

Neumología

Pneumology

NM-1

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA EN GESTANTE DE 13 SEMANAS

CONTRERAS DANIEL, DUEÑAS ANDRÉS

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La neumonía eosinofílica hace parte de las enfermedades que afectan el intersticio pulmonar, un grupo heterogéneo de entidades que comparten características clínicas, patológicas y radiológicas comunes, su asociación con pacientes gestantes si bien está descrita no es común, lo cual hace que la evidencia para guiar tratamientos y recomendaciones sea limitada en este subgrupo poblacional.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente femenina en la semana 13 de gestación, quien presenta cuadro subagudo de disnea, tos y dolor torácico encontrando en estudios radiográficos y tomográficos de tórax afectación parenquimatosa pulmonar e hipereosinofilia en sangre periférica (3740/ul) quien presentó una notable mejoría clínica, imagenológica y paraclínica posterior a la administración de terapia con corticoesteroides, confirmándose en estudios histopatológicos la presencia de neumonía eosinofílica.

Discusión. La neumonía eosinofílica hace parte de un grupo de patologías que afectan al parénquima pulmonar, es característica la infiltración del intersticio y los espacios alveolares por eosinófilos con preservación de la arquitectura pulmonar, demostrada por la presencia de eosinofilia en muestras de lavado bronco alveolar y/o biopsia de tejido pulmonar; Esta patología se encuentra contenida en un grupo mayor de entidades que afectan el intersticio pulmonar, siendo la información sobre estas enfermedades en pacientes embarazadas muy heterogénea, la mayoría de recomendaciones es extrapolada de otras patologías reumatológicas y opiniones de expertos; definiendo como factor de severidad el compromiso de la capacidad vital forzada sin tener aún un consenso claro entre la proporcionalidad del compromiso de la CVF y el riesgo de malos desenlaces obstétricos, requiriendo cada paciente un análisis individualizado.

Conclusión. La neumonía eosinofílica hace parte de un grupo poco común de enfermedades que afectan el pulmón, siendo su asociación con la gestación poco descrita en la literatura.

NM-2

EMBOLISMO GRASO POSTERIOR A FRACTURA DE TIBIA

TURCIOS DANIEL, LÓPEZ CRISTIAN, CÁRDENAS JUAN

Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La embolia grasa (EG) se define como la presencia de glóbulos de grasa en la circulación pulmonar o periférica, y el síndrome de embolia grasa (SEG) se refiere a los síntomas clínicos que siguen a un insulto identificable; puede resultar en la tríada de dificultad respiratoria, síntomas neurológicos y erupción petequiral. Con frecuencia, la EG ocurre después de un traumatismo que involucra huesos largos, tejidos blandos y durante procedimientos ortopédicos o estéticos.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

Métodos. Se presenta caso de Masculino de 32 años, previamente sano, que sufrió una fractura de tibia durante un partido de balón mano presentando un episodio de síncope y dificultad respiratoria. Se le diagnosticó una posible tromboembolia pulmonar y neumonía adquirida en la comunidad. Un ecocardiograma reveló dilatación severa de las cavidades derechas con función sistólica del ventrículo derecho conservada, la angiotomografía de tórax descartó defectos de llenado en la vasculatura pulmonar, con presencia de nódulos de densidad de tejido blando, áreas de vidrio esmerilado de predominio en zonas dependientes del pulmón. Se llegó a la conclusión de que tenía síndrome de embolismo grasa. Se suspendieron los tratamientos previos y se continuaron con medidas de soporte previo al alta.

Resultados. El diagnóstico de (EG), se basa en las manifestaciones clínicas, hallazgos imagenológicos y por lo general se asocia a traumatismo que involucra huesos largos. Para el diagnóstico inicial emplear uno de los 3 criterios diagnósticos propuesto en la actualidad.

Conclusiones. El (EG), es una complicación de traumas de alta energía, el diagnóstico inicial es clínico, no hay ninguna terapia específica que haya demostrado resultados favorables, luego el tratamiento médico será dirigido a medidas de soporte.

NM-3

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBSEGMENTARIO EN PACIENTE JOVEN COMO CAUSA DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA, MANIFESTACIÓN INUSUAL DE UN PROBLEMA INFRECUENTE

SOTO VIVIAN, ÁLVAREZ JOSÉ, APARICIO DAVID, MARTÍNEZ JUAN CARLOS.

Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La disfunción ventricular derecha por tromboembolismo pulmonar subsegmentario, es una presentación poco frecuente, que puede estar presente hasta en un 13% de los casos, con un desenlace poco favorable para el paciente. Presentamos el caso de un paciente joven con tromboembolia pulmonar subsegmentaria con rápida progresión a disfunción ventricular derecha, síndrome del distress respiratorio agudo y muerte.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

Métodos. Masculino de 39 años, consulta por cuadro clínico de picos febriles, disnea e hipoxemia. En la valoración taquicárdico, con estertores basales e hipoventilación bilateral, enfocándose cómo neumonía con inicio de antibioticoterapia. Por la instauración rápida de la hipoxemia se realizó angiotomografía de arterias pulmonares confirmando la presencia de tromboembolia pulmonar subsegmentaria.

Posteriormente presentó empeoramiento de patrón respiratorio, aumento de requerimiento de oxígeno suplementario y alteración del estado de conciencia, progresión a insuficiencia respiratoria hipoxémica, requiriendo ventilación mecánica invasiva sin lograr oximetrías >60%, soporte vasopresor doble e inotrópico, 3 paros cardiorrespiratorios y ante riesgo/beneficio se realizó trombolisis con dosis reducida de RTPA. Ecocardiograma transtorácico posterior con hallazgo de disfunción ventricular derecha severa y disfunción ventricular izquierda subsecuente con FEVI deprimida. Paciente presenta 3 paros cardiorrespiratorios más, con posterior deceso.

Discusión. El tromboembolismo pulmonar subsegmentario presenta una mortalidad del 0.2% relacionada con disfunción ventricular derecha, que por sí sola constituye una entidad con una mortalidad del 50% en los primeros 6 meses, la cual puede generar disfunción ventricular izquierda subsecuente, lo que representa una tasa de supervivencia menor al 23% año. Se plantea la hipótesis de disfunción ventricular derecha severa asociada a choque obstructivo refractario, edema pulmonar agudo y muerte.

Conclusiones. El tromboembolismo pulmonar subsegmentario es una presentación poco usual de esta patología, así como sus complicaciones, que puede tener mal pronóstico y alta mortalidad.

NM-4

CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE PULMÓN METASTÁSICO A AURÍCULA IZQUIERDA QUE DEBUTA CON FALLA CARDÍACA AGUDA: REPORTE DE CASO

PATIÑO-MONCAYO ALVARO, CÁCERES-CARRERO ANDRÉS, PINTO-PINZÓN DIEGO

Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. El cáncer de pulmón es la segunda causa más frecuente de cáncer a nivel mundial y la primera causa de mortalidad. Parte de esta mortalidad es explicada por su diagnóstico tardío, cuando por lo general, ya hay enfermedad metastásica que se asocia a menor supervivencia después del diagnóstico.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

Métodos. Paciente masculino de 64 años, con antecedente de hipertensión arterial y sobrepeso, ingresa a otra institución por un cuadro clínico de falla cardíaca aguda, con signos de edema pulmonar y requerimiento de ventilación mecánica no invasiva, con ecocardiograma que evidenció la presencia de masa en aurícula izquierda con protrusión hacia válvula mitral y sospecha inicial de corresponder a un mixoma auricular. En los estudios de extensión se documenta masa pulmonar que infiltra mediastino, con compresión de vaso lobar de arteria pulmonar, e infiltración a vena pulmonar superior derecha y aurícula izquierda, con ocupación del 90% de dicha cavidad. Es llevado a biopsia percutánea y por fibrobroncoscopia, cuyos reportes concluyen la presencia de un carcinoma escamocelular de pulmón

Resultados. Los tumores intracardiacos sin una causa poco frecuente de falla cardíaca aguda, dentro de los tipos más comunes están los tumores metastásicos antes que los tumores cardíacos primarios, dentro de los primeros el cáncer de pulmón es una entidad reconocida que tiene el potencial de infiltración cardíaca, aunque, es un sitio poco común y que se asocia a mal pronóstico.

Conclusiones. El abordaje inicial de la falla cardíaca debe contar con herramientas básicas como la radiografía de tórax, que permite hacer un acercamiento a causas poco comunes como la presentada en este caso.

NM-5

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA COMO COMPLICACIÓN DE TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA REFRACTARIA: INFORME DE UN CASO

RONDÓN-CARVAJAL JULIÁN, ÁLVAREZ-LÓPEZ SANTIAGO, ESCUDERO-CORREA MARÍA JOSÉ

Universidad de Antioquia. Medellín (Colombia)

Introducción. La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una manifestación de varias enfermedades inmunomediadas o no. El cuadro clásico incluye disnea, opacidades alveolares, anemia inexplicada y hemoptisis (33% de casos). Se define como sangrado en los espacios alveolares distales sin anomalía endobronquial. Más de 20% de macrófagos cargados de hemosiderina en lavado broncoalveolar (BAL) suelen confirmar el diagnóstico. La trombocitopenia inmune primaria (TIP) es una causa exótica de HAD.

Reporte de caso. Mujer de 67 años con antecedentes de bypass gástrico en Y de Roux y TIP desde hace 15 años sin terapia específica con dos días de equimosis espontánea en cara lateral izquierda de lengua sin flictenas hemorrágicas en paladar y rash petequeial limitado a miembros inferiores. Al ingreso, trombocitopenia grave (plaquetas 3000/uL) sin otras citopenias ni hallazgos anormales en frotis de sangre periférica. Panel para causas infecciosas, autoinmunes, citometría de flujo en sangre periférica y estudio completo de médula ósea fueron normales. Inició con hemoptisis no masiva e hipoxemia en reposo; radiografía de tórax con opacidades heterogéneas bilaterales en vidrio deslustrado sobre lóbulo medio e inferior derecho, confirmadas por tomografía de tórax simple. Tras pobre respuesta a pulsos de metilprednisolona, inmunoglobulina y eltrombopag, respondió a manejo con ciclofosfamida asociada a azatioprina.

Discusión. Entre el 90-95% de casos de HAD son por destrucción de la barrera alveolo-capilar, con macrófagos cargados de hemosiderina (capilaritis); en su ausencia, se denomina HAD “blanda”. A pesar de tener un sustrato autoinmune *per se*, la TIP se describe como causa de HAD; solo 5% de casos cursarán con sangrado mayor.

Conclusión. La HAD es una emergencia médica. Ante su sospecha, se debe realizar fibrobroncoscopia con BAL secuencial, descartando infección activa. Los hallazgos por imagen son inespecíficos: cavitaciones y nódulos sugieren vasculitis; adenopatías regionales sugieren infecciones o malignidad. La terapia inmunosupresora es el manejo de elección.

NM-6

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

HERNÁNDEZ LINARES ISABEL VIRGINIA, MARTÍNEZ ÁVILA MARÍA CRISTINA, MOLANO PULIDO ANA MARÍA, LIZARAZO JIMÉNEZ MARÍA JOSÉ, CAMPAÑA PERILLA LAURA ANDREA, MATIZ BUENO CARLOS EDUARDO.

Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. Las enfermedades eosinofílicas pulmonares son un grupo heterogéneo de afecciones de etiopatogenia diferente, que incluyen neumonía eosinofílica aguda/crónica, neumonía en organización con eosinofilia, vasculitis pulmonares (Síndrome de Churg-Strauss), reacciones inmunoalérgicas a hongos (aspergilosis broncopulmonar alérgica) e infestación parasitaria (Síndrome de Loeffler). Su principal característica es la presencia de infiltrados radiológicos asociado a una acumulación de eosinófilos en los alvéolos y en el tejido intersticial pulmonar. Son enfermedades poco frecuentes, su diagnóstico se centra en la presentación clínico-radiológica y la confirmación de eosinofilia en lavado bronquioalveolar (LBA) y/o biopsia transbronquial. Responde muy bien al tratamiento farmacológico.

Presentación de caso. Se presenta un caso de paciente con historia de 6 años de evolución de tos seca asociada a disminución aguda en clase funcional y documentación de hipereosinofilia en sangre periférica. Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax con evidencia de compromiso parenquimatoso pulmonar, engrosamiento de septos interlobulillares, vidrio esmerilado y zonas de consolidación alveolares con derrame pleural. Se realizó abordaje completo de paciente con eosinofilia y compromiso pulmonar, descartando etiología parasitaria y autoinmune. Fue llevada a LBA que confirmó diagnóstico de Neumonía Eosinofílica. Inició manejo con corticosteroide sistémico con mejoría abrupta de los síntomas.

Conclusiones. Realizar un adecuado abordaje clínico-radiológico y conocer los diagnósticos diferenciales en el paciente con eosinofilia es fundamental en un país endémico como el nuestro, para poder dar un tratamiento oportuno y evitar complicaciones potencialmente fatales.