

Caso clínico SOCALPAR: Masa pulmonar cavitada en paciente fumador.

Autores: M. Iglesias Heras; M. Jiménez Ruiz; R. Pelayo Crespo; J.M Cifrián Martínez
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Varón de 48 años, que trabaja como funcionario, fumador de unos 40 paquetes/año.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Cuadro de 3 semanas de evolución de tos seca y fiebre intermitente, acompañados de astenia, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada. No dolor torácico ni expectoración. Cinco días antes del ingreso, presenta fiebre (39 °C), por lo que se inicia tratamiento antibiótico con Amox./Clav. sin mejoría, e ingresa con la siguiente Rx. de tórax (fig.1) para estudio.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Sin hallazgos significativos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: 13400 leucocitos (84% segmentados, 9% linfocitos); VSG 94mm/h. Resto dentro de los rangos de la normalidad.

Bioquímica: GGT 190, Fosfatasa alcalina 146, PCR 21.9. Resto dentro de los rangos de la normalidad.

Rx./TAC Tórax: (fig.1)



Citología/tinción auramina esputo x3: Negativas.

Broncofibroscopia: Secreciones purulentas en lobar superior izquierdo y engrosamiento de las carinas intersegmentarias del lobar inferior izquierdo.

EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO:

Se inicia tratamiento con cefotaxima y clindamicina e.v., con empeoramiento general. Se decide la realización de BFC y TAC torácico y el cambio a piperacilina/tazobactam y amikacina.

En la citología del BAS se observa metaplasia escamosa atípica, por lo que se presenta en sesión y se decide repetir la BFC con toma de muestras más exhaustivas (BAL y cepillo protegido) y PAAF transtorácica.

El mismo día de la realización de esta segunda BFC se aísla en BAS de la anterior: ***Rhodococcus equi*** resistente a: Penicilina, Cefotaxima, Clindamicina y Cotrimoxazol.

Ante este hallazgo y el antibiograma, se decide tratamiento antibiótico específico con: Claritromicina y Rifampicina, mejorando y desapareciendo la fiebre en las primeras 24h y el cuadro general en pocos días.

Con la confirmación de la infección por *Rhodococcus equi*, se realiza estudio de VIH: **Serología VIH positiva, Recuento CD4:** 85 cel/u, **Carga viral:** 818.000 copias/ml

A los pocos días de comenzar el tratamiento, presenta un rash cutáneo, pruriginoso, que se asocia a rifampicina, que se substituye por Ciprofloxacino. De forma paralela se inicia tratamiento antiretroviral y profilaxis para pneumocystis.

EVOLUCIÓN AMBULATORIA:

Al mes del alta, estando asintomático, se retira la Claritromicina tras tres meses de tratamiento. Rx. Tórax: Disminución del volumen y de la cavitación, con aspecto de masa.

A los cuatro meses, refiere artralgia de tobillo izquierdo. Ante la sospecha de toxicidad por el ciprofloxacino, se disminuye la dosis a 500mg/12h.

TAC torácico: Masa triangular sin cavitaciones, de unos 5 cm., que contacta con pleura, sin infiltrarla. Mínimo infiltrado en lóbulo medio.

En los controles posteriores a los 6, 9 y 12 meses, el paciente no presenta novedades, persistiendo la artralgia en el tobillo izquierdo a pesar de disminuir la dosis de ciprofloxacino y mejorando la imagen radiológica, perdiendo volumen la masa en lóbulo inferior izquierdo.

En el control de los 15 meses, refiere aumento de las artromialgias en rodilla izquierda y en ambos tobillos por lo que se suspende ciprofloxacino.

Por esta razón, es valorado por Ortopedia y se solicita una RMN:

- Recuento CD4: 460; Carga viral: <40 copias/ml
- RMN tobillo izquierdo: Rotura crónica de ligamento peroneo-astragalino anterior izquierdo.
- TAC Tórax: El estudio realizado muestra la existencia de tractos lineales de tipo cicatricial a la altura del segmento VI izquierdo.



DISCUSIÓN:

Rhodococcus equi es un germen GRAM positivo pleomórfico, que raramente produce infección en humanos, la gran mayoría en pacientes inmunodeprimidos, en especial VIH +¹. La infección respiratoria es la más frecuente, con cuadros neumónicos subagudos, presentando con frecuencia cavitación (50%) y derrame pleural (20%). Pero también se han descrito neumonías en pacientes inmunocompetentes, que suelen presentar imágenes cavitadas en la radiografía².

En este caso se trataba de un paciente sin factores de riesgo para inmunosupresión, fumador, que presenta imagen cavitada sugestiva de malignidad, por lo que la primera opción es realizar un diagnóstico anatomopatológico. La presencia en una primera citología de células atípicas dirigió los estudios hacia una neoplasia, pero dicha metaplasia se puede deber a infecciones víricas o subagudas o crónicas.

Conclusión: En masas cavitadas con mala evolución clínica inicial es importante realizar diagnóstico diferencial entre neoplasia pulmonar e infección en inmunodeprimido (VIH).

JUICIO DIAGNÓSTICO:

1. **Neumonía en lóbulo inferior izquierdo por *Rhodococcus equi***
2. **SIDA en estadio C3**
3. **Rotura de ligamento peroneo-astragalino anterior izquierdo secundaria a tratamiento prolongado con Ciprofloxacino.**

1.-Lasky, JA, Pulkingham, N, Powers, MA, Durack, DT. *Rhodococcus equi* causing human pulmonary infection: Review of 29 cases. *South Med J* 1991; 84:1217.

2.-Verville, TD, Huycke, MM, Greenfield, RA, et al. *Rhodococcus equi* infections of humans. 12 cases and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1994; 73:119.