

Cartas científicas

Neumonía fantasma

Phantom Pneumonia

Sra. Editora:

Varón de 69 años, con tabaquismo como único antecedente de interés, que acudió a urgencias por dolor en hipocondrio izquierdo, tos no productiva y fiebre.

En la semana previa había consultado por tos seca y ligera sensación de falta de aire, por lo que había iniciado tratamiento con inhaladores adrenérgicos β_2 y antibióticos por la sospecha de bronquitis aguda. En los días previos refería además dolor en hipocondrio izquierdo y astenia, y el día en que acudió a urgencias, un pico febril de 38 °C y aumento de la disnea.

En urgencias se describió buen estado general, presión arterial en 115/69 mmHg y temperatura de 37,7 °C. El paciente estaba eupneico, con frecuencia cardíaca de 110 lpm. La auscultación cardíaca era arrítmica, sin soplos; había hipoventilación en base pulmonar izquierda junto con algunos crepitantes de predominio en base derecha. Presentaba dolor a la palpación de parrilla costal izquierda y edemas con fóvea pretibiales bilaterales; el resto de la exploración física era anodino.

En la radiografía de tórax se observó una condensación en el lóbulo inferior izquierdo, de localización anterior con broncograma aéreo y borramiento parcial del seno costofrénico izquierdo (fig. 1A). El electrocardiograma mostraba una fibrilación auricular con respuesta ventricular a 120 lpm. Se observó bloqueo completo

de rama derecha del haz de His y ascenso del segmento ST, de concavidad superior, de V2 a V5 (fig. 1B).

En la analítica destacaba únicamente una ligera leucocitosis ($10.100 \times 10^9/l$) y el resto del hemograma, la bioquímica completa y la coagulación eran normales.

Con la sospecha de neumonía basal izquierda, se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico y se lo ingresó en neumología. Una vez ingresado, se realizó una tomografía computarizada de tórax, que descartó una tromboembolia pulmonar y confirmó una condensación en el lóbulo inferior izquierdo y derrame pleural izquierdo (fig. 1C-E). Posteriormente se solicitó un estudio ecocardiográfico.

El ecocardiograma transtorácico demostró un ventrículo izquierdo de dimensiones normales, con función sistólica normal, aurícula izquierda muy dilatada con imagen compatible con trombo adherido a pared posterior y lateral (fig. 2A). La válvula mitral presentaba características reumáticas, con estenosis muy predominante de grado grave. La válvula aórtica presentaba datos de esclerosis. La válvula tricúspide, morfológicamente normal, generaba una insuficiencia ligera que permitía estimar la presión sistólica arterial pulmonar en 58 mmHg. Estos hallazgos se confirmaron mediante ecocardiograma transesofágico (fig. 2B, D y E).

Se realizó toracocentesis para el estudio del derrame pleural; se obtuvo líquido pleural con características de trasudado, con lo que se descartó el origen infeccioso, inflamatorio o tumoral del derrame; se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y se trasladó al paciente a cardiología. Este fue tratado con bloqueadores beta; se controló la respuesta ventricular,

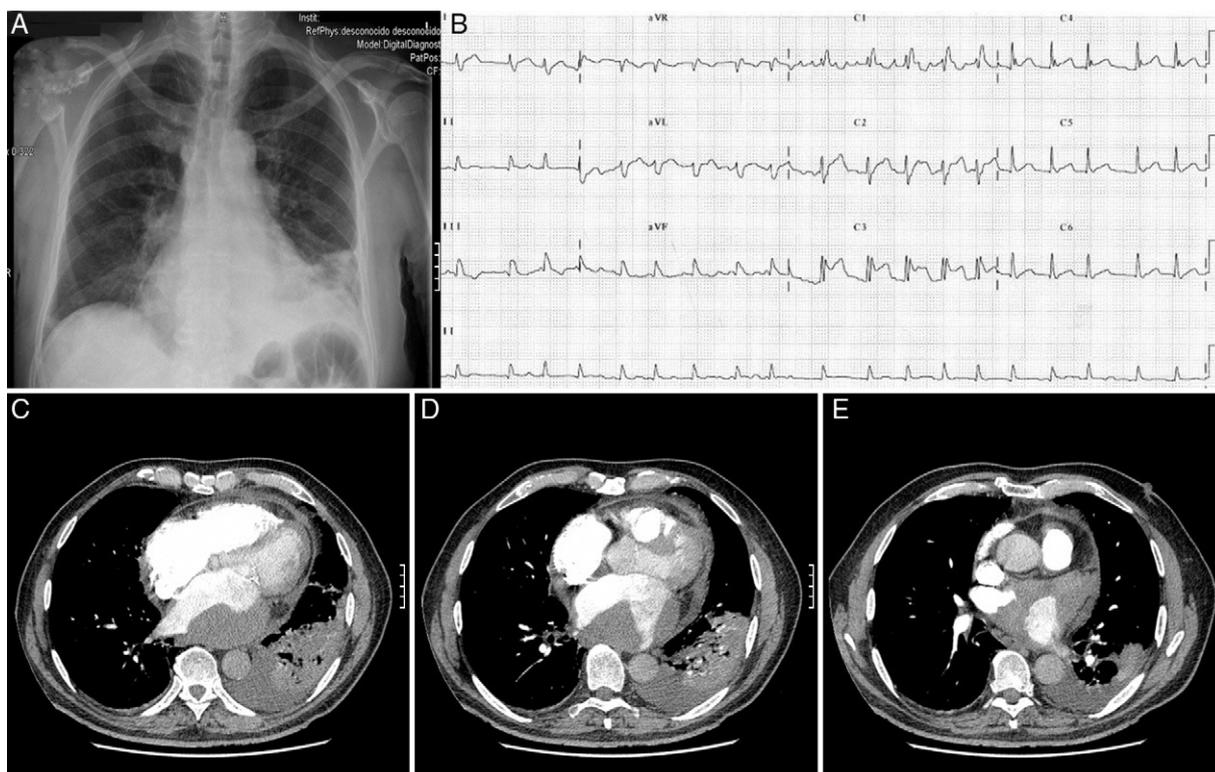


Figura 1. A: radiografía de tórax posteroanterior: condensación en lóbulo inferior izquierdo. B: electrocardiograma; fibrilación auricular y ascenso del segmento ST en V2-V5. C-E: tomografía computarizada de tórax; condensación en lóbulo inferior izquierdo y derrame pleural izquierdo.

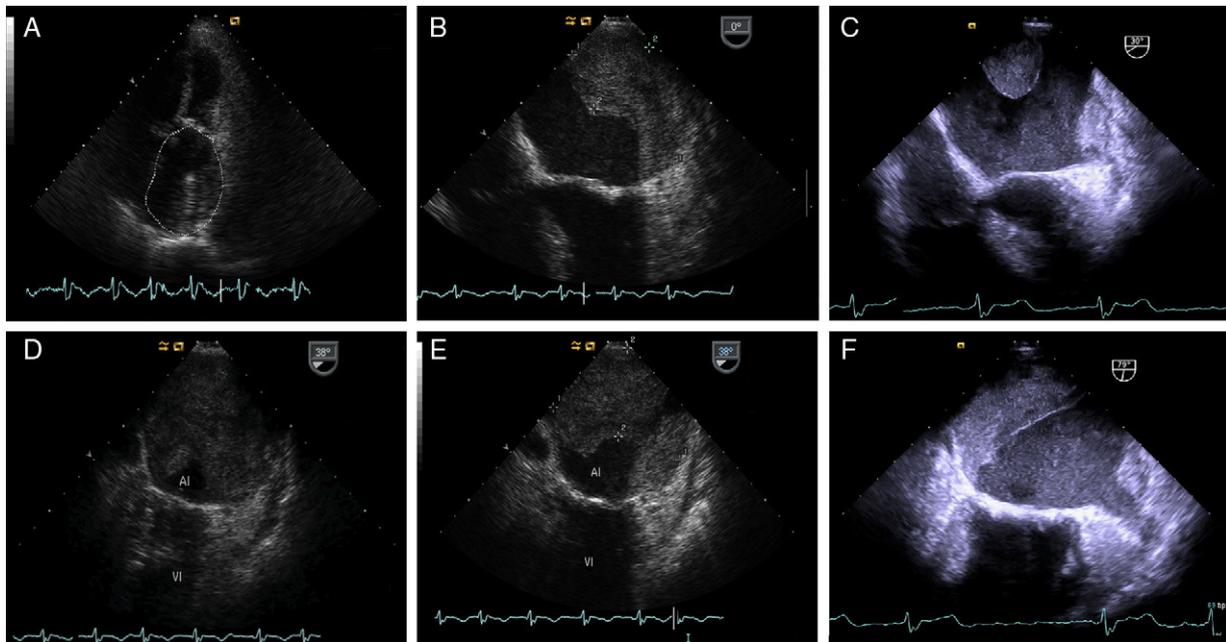


Figura 2. A: ecocardiografía transtorácica; aurícula izquierda muy dilatada, con trombo adherido. B, D y E: ecocardiografía transesofágica; trombo en el interior de la aurícula izquierda. C y F: ecocardiografía transesofágica de control. AI: aurícula izquierda; VI: ventrículo izquierdo.

desaparecieron los síntomas y permaneció afebril y con buen estado general durante el resto de su hospitalización.

Los electrocardiogramas de control no mostraron cambios significativos respecto al ingreso, y en la radiografía de tórax desaparecieron la consolidación y el derrame pleural izquierdo.

La reevaluación del paciente teniendo en cuenta su evolución y los resultados de las pruebas complementarias nos llevó a concluir la existencia de un derrame pleural izquierdo en el contexto de hipertensión venosa pulmonar (secundaria a estenosis mitral grave de etiología reumática) y de la dificultad de drenaje de la vena pulmonar inferior izquierda por la presencia de un gran trombo auricular. El paciente fue dado de alta con tratamiento con acenocumarol y bisoprolol/hidroclorotiazida a dosis bajas.

Un mes después del alta hospitalaria, se realizó un nuevo control ecocardiográfico, en el que se observó una reducción notable del trombo, que ya no obstaculiza la desembocadura de las venas pulmonares (fig. 2C y F). En el electrocardiograma de control, persistía la imagen de bloqueo de rama derecha y ascenso del ST en V2-V6.

El hallazgo de una gran masa intracavitaria obliga a realizar un diagnóstico diferencial entre trombo y tumor. La existencia de enfermedad valvular y fibrilación auricular no conocida, junto con las características ecogénicas de la masa, hace más que probable su origen trombótico. La disminución del tamaño después de la anticoagulación confirma esta hipótesis.

Aunque en un principio la clínica del paciente y la imagen radiológica señalaban a un proceso neumónico, es difícil sostener este diagnóstico por la evolución tanto clínica como radiológica, la respuesta al tratamiento y las características de trasudado del derrame pleural. Se ha descrito edema pulmonar localizado¹, aunque es muy poco frecuente. El edema pulmonar cardiogénico unilateral frecuentemente lleva a un diagnóstico inicial erróneo, pues suele confundirse con una neumonía, lo que genera retrasos en el inicio del tratamiento adecuado².

La etiología del derrame pulmonar unilateral cardiogénico es variada. Puede ser secundario a obstrucción vascular o bronquial, a cardiopatías congénitas³ y a regurgitación mitral⁴ grave.

La persistencia en el electrocardiograma de la imagen de lesión subepicárdica restó valor a la sospecha inicial de un probable compromiso pericárdico por contigüidad para catalogarlo de variante normal al no disponer de electrocardiogramas previos.

Miryam Martínez-Pascual*, José García-Gómez
y Manuel Villegas-García

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía,
Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: miryammpascual@gmail.com
(M. Martínez-Pascual).

On-line el 14 de abril de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Kagele S, Charan N. Unilateral pulmonary edema. *Chest*. 1992;102:1279-80.
2. Attias D, Mansencal N, Auvert B, Vieillard-Baron A, Delos A, Lacombe P, et al. Prevalence, characteristics, and outcomes of patients presenting with cardiogenic unilateral pulmonary edema. *Circulation*. 2010;122:1109-15.
3. Bonilla-Palomas JL, López-Granados A, Gámez-López AL, Arizón del Prado JM. Insuficiencia cardíaca derecha grave debida a la conjunción de una anomalía de Ebstein y una constricción pericárdica. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1510-1.
4. Tomcsányi J, Arabadzisz H, Bózsik B. Left sided unilateral pulmonary oedema. *Heart*. 2005;91:1157.

doi:10.1016/j.recesp.2011.11.022