

Open Acces



PNEUMÒNIES DE REPETICIÓ. COMPTE! SÓN IDÈNTIQUES...

Dr. M. Soler Pont, DUI. R. Caro i Dra. C. Mangrané

Consultori Castellvell
del Camp. CAP Llibertat,
Reus

**Adreça per a
correspondència:**
Marc Soler Pont

Adreça electrònica:
msoler.tgn.ics@gencat.
cat

RESUM

L'article descriu el seguiment d'una pacient amb pneumònia confirmada radiològicament, que en dies previs a la finalització de la pauta de tractament proposada, es va complicar amb una hemoptisi. Les hemoptisis acostumen a ser derivades a urgències, en aquest cas, però, no va caldre, gràcies al bon estat general de la pacient, les seves observacions, la revisió de les seves històries clíniques i la intuïció del seu metge d'Atenció Primària (més que la ciència). El bon saber fer dels companys de l'Atenció Hospitalària, va fer la resta, confirmant la sospita del metge de primària i resolent el cas. Es remarca la importància de la longitudinalitat de l'Atenció Primària així com de l'anamnesi i el manteniment de la història clínica del pacient al dia.

RESUMEN

El artículo describe la evolución de una paciente con neumonía confirmada radiológicamente, que en días previos a la finalización de la pauta de tratamiento propuesta, presentó una hemoptisis. Las hemoptisis suelen ser derivadas a urgencias, en este caso, sin embargo, no fué preciso gracias al buen estado general de la paciente, sus observaciones, la revisión de sus historias clínicas (de primaria y de hospital) y la intuición de su médico (más que su ciencia). El buen hacer de los compañeros de la Atención Hospitalaria, hizo el resto, confirmando la sospecha del médico de primaria y resolviendo el caso. Se remarca la importancia de la longitudinalidad de la Atención Primaria así como la importancia de la anamnesis y el mantenimiento de la historia clínica del paciente actualizada.

ABSTRACT

This article describes the evolution of a patient with radiologically confirmed pneumonia who, in the days prior to the end of the proposed treatment, presented hemoptysis. Hemoptysis is usually referred to the emergency room, in this case, however, it was avoided thanks to the preserved patient's general condition, her observations, the

review of her primary care and hospital medical records and the intuition of her GP (rather than his science). The good work of the colleagues in Hospital Care did the rest, confirming the suspicion of her GP and solving the case. The importance of the longitudinality of Primary Care is highlighted as well as the importance of the anamnesis and the maintenance of the updated clinical history of the patient.

PARAULES CLAU

Pneumònia de repetició, hemoptisis, tumor carci-
noide bronquial.

SUPORT FINANCER O ALTRES PER A LA REALITZACIÓ DEL TREBALL

No existeix cap suport financer ni interès comercial per part dels autors en la realització d'aquest treball.

INTRODUCCIÓ

Es descriu el cas d'una pacient amb pneumònies i hemoptisis de repetició. Episodis repetits en el temps però amb idèntiques imatges radiològiques per sorpresa del seu metge de capçalera.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

La Rosa té 63 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Exfumadora de 12-15 paquets any, no fuma des dels 33 anys. No té cap hàbit tòxic. Apendicectomia i histerectomia (2011). Diagnosticada d'asma extrínseca; al·lèrgia als àcars de la pols (2003), hipercolesterolèmia (2003), ansietat (2008), adenoma de colon (2016, pòlip serrat baix grau), gammapatia monoclonal (2017) i té una malformació a la paròtide (vascular de predomini venós) en seguiment pel servei d'Otorrinolaringologia (ORL).

El desembre del 2017 va presentar un quadre d'una setmana d'evolució amb dolor osteomuscular generalitzat i febre de fins a 39°, amb tos sense expectoració però amb basques. A l'exploració física presentava relatiu bon estat

general amb febrícula (37.4°C) amb una exploració ORL anodina i murmuri vesicular conservat a l'auscultació. Es va orientar com una infecció vírica, probablement gripal i es van pautar antitèrmics.

Al cap de 48 hores va tornar. Tot i l'antitèrmic, la febre no havia desaparegut, tenia dolor al costat dret i la tos era productiva. L'exploració física no va variar respecte a la de la visita prèvia. Amb la sospita d'infecció de vies respiratòries baixes es va iniciar levofloxacina i es va sol·licitar una radiografia urgent que va mostrar una pneumònia lobar inferior dreta. Es va explicar el resultat de la radiografia via telefònica, es va reafirmar el tractament i es van repassar els signes d'alarma. Es va acordar nova visita si aquests apareixien i en cas contrari seguiment ambulatori en una setmana per tal de reconsiderar el tractament. Set dies després, es va constatar que la febre havia desaparegut al cap de poc d'iniciar l'antibiòtic i la tos era pràcticament inexistent. Tot i que la Rosa es trobava millor, s'optà per mantenir l'antibiòtic una setmana més. Al cap de 4 dies va sol·licitar una nova visita. Havia presentat expectoració hemoptoica, portava mocadors amb glevs de sang. La Rosa va comentar que no era el primer cop. Havia tingut altres infeccions respiratòries amb esput hemoptoic, anys enrera.

Es va revisar a fons la seva història clínica. Entre els antecedents personals no hi figurava cap episodi d'hemoptisi. La Rosa recordava que el 2014, després d'esputar sang, la van derivar a l'hospital on li van fer diverses proves. No es va trobar cap placa de tòrax del 2014, però sí una del juliol del 2011 amb el diagnòstic de pneumònia. En comparar-les la sorpresa va ser que la pneumònia del 2011 era idèntica a la d'ara (imatge 1).

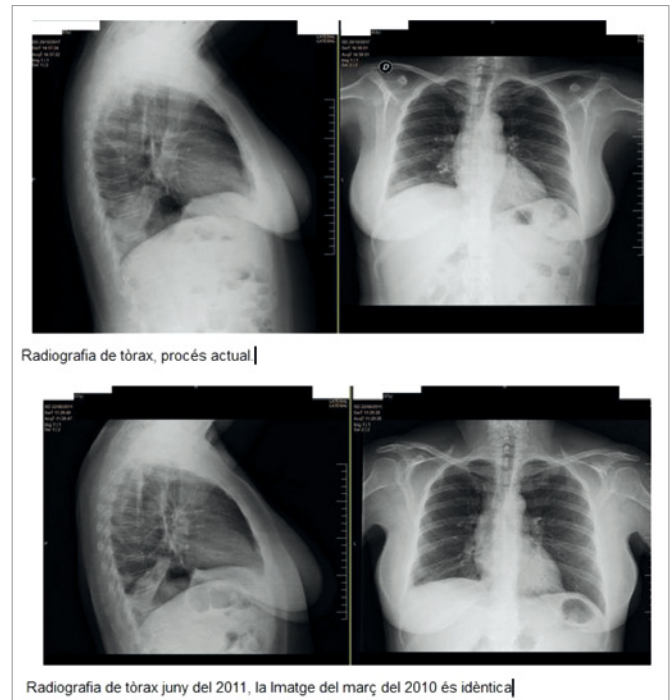
Tot i el relatiu bon estat genera: afebril, sense dispnea i sense troballes rellevants a l'exploració física; es va reconsiderar el tractament i s'acordà afegir claritromicina i revalorar en 24 hores amb instruccions clares de que si quelcom es torçava, anés a urgències.

Un cop acabades les consultes i evitant la reunió del migdia, es va revisar la història hospitalària i d'Atenció Primària, ja és fotut que no estiguin unificades, penso. El primer episodi hemoptoic és del març del 2010! BK: negatiu, cultius d'esput: negatiu, TAC-PET 2014 atelèctasi lobar inferior, probablement bronquiectàsica...

Mentre feia la revisió es va poder parlar amb la radiòloga; que va confirmar la pneumònia i l'atelèctasi i van suggerir una nova radiografia per assegurar la total curació malgrat que la imatge fos idèntica a la placa del 2011.

Es va repassar l'etiologia de l'hemoptisi¹: 60% infeccioses: BK negatives, la clínica tampoc quadra massa amb una tuberculosi; pneumònies i bronquiectàsies, sí ja; abscess pulmonar, després de tants dies sense febre i havent millorat clínicament?, massa rebuscat.

Figura 1. Radiografies de tòrax 2018 vs 2011.



Neoplàsies són el 20%: un carcinoma broncogènica?; un adenoma bronquial?; no té neoplàsies primàries per pensar en metàstasis... almenys que sapiguem.

Les de causa cardiovascular són un 5%... la veritat pensar en un infart pulmonar, no sabria descriure'n la clínica, penso, però m'imagino un quadre més agut; no té bufs cardíacs per pensar en estenosi mitral; potser una malformació arterio-venosa?

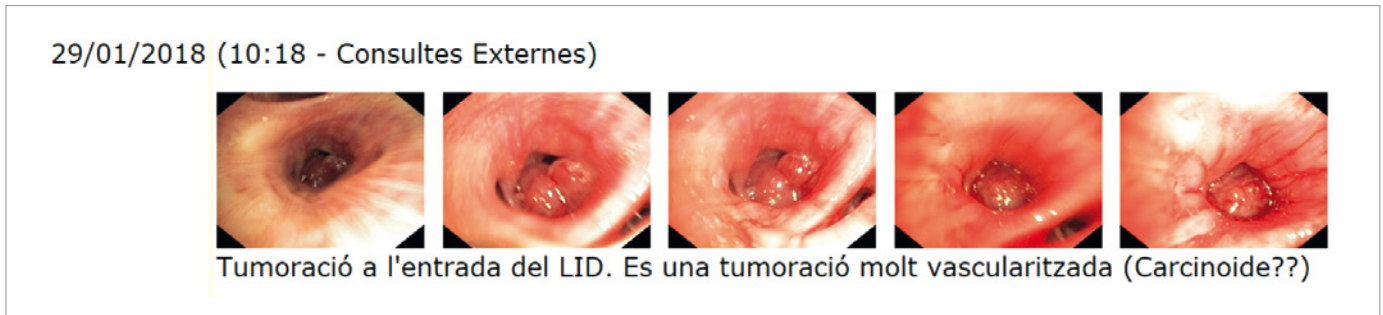
Altres causes: Good-Pasture, vasculitis i malalties del teixit connectiu, alteracions de la coagulació... caldrà sol·licitar analítica, torno a pensar.

Es va revisar el diagnòstic diferencial de l'atelèctasi²: obstrucció intrínseca o extrínseca de la via aèria: cos estrany, tumors, tap mucós, adenopaties; cirurgies toràciques i/o abdominals, decúbits perllongats; vessament pleural, pneumotòrax...

Abans de plegar es va trucar a la Rosa. Li varem explicar que actuava més per intuïció que per raons purament clíniques o científiques... la incertesa insalvable de l'AP... "Unes imatges tan similars, en repetides ocasions... prefereixo derivar-te a la Unitat de Diagnòstic Ràpid (UDR)". Hi va estar d'acord.

L'endemà ens vam tornar a veure. Una setmana després la pacient ens va confirmar que l'hemoptisi havia desaparegut; malgrat tot manifestava astènia. Ens va notificar que la setmana següent la visitaven a la UDR. Presentava bon estat general, l'exploració física era la de sempre, per sort, sense l'hemoptisi.

Figura 2. Imatges broncoscòpia.



La UDR va sol·licitar broncoscòpia i TAC.

TAC: Mediastí sense adenopaties valorables. A parènquima pulmonar s'observa atelèctasi de LID sense canvis respecte a TAC-PET del 2014. No hi ha cap altra troballa pulmonar, ni alteracions pleurals. Fetge, melsa, pàncrees, via biliar, bufeta de la fel i suprarenals sense alteracions valorables.

Broncoscòpia: Cordes mòbils i simètriques, sense lesions. Laringe i tràquea normals. Carina centrada i esmolada. S'exploren ambdós arbres bronquials fins al límit de l'instrument apreciand-se lesió tumoral llisa i molt vascularitzada a l'entrada de la piràmide basal dreta. Per l'aspecte podria ser un tumor carcinoide. Es realitza punció produint-se sagnat molt important que obliga a instil·lar repetidament sèrum fred i adrenalina fins a contenir l'hemorràgia. No es realitzen biòpsies pel risc de sagnat no controlable. Diagnòstic: Tumoració llisa a l'entrada de la piràmide basal dreta.

BAS pre i post broncoscòpia, citologia líquida: negatiu per a cèl·lules malignes. Atípia cel·lular.

Cirurgia (abril 2018): Toracotomia posterolateral, Lobectomia inferior dreta + Dissecció del mediastí limfadenectomia + broncoplastia.

L'anatomia patològica confirma la sospita diagnòstica, sense infiltració limfàtica. Tumor carcinoide típic R0 pT1aN0(0/16) M0.

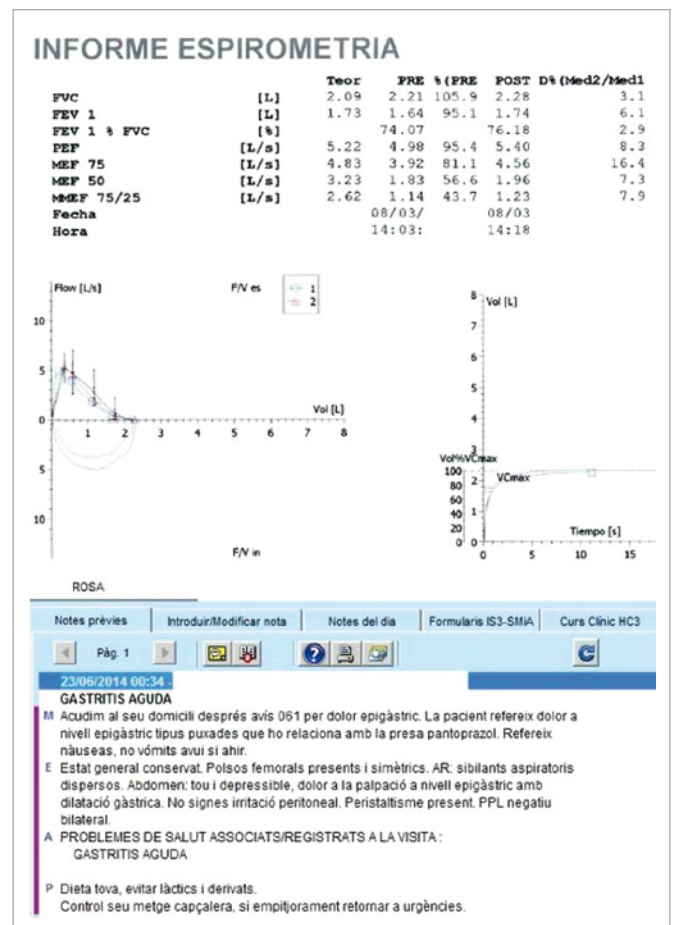
REFLEXIÓ

Els tumors carcinoïdes bronquials són tumors neuroendocrins rars (1 a 2% de tots els càncers de pulmó en adults). Són de creixement lent i afecten pacients entre la cinquena i la setena dècada de vida. Tot i que acostumen a ser benignes o només localment invasors, els que afecten els bronquis solen ser malignes. El diagnòstic s'obté mitjançant proves d'imatge, broncoscòpia i confirmació histològica, i el tractament és fonamentalment quirúrgic³.

La meitat dels pacients amb carcinoide bronquial són asimptomàtics, i l'altra meitat presenten símptomes d'obstrucció de

les vies aèries, com dispnea, sibilàncies i tos, que sovint condueix a un diagnòstic erroni d'asma⁴; la Rosa va ser diagnosticada d'asma el 2003, de fet va rebre immunoteràpia privada punxada al consultori local des del desembre del 2012 al juliol del 2015... no es disposa d'espirometries prèvies al diagnòstic que ens ocupa. La primera disponible és d'abans de la intervenció i no es va fer amb broncodilatació. Una feta el març del 2019 mostra una prova broncodilatadora negativa tal com es veu en la imatge 3.

Figura 3. Espirometria i nota de curs clínic.



També són freqüents la pneumònia recidivant, la hemoptisi i el dolor toràctic⁴.

Les síndromes paraneoplàsiques, com la síndrome de Cushing per ACTH ectòpica, l'acromegàlia deguda a la producció ectòpica de factor alliberador de somatotropina i la síndrome de Zollinger-Ellison per producció ectòpica de gastrina, són més freqüents que la síndrome carcinoide (rubor, diarrea i broncoespasme), que apareix en < 3% dels pacients amb el tumor⁴.

I, sí, la Rosa també va patir gastritis com es pot objectivar en la imatge 3.

La visió longitudinal dota el metge de família d'un gran avantatge diagnòstic. En aquest cas, però, la longitudinalitat es va veure alterada pels inevitables "relleus" professionals: les dues primeres assistències es van realitzar per un metge d'Atenció Continuada per vacances del metge titular.

La duplicitat d'històries clíniques en aquest cas tampoc va ajudar massa. En l'àrea on resideix la Rosa l'Hospital i la Primària són gestionades per diferents proveïdors sanitaris i servidors. És fàcil que allò que és visitat en un lloc no es reflecteixi en l'altre i viceversa.

En aquest cas el comentari de la Rosa durant l'anamnesi d'una de les seves visites va posar al descobert un problema repetitiu, no resolt, que finalment es va poder diagnosticar i resoldre evitant complicacions futures.

Una història clínica única on tots els professionals puguin registrar preserva l'efectivitat de les accions mèdiques, ja que la informació és útil i sovint vital a l'hora de prendre decisions que sense cap mena de dubte estan lligades a la salut i seguretat dels nostres pacients.

AGRAÏMENTS

Els autors agraeixen la col·laboració de la Rosa i de l'Hospital de referència.

BIBLIOGRAFIA

1. Guías para la consulta de Atención Primaria. 3ª edición, 2008. Casitérides S.L y autores.
2. Manual MSD versión para profesionales. Atelectasias. Başak Çoruh, MD, University of Washington; Alexander S. Niven, MD, Uniformed Services University of the Health Sciences. Última modificació abr. 2019. Disponible a <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-pulmonares/bronquiectasias-y-atelectasias/atelectasias>.
3. Tumor carcinoide bronquial como causa de neumonías de repetición en paciente joven: papel del 111In-pentetreotida en el contexto de las pruebas de imagen. Arch Bronconeumol. 2015; 51(3) :e16–e18. Paloma García-Talavera,

María Rosa López-Pedreira, Marian Udaondo, José María Matilla, Juan Gabriel Villanueva, Henar Borrego.

4. Manual MSD, versión para profesionales. Carcinoide bronquial. Robert L. Keith, MD, Division of Pulmonary Sciences and Critical Care Medicine, Department of Medicine, Eastern Colorado VA Healthcare System, University of Colorado. Última modificación del contenido jul. 2020. Disponible a <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/tumores-de-los-pulmones/carcinoide-bronquial>.

Com citar l'article: Soler Pont M, Caro R, Mangrané C. Pneumònies de repetició. Compte! són idèntiques... But At Prim Cat 2022;40:12.