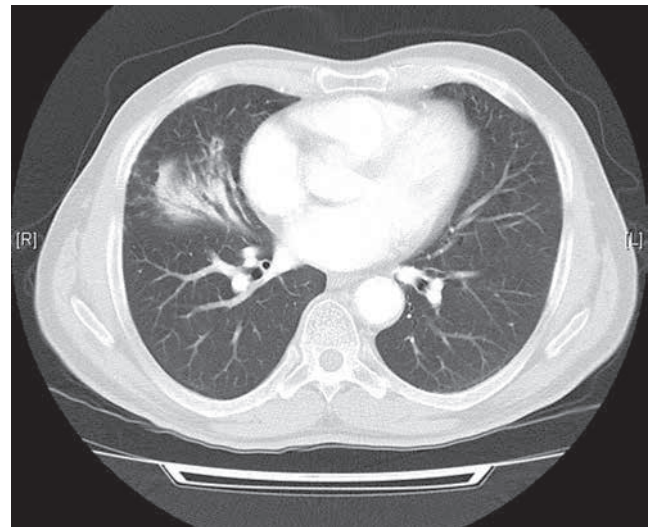


Figura 2 – TAC en la ventana pulmonar: existencia de un atelectasia subsegmentaria del LM.

una masa localizada en el bronquio del LM, que ocluye prácticamente la embocadura del subsegmentario medial, de morfología redondeada y consistencia fibrosa, cubierta de moco, no adherida a la pared bronquial (Fig. 3); al intentar realizar biopsia de la misma, se desplaza distalmente y permite, no obstante, el paso del broncoscopio.

Se realiza cepillado bronquial y lavado bronquiolo-alveolar. Las muestras se envían para estudio anatomopatológico. Los resultados informan de cambios celulares reactivos y grupos de células con atipia de significado incierto (sospecha de displasia epitelial), por lo que se recomienda una segunda biopsia de la lesión para un estudio más concluyente.

Posteriormente se repite el estudio endoscópico. En el segmento medial del LM se objetiva una lesión de consistencia blanda, que se consigue extraer por completo (Fig. 4). Macroscópicamente contenía un componente metálico sin otros hallazgos relevantes.



Figura 3 – Imagen de broncoscopia flexible: masa que ocluye en su totalidad la entrada del bronquio subsegmentario medial.

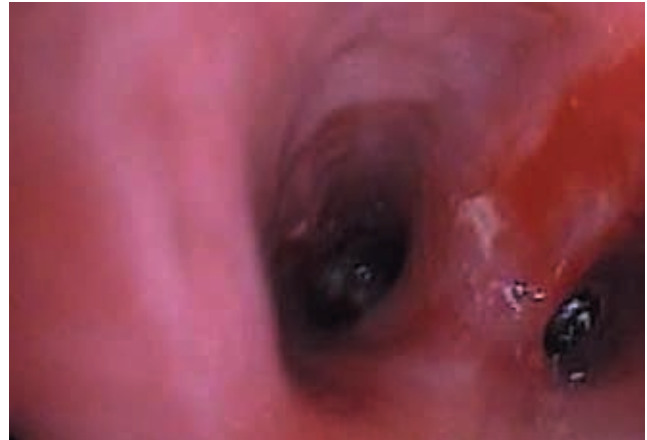


Figura 4 – Imagen de broncoscopia flexible: se aprecia la entrada del bronquio subsegmentario medial libre tras la retirada del cuerpo extraño.

Los resultados obtenidos a partir de la muestra enviada confirman la ausencia de células malignas; hay inflamación aguda con cambios reactivos del epitelio junto con material de reacción a cuerpo extraño (fragmento de pieza dental).

Comentario

La presencia de un cuerpo extraño generalmente es una afección de la niñez (87 %)¹ y se registra con más frecuencia en pacientes menores de 4 años; esto constituye el 55 % del total de los cuerpos extraños detectados en el tracto respiratorio. La edad promedio de los pacientes es de 9 años.

La localización más frecuente (80 %) se da en el bronquio principal derecho. La tos y las sibilancias son los síntomas más frecuentes, aunque, dependiendo de la fase en la que se estudie al paciente, pueden ser más variables. También son distintos en función del grado de obstrucción: si es leve y el aire pasa en ambas direcciones apenas se oirá alguna sibilancia; si la obstrucción es mayor, permite la entrada pero no la salida de aire, producirá enfisema; si es completa, impide la entrada y la salida de aire y se producirá una atelectasia.

Si el material aspirado es orgánico, se producirá una gran reacción inflamatoria, probablemente neumónica, que puede llegar a complicarse con empiema².

El diagnóstico tardío de aspiración de cuerpo extraño, se hace en pacientes que presentan síntomas durante días o semanas después de la aspiración; usualmente presentan síntomas inespecíficos de infección distal al cuerpo extraño. En algunos casos, y en ausencia de historia de aspiración previa, los pacientes presentan fiebre y síntomas de neumonía, por lo cual es difícil que se sospeche la presencia de un cuerpo extraño. Estos pacientes mejoran con antibioterapia.

Sin embargo, los infiltrados en la radiografía de tórax persisten, y es muy frecuente la recurrencia de neumonía.

Otros factores que contribuyen a realizar un diagnóstico tardío son la presentación clínica de los síntomas en el contexto de neumonía, la exacerbación asmática o la sospecha de bronquiolitis si se trata de niños³.

El diagnóstico se basa sobre todo en la sospecha clínica y en las pruebas complementarias de imagen (radiología de tórax y

TAC), que posteriormente se confirman mediante endoscopias respiratorias flexibles o rígidas⁴.

Los cuerpos extraños de la vía aérea constituyen una urgencia médica y deben ser extraídos lo antes posible, dadas las complicaciones que pueden producir con el paso del tiempo⁵. El método de elección se basa en la broncoscopia, bien sea flexible o rígida.

Por tanto ante pacientes sin factores de riesgo en que aparecen infiltrados o neumonías de repetición en la misma localización, que responden parcialmente a la antibioterapia, debemos sospechar la presencia de una obstrucción endobronquial. El cuerpo extraño es una de las patologías que deben formar parte de nuestro diagnóstico diferencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson JW, Nguyen CD, Lazar RH, Stocks RM, Schoumacker RA, Hamdan F, et al Evaluation and management of hemoptysis in infants and children. A report of nine cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1996; 105: 516-20.
2. Korta Murua J, Sardón Prado O. Cuerpos extraños en la vía respiratoria. En: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas y Asociación Española de Pediatría (eds). *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de urgencias pediátricas*, 2ª ed. Madrid: Ergon 2010. p. 65-73.
3. Yanowsky Reyes G, Aguirre Jáuregui O, Rodríguez Franco E, Trujillo Ponce S, Orozco Pérez J, Pérez Liñán J, et al. Cuerpos extraños en vías aéreas. *Archivos de Medicina* 2013; 9: 1-7.
4. Luis Cabezas L, Maya Kuroiwa M. Foreign body in airway. *Rev Med Clin Condes.* 2011; 22: 289-92.
5. Salih AM, Alfaki M, Alam-Elhuda DM. Airway foreign bodies: A critical review for a common pediatric emergency. *World J Emerg Med.* 2016; 7: 5-12.