

Coordinador: Manuel de la Llata-Romero

Colaboradores: Juan Urrusti-Sanz

Jesús Aguirre-García

Adalberto Poblano-Ordóñez

Mujer de 30 años de edad con cuadro febril, emaciación y dolor súbito en el costado izquierdo

Néstor G. Cruz-Ruiz,^{a*} Haiko Nellen-Hummel^a y Norma Rivera-Martínez^b

Departamentos de Medicina interna^a y Patología,^b Hospital de Especialidades,
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México D.F., México

Presentación del caso

Mujer de 30 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que inició su padecimiento un mes previo a su ingreso hospitalario con astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso de aproximadamente 10 kg, tos, expectoración, fiebre de 39°C y sudoraciones nocturnas. Veinticuatro horas antes de su internamiento, manifestó dolor de costado izquierdo, de instalación brusca y disnea progresiva. A la exploración física se apreció aspecto caquéctico, sin adenomegalias y el murmullo vesicular está se encontró

Cuadro I. Resultados de la biometría hemática y del VIH

Hemoglobina	8.0 g/dL
Hematocrito	24.4 %
Plaquetas	383,000
Leucocitos	10,800
Neutrófilos	8,700
Linfocitos	2,100
VCM	76
HCM	24
VIH	Negativo

VCM = Volumen corpuscular medio; HCM = Hemoglobina corpuscular media. VIH= Virus de la inmunodeficiencia humana.

Cuadro II. Resultados de la química sanguínea

Glucosa	130 mg/dl
Urea	11 mg/dl
Creatinina	0.9 mg/dl
BUN	9 mg/dl
VSG	110
Bilirrubina total	1.2
Bilirrubina directa	0.4
Bilirrubina indirecta	0.8
Fosfatasa alcalina	240

BUN = Nitrógeno ureico; VSG = velocidad de sedimentación globular.

Cuadro III. Resultados del análisis bioquímico del exudado pleural

pH	7.1
Colesterol	75 mg/dl
DHL	210 mg/dl
Proteínas	3.5 g/dl
Glucosa	60 mg/dl

DHL = Deshidrogenasa láctica.

abolido en el pulmón izquierdo. Los resultados del laboratorio revelaron anemia microcítica hipocrómica, 10800 leucocitos/mm³, hipoproteíemia, velocidad de sedimentación globular (VSG) 110, y VIH negativo (Cuadro I). El resto de los exámenes fue normal (Cuadro II).

En las radiografías de tórax, se observó colapso de pulmón izquierdo y derrame pleural con imágenes de infiltrado en su interior, así como desplazamiento de la silueta cardíaca (Figuras 1-3).



Figura 1. Rx de tórax AP con neumotórax izquierdo.

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Néstor G. Cruz-Ruiz. Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, 06725. México D.F., México. Tel.: (52 55) 5627 6900 ext. 21544. Fax: (52 55) 5578 9521. Correo electrónico: rotsen6666@hotmail.com.

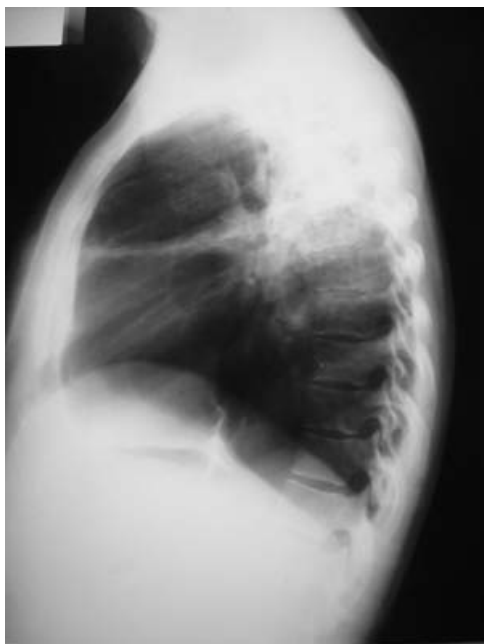


Figura 2. Radiografía de tórax lateral izquierda que muestra la presencia de neumotórax.



Figura 3. Radiografía anteroposterior de tórax que muestra el infiltrado pulmonar.

Se colocó tubo de drenaje intercostal durante 72 horas, se reexpandió el pulmón y se drenaron 1200 ml de líquido pleural con características de exudado (Cuadro III).

El bacilo ácido alcohol resistente (BAAR), junto con el cultivo del líquido pleural en medio de Lowenstein, resultó positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (+++) (Figuras 4 y 5).

Discusión clínica

La paciente no tenía antecedentes patológicos de importancia; el cuadro clínico se presentó en forma espontánea con

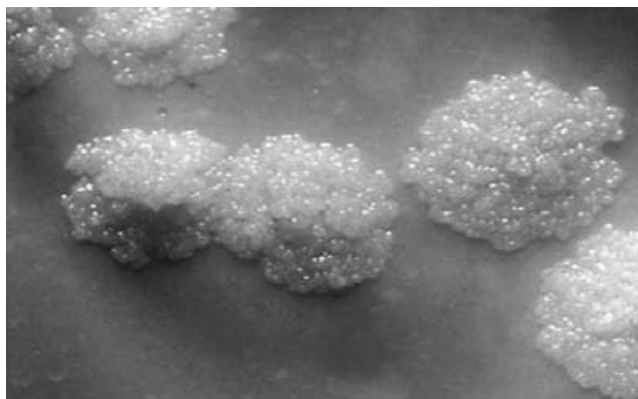


Figura 4. *Mycobacterium tuberculosis* en medio de Lowenstein-Jensen.

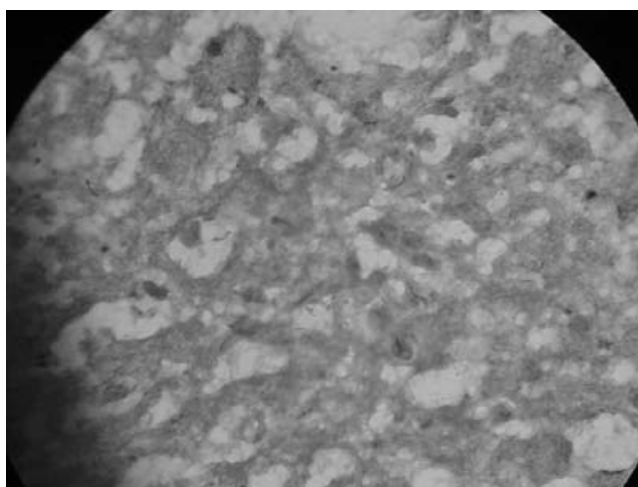


Figura 5. *Mycobacterium tuberculosis* en medio de Lowenstein-Jensen.

disnea progresiva y dolor en el costado izquierdo. Al interrogatorio, informó haber iniciado su padecimiento hace un mes con astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso de aproximadamente 10 kg, tos, expectoración, fiebre de 39° y sudoraciones nocturnas.

Entre las posibilidades diagnósticas por considerar, se encuentran las siguientes:

- la patología neoplásica, específicamente carcinoma broncogénico,
- procesos infecciosos, principalmente tuberculosis pulmonar y por último
- enfermedades de la colágena.

Al momento de su ingreso la prioridad fue resolver su problema respiratorio. Clínicamente acusaba datos compatibles con neumotórax,¹⁻⁷ por lo cual se solicitaron radiografías de tórax que confirmaron el colapso del pulmón izquierdo.⁸

El aire había desplazado al *hilum*, lo que fue causando neumomediastino y aumento de la presión mediastinal con el rompimiento de las pleuras parietal y mediastinal, provocan-

do el neumotórax; se apreció también derrame pleural con imágenes de infiltrado en su interior, así como desplazamiento de la silueta cardíaca. Se procedió a colocar sello endopleural que se mantuvo por 72 horas y se corroboró, tanto clínicamente como por imagen, expansión del 100%, por lo que se decidió el retiro del mismo.⁹⁻¹⁴ El líquido del derrame pleural tenía aspecto exudativo, según los criterios de Light; se analizó mediante citología, BAAR, tinción y cultivo. La citología no puso en evidencia células neoplásicas y los exámenes inmunológicos estaban dentro de lo normal (ANA, antiDNA y factor reumatoide negativos).

Demostrada la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, se inició tratamiento antifímico de acuerdo con las normas habituales establecidas, utilizando cuatro fármacos, primero rifater (rifampicina, isoniacida, piracinamida) y etambutol por dos meses (60 dosis) y, posteriormente, Rifinha (rifampicina e isoniacida) por cuatro meses más (45 dosis). La paciente respondió adecuadamente al tratamiento.

Al desaparecer los signos clínicos de la enfermedad y al obtener resultados negativos en las baciloscopias y los cultivos practicados durante los últimos dos meses, se consideró como curada a la paciente, manteniéndola en observación en la consulta externa.

Referencias

1. Jantz MA, Pierson DL. Pneumothorax and barotrauma. Clin Chest Med 1994;15:75-91.
2. Kinasewitz GT. Pneumothorax. Semin Resp Crit Care Med 1995;16:293-302.
3. Tanaka F, Itchy M, Esaki H, Isobe J, Veno Y, Inove R. Secondary spontaneous pneumothorax. Ann Thorac Surg 1993;55:372-376.
4. Díaz Rojas F, Cordova Gutiérrez H, Aguirre Gas E. Neumotorax espontáneo asociado a tuberculosis pulmonar activa. Prensa Med Mex 1978;43: 282-286.
5. Belmonte R, Crowe II M. Pneumothorax in patients with pulmonary tuberculosis. Clin Infect Dis 1995;20:1565.
6. Ihm HJ, Hankins JR, Miller J E, McLaughlin JS. Pneumothorax associated with pulmonary tuberculosis. J Thorac Cardiovasc Surg 1972;64:211-219.
7. Wilder RJ, Beachan EG, Ravitch MM. Spontaneous pneumothorax complicating cavitary tuberculosis. J Thorac Cardiovasc Surg 1962;43:561-573.
8. Steven A, Sahn MD and Jhon E. Spontaneous pneumothorax. The New England Journal of Medicine 2000;23:868-874.
9. Nkere UU, Griffin SC, Fountain SW. Pleural abrasion: a new method of pleurodesis. Thorax 1991;46:596-598.
10. Seremetis MG. The management of spontaneous pneumothorax. Chest 1970;57:65-68.
11. Nappen M, Verbanck S, Van herreweghe, Meysman M. Musica; a new cause of primary spontaneous pneumothorax. Thorax 2004;59:722-724.
12. Henry MT. Simple sequential treatment for primary spontaneous pneumothorax: one step closer. Eur Respir 2006;27:448-450.
13. Henry MT, Arnold T, Harvey J. For the BTS Standards of Care Committee. BTS Guidelines for the management of spontaneous pneumothorax. Thorax 2003;58(Suppl. 2):39ii-58ii.
14. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, Light R, Kirby TJ, Klein J, et al. Management of spontaneous pneumothorax. An American College of Chest Physicians Delphi Consensus Statement. Chest 2001;119: 590-602.