

Un cas més de pneumònia a urgències?

Júlia Giner, Núria Martí, Emili Gené, Andrés Gadea, Loredana Cristina Colt, Josep Antoni Pijuan
 Servei d'Urgències. Parc Taulí Sabadell, Hospital Universitari.

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Júlia Giner
 mail: juliaginerj@gmail.com

Lloc de treball: Parc Taulí Sabadell

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Forma de citació: Giner J, Martí N, Gené E, Gadea A, Colt LC, Pijuan JA. *Un cas més de pneumònia a urgències?*. ReMUE.c@t 2016;3(1):39-42

Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5138

Motiu de consulta

Home de 22 anys amb distèrmia, tos i expectoració groguenca.

ABD: Tou i depressible, no dolorós a la palpació, no es palpen masses ni visceromegàlies. No signes de peritonisme. Peristaltisme conservat. PPL bilateral negativa

Antecedents personals

0. Al·lèrgia a la Penicil·lina
1. Asma bronquial en la infància i bronquitis agudes de repetició
2. Antecedents quirúrgics: Mastectomia bilateral per ginecomàstia masculina (2007) i fre curt penis (2010)

Tractament actual: cap.

Hàbits tòxics: fumador de 2 cigarrets/dia. No hàbit enòlic.

Proves complementàries realitzades a urgències

Analítica: Leucòcits $23,92 \times 10^9$ (N (%) $82,7\%$, Neutròfils $19,76\%$ $10,7\%$, Limfòcits $2,56 \times 10^9/L$) Temps protrombina (TP) $1,62$ ratio, T.Tromboplastina parcial activ (TTPA) 1 ratio, Hemoglobina 133 g/L Hematòcrit $0,38$ L/L Plaquetes $260 \times 10^9/L$ Glucosa 92 mg/dL, Urea 30 mg/dL, Creatinina $0,95$ mg/dL, Sodi 138 mEq/L, Potassi 4 mEq/L, AST (aspartat aminotransferasa) 30 U/L, Bil total $1,1$ mg/dL, Bil conj. $0,5$ mg/dL, CK 83 U/L

Equilibri venós: pH $7,38$ pH, Pressió parcial CO₂ $47,9$ mm Hg, Bicarbonat actual $27,3$ mmol/L, CO₂ total $28,8$ mmol/L Excés de base $1,9$ mmol/L,

Àcid làctic $10,6$ mg/dL.

Sediment d'orina: Leucòcits $6-8$ /camp. Hematies $<6-8$ /camp.

Serologies en orina: Antígens de Legionel·la i Pneumococ negatius

Radiografia (Rx) simple de tòrax : condensació retrocardíaca, no vessament pleural. (Imatges 1 i 2)

Hemocultius: negatius.

Malaltia actual

Pacient de 22 anys derivat del Centre d'Atenció Primària (CAP) per presentar distèrmia no termometrada a domicili, de 5-6 dies d'evolució, amb calfreds, tos i expectoració groguenca, acompanyat de dolor centre-toràcic en relació amb la tos i sibilants, sense dispnea associada. Refereix nàusees i vòmits. Hematúria macroscòpica sense coalls ni síndrome miccional.

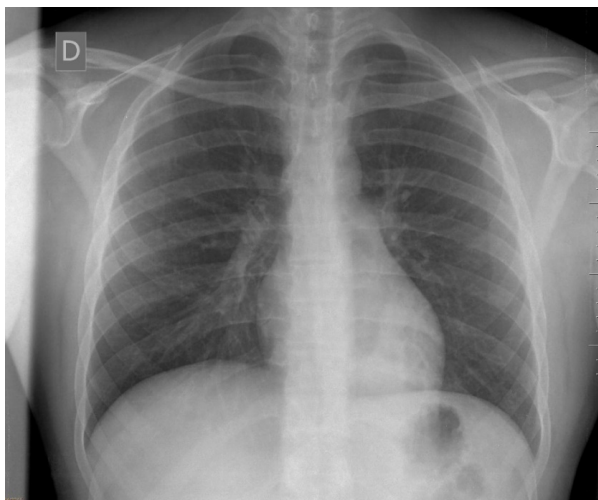
Exploració física

T^a $38,0^{\circ}C$; TA $125/68$ mm/Hg; FC 80 p/min; FR 20 rpm; SatO₂ basal 98%

Bon estat general. Normocolorejat i normohidratat. Conscient i orientat en les tres esferes.

AC: Tons cardíacs rítmics, no bufs ni freqs. Polsos distals presents i simètrics

AR: MVC, sense sorolls sobreafegits



Imatge 1



Imatge 2

Diagnòstic diferencial a urgències

Es presenta el diagnòstic diferencial de les causes d'infiltraen la rx simple de tòrax amb els següents processos: ⁽¹⁾

A. Patologia infecciosa:

La més freqüent és la de causa bacteriana, tuberculosi pulmonar, algunes micosis.

B. Patologia no infecciosa:

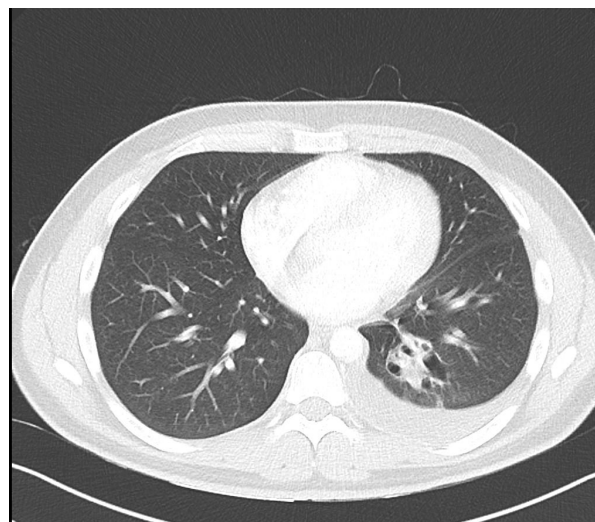
- Insuficiència cardíaca congestiva
- Tromboembolisme pulmonar
- Síndrome del distrés respiratori en l'adult
- Edema pulmonar
- Atelectàsia pulmonar
- Pneumonitis per hipersensibilitat
- Dany pulmonar per fàrmacs, drogues o radioteràpia
- Malaltia pulmonar neoplàsica

- Limfangiosi carcinomatosa
- Malalties del col·lagen-vasculars: lupus eritematós sistèmic, esclerodèrmia, artritis reumatoide, vasculitis de wegener, churg-strauss, sarcoidosi.
- Pneumònia eosinofílica
- Pneumònia en organització criptogènica.

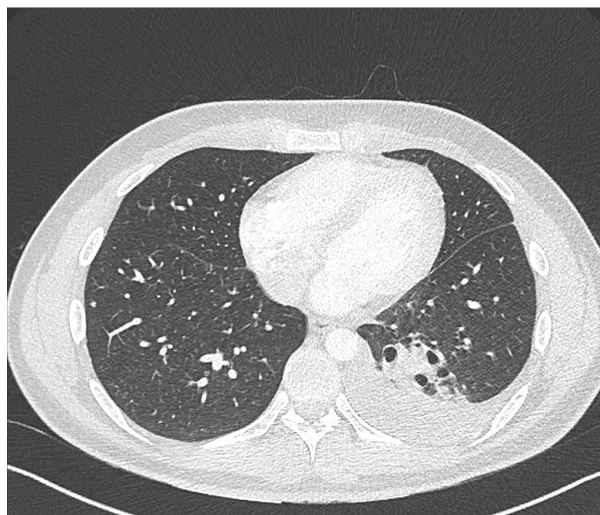
Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

Es tracta d'un pacient de 22 anys que presenta clínica d'infecció respiratòria de dies d'evolució, que arriba a urgències febril, motiu pel qual es practiquen una rx simple de tòrax que evidencia un augment de densitat retrocardíac (imatges 1 i 2), una analítica urgent que mostra leucocitosi amb neutrofília i allargament del tp i serologies en orina per *pneumococ* i *legionel·la* que són negatives. Es manté en observació per tractament i control evolutiu amb resposta favorable a l'antibiòtic empíric (levofloxací). Es dona d'alta amb el diagnòstic de pneumònia adquirida de la comunitat (nac). Persisteix allargament del tp a l'alta mèdica.

De forma ambulatoria, donat que el pacient continua amb tos malgrat el tractament indicat, es practica rx simple de tòrax al cap d'un mes que mostra persistència de la condensació. Se sol·licita tomografia axial computeritzada (tc) de tòrax que evidencia lesió endobronquial a lòbul inferior esquerre (lie) (imatges 3 i 4), amb oclusió del bronqui segmentari posterior, suggestiva de tumor carcinoide.

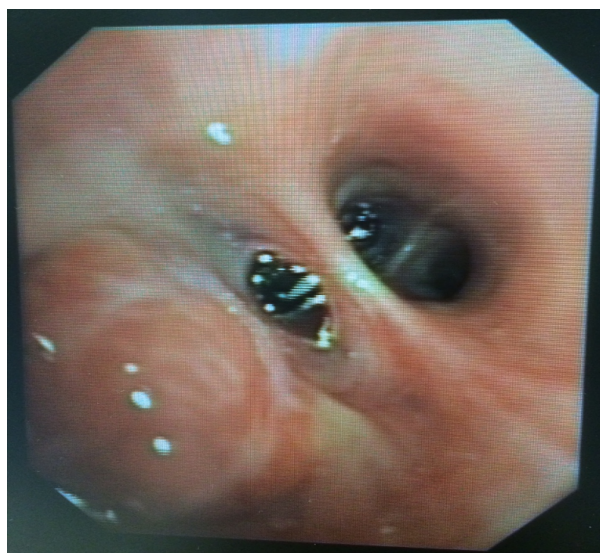


Imatge 3



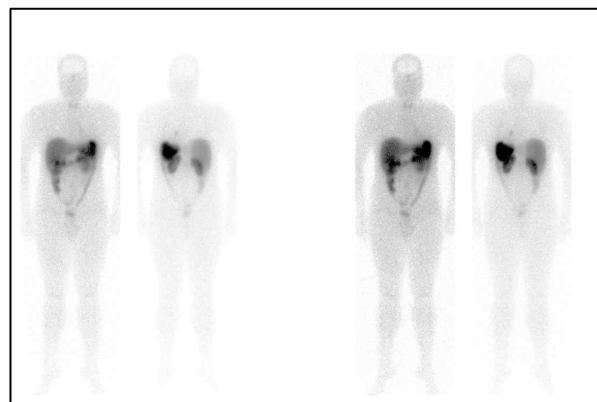
Imatge 4

Amb la fibrobroncoscòpia (fbs) (imatge 5) s'obté biòpsia amb anatomia patològica compatible amb tumor carcinoide i broncoaspirat negatiu per cèl·lules malignes.



Imatge 5

Es realitza octreoscan que descriu un dipòsit patològic a pulmó esquerre, concordant en quant a localització amb el tc toràcic del 15.05.15, troballes indicatives de tumor amb expressió de receptors de la somatostatina; a la resta del rastreig no s'observen altres dipòsits valorables. (Imatge 6).



Imatge 6

Les proves funcionals respiratòries són favorables per la resecció pulmonar. Al pacient se li practica una lobectomia inferior esquerra amb limfadenectomia sistemàtica, sense incidències. L'anatomia patològica de la peça quirúrgica confirma el diagnòstic de tumor carcinoide típic (pT1aN0). Presenta una bona evolució al postoperatori amb alta a domicili als 9 dies. Actualment el pacient es troba asimptomàtic i segueix controls per cirurgia toràcica (Imatge 7).



Imatge 7

Diagnòstic final

Tumor bronquial carcinoide

Discussió

El tumor bronquial carcinoide és una neoplàsia maligna de baix grau d'origen neuroendocrí representant el 2% de les neoplàsies pulmonars^(2,3). Els tumors carcinoïdes poden trobar-se en diferents òrgans sent el tracte digestiu (90%) el lloc més freqüent. L'afectació pulmonar (1-2%) és infreqüent⁽⁴⁾. El tumor carcinoide pulmonar té un bon pronòstic degut a l'elevada taxa de reseccabilitat. Tres quarts

parts de les lesions es troben al centre de l'arbre bronquial⁽²⁾, presentant clínica d'obstrucció (tos, dispnea, hemoptisi, dolor toràcic, pneumònia recurrent). Les lesions perifèriques sovint són troballes de la Rx de tòrax com a nòduls pulmonars perifèrics asimptomàtics, o bé es manifesten amb clínica de síndrome carcinoide⁽⁶⁾: envermelliment de la cara i del tronc, diarrea, broncoespasme i dispnea.

Per al diagnòstic, el TC toràcic és la prova d'imatge més útil per l'estudi d'extensió, localització i detecció d'adenopaties metastàsiques (sensibilitat del 83%⁽⁴⁾). El diagnòstic es confirma amb una biòpsia bronquial o transtoràcica, segons la localització de la lesió. L'OctreoScan i els nivells de cromogranina A en sèrum també són necessaris per al diagnòstic i seguiment⁽⁵⁾.

El tractament d'elecció és la cirurgia, no hi ha evidència de milloria amb quimioteràpia o radioteràpia associada. L'evolució de la malaltia dependrà de la histologia, del grau d'invasió, de la localització i de la presència de metastasi. El pronòstic és bo quan la cirurgia permet extirpar la totalitat del tumor.

La NAC és una de les malalties infeccioses més freqüents amb una important morbidimortalitat. Cal estar atent als casos als quals, pels antecedents i l'edat, convé fer una RX simple de control, així com aquells amb evolució tòrpida, per la possibilitat de patologia subjacent.

Bibliografia

1. A Xaubet, J Ancochea, R Blanquer, C Montero, F Morell, E Rodríguez Becerra, A Sueiro, V Villena . Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. Arch Bronconeumol. 2003;39:580-600. - Vol. 39 Núm.12
2. Charles F Thomas Jr, James R Jett, Jonathan R Stroberg. Bronchial neuroendocrine (carcinoid) tumors: Epidemiology, risk factors, classification, histology, diagnosis, and staging.
3. M Iglesias, J Belda, X Baldó, JM Gimferrer, M Catalán, M Rubio, M Serra. Tumor carcinoide bronquial. Análisis retrospectivo de 62 casos tratados quirúrgicamente. Arch Bronconeumol. 2004;40:218-21. - Vol. 40 Núm.05
4. A. Bueno Palominoa, L. Zurera Tenderoa, J.J. Espejo Herreroa, S. Espejo Péreza y C. Villar Pastor. Hallazgos radiológicos en tomografía computarizada de los tumores carcinoides bronquiales típicos y atípicos. Radiología. 2013;55(4):323-330
5. J Aller, R Domínguez, A Estrella, J Estrada. Role of cromogranin A in the diagnosis and follow-up of gastroenteropancreatic endocrine tumors. Endocrinol Nutr. 2008;55(Supl 6):9-23
6. S. Gaztambide Sáenz. Diagnóstico y clínica de los carcinoides intestinales. Revista de Endocrinología y Nutrición. Endocrinol Nutr. 2007;54(Supl 1):9-14