

APRENDIENDO CON CASOS

CASO 2/2012

Presenta: Dr. Rodrigo Gasteneguy

Junio 2012

Paciente de sexo masculino de 56 años de edad, consulta por disnea y tos productiva mucosa. De nacionalidad paraguaya, con antecedentes de tabaquismo y enolismo, refiere además, disnea CF II, astenia y disminución de peso de aproximadamente 15 kg en los últimos 5 meses.

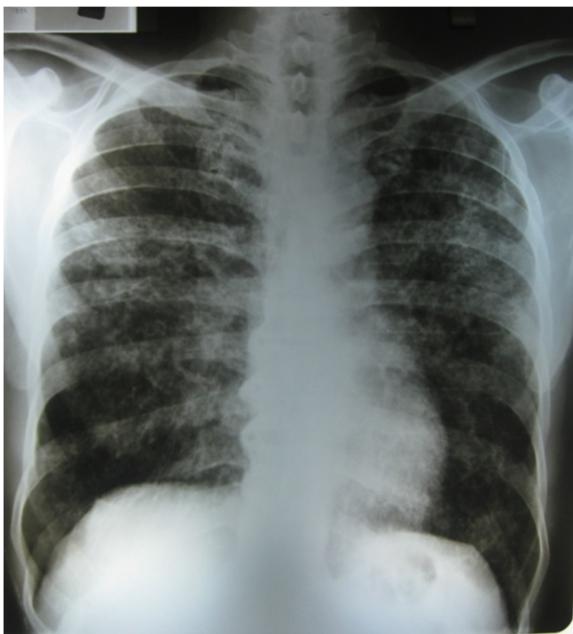
Antecedentes ocupacionales: Transporte de cereales durante 30 años en Paraguay y en los últimos 6 años en Argentina, trabajos de herrería y de la construcción.

Examen físico: En el examen del aparato respiratorio se constató una buena entrada de aire bilateral con escasos rales crepitantes finos a nivel de tercios medios de ambos hemitórax. Sin otras alteraciones significativas en el examen físico.

Análisis de sangre: Eritrosedimentación 86 mm. Resto s/p

Gasometría arterial y EAB: pH 7,46 pO₂ 67,4 SO₂ 92,9 pCO₂ 36,3 HCO₃ 26.

Rx Tx (fte):



Descripción: Rx de tórax de frente en sentido anteroposterior. Centrada y completa. Sin alteraciones a nivel de las partes blandas y óseas. Mediastino centrado con ICT < 0,5. Senos costofrénicos libres. A nivel de los campos pulmonares se observa un patrón intersticial de tipo reticular difuso a predominio de campos medios.

Se interna para estudio.

Cómo encuadraría este caso?

Se interpretó enfermedad pulmonar intersticial y se realizó FBC con BTB .

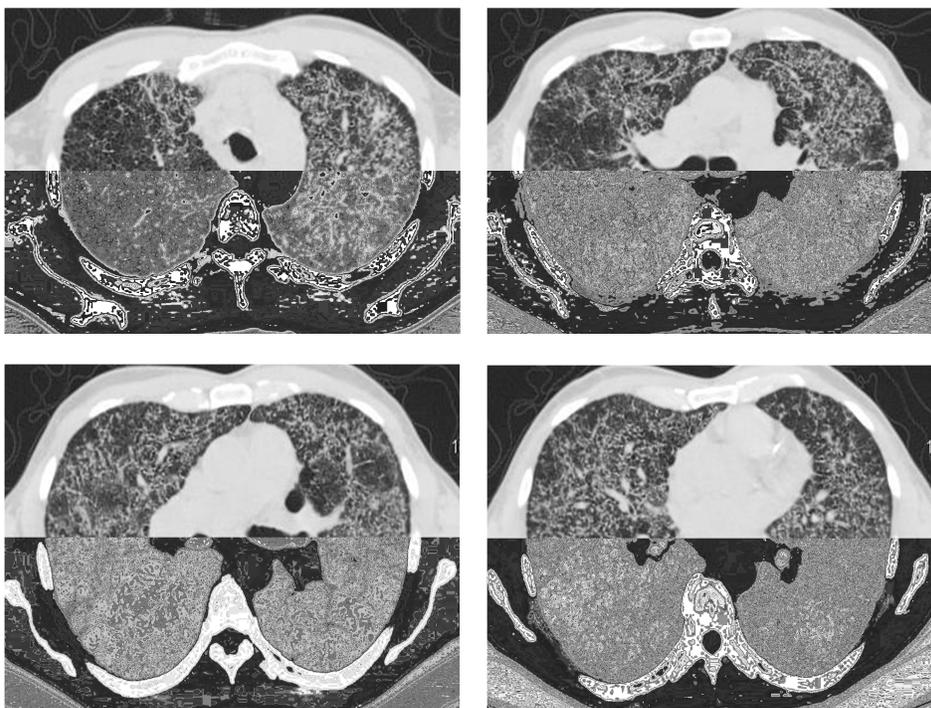
El informe de anatomía patológica fue: "Enfermedad granulomatosa"

Inició tratamiento específico para tuberculosis con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.

Luego de 45 días de tratamiento, consultó nuevamente por Guardia por presentar peoría clínica y aumento de su disnea hasta CF III-IV decidiéndose una nueva internación para reevaluación.

Se le realizó Rx de tórax y TC de tórax multicorte y se le solicitaron muestras de esputo para gérmenes comunes, tuberculosis y micosis.

TC de Tórax multicorte, ventana pulmonar:



Cuál es su descripción?

Observando la ventana para pulmón se evidencia enfermedad pulmonar intersticial difusa de tipo retículo nodulillar con engrosamiento de septos intra e interlobulillares y engrosamiento peribroncovascular. En la ventana para mediastino se evidenciaron adenopatías prevasculares, pretraqueales, lateroaórticas, retrocavopretraqueales así como en la ventana aorticopulmonar.

Diagnósticos presuntivos: se plantearon aquellas patologías que se presentan como enfermedad pulmonar intersticial difusa con presencia de granulomas:

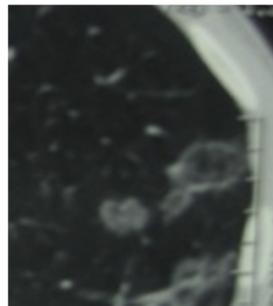
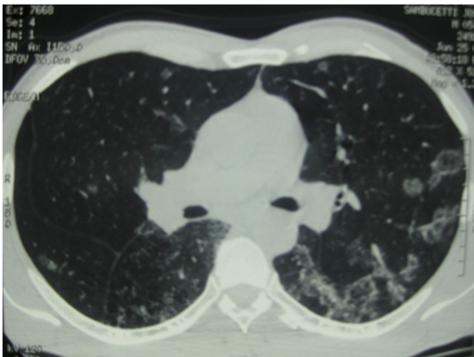
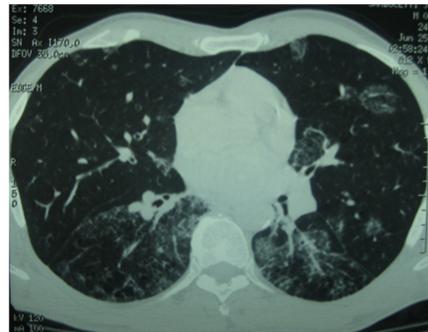
1. Neumonitis por hipersensibilidad
2. Sarcoidosis
3. Micosis
4. Tuberculosis
5. Silicosis.

La falta de respuesta a tuberculostáticos, en el contexto de un tratamiento empírico hizo reconsiderar el diagnóstico, sin excluirlo (probabilidad de multirresistencia).

Sin embargo, por la epidemiología lo reevaluamos poniendo el acento en la NHS y las micosis. No tenía epidemiología para silicosis, y siendo la sarcoidosis un diagnóstico de exclusión lo dejamos al final.

Un signo orientador:

Revisando estudios anteriores del paciente, se observa en una TC de tórax realizada hacia un año y medio, imágenes parcheadas de vidrio esmerilado con el **signo del “halo invertido”** en algunas localizaciones, es decir vidrio esmerilado rodeado de un halo de consolidación.



Se reciben las muestras de los exámenes de esputos que informan: directo y cultivo para gérmenes comunes y dos muestras para baciloscopia negativas.

En el examen de Esputo para hongos se observó en el directo elementos fúngicos compatibles con **Paracoccidioides**, y el cultivo e identificación informó **Paracoccidioides brasiliensis**.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: PARACOCCIDIOIDOMICOSIS

Conducta: Se suspende tratamiento antituberculoso y se inicia tratamiento con Itraconazol 200 mg/día

Evolución: El paciente evoluciona favorablemente con desaparición de la tos y de la disnea luego de 6 meses de tratamiento.

DISCUSIÓN:

La paracoccidioidomicosis es una micosis producida por el *Paracoccidioides brasiliensis*. Endémica en zonas tropicales y subtropicales de América Latina, especialmente Brasil, Paraguay, Venezuela, Argentina y Colombia. En Argentina: Chaco, Misiones, Corrientes, Formosa, Santa Fe y Entre Ríos. La mayoría son trabajadores.

Clinicamente es importante recordar los tres sitios de afectación más frecuentes: **Piel y mucosas:** con afectación de la mucosa bucofaringea. Puede afectar la laringe dando disfonía y/o disfagia, así como también la nariz y el tabique nasal (diagnóstico diferencial con leishmaniasis). **Ganglios:** En orden de frecuencia: cervicales, supraclaviculares, axilares e inguinales. Desde apenas palpables hasta muy voluminosos (diagnóstico diferencial con linfoma). **Pulmón:** Con sus diferentes formas clínicas (Asintomática, Pulmonar aguda o crónica, Diseminada aguda o crónica y Fibrosa residual) El diagnóstico se hará con la toma de muestras de secreciones pulmonares, cutáneas y ganglionares, y la visualización de la muestra en fresco donde se observarán células esféricas de membrana gruesa rodeados por una corona de elementos brotantes (Rueda de timón), aunque generalmente se ven solo 1 o 2 brotes.

El tratamiento de elección es con Itraconazol por vía oral por un tiempo de 6 meses.

En el paciente presentado se observó en la TC de tórax una imagen característica de esta enfermedad, el signo del "halo invertido".

El signo del "halo invertido" fue descrito por primera vez por Voloudakiet en 1996 en dos casos de neumonía organizada criptogenética. Posteriormente Kim et al. en 2003 bautizan este hallazgo con el término de signo del "halo invertido".

Se lo define en la TACAR como una opacidad central en vidrio deslustrado rodeada por un área de consolidación con forma de semiluna, formando más de tres cuartas partes de un círculo, o anillo formando un círculo completo de al menos 2mm de grosor.

Histopatológicamente el área central de atenuación en vidrio deslustrado corresponde a septos alveolares inflamados y detritus celulares y el anillo o semiluna periférica de consolidación del espacio aéreo es un área de neumonía organizada dentro de los ductos alveolares.

Se ha descrito en escasas patologías pulmonares distintas a la neumonía organizada criptogenética o secundaria, siendo el principal diagnóstico diferencial la paracoccidiomicosis pulmonar. Entre otras patologías se han informado casos aislados en Sarcoidosis, Neumonía Intersticial No específica (NSIP) y en la Granulomatosis Linfomatoidea.