

REVISTA DE
PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



NOTA CLÍNICA

Resolución de múltiples nódulos pulmonares cavitados con el abandono del hábito tabáquico como único tratamiento

M.L. Estévez^{a,*}, C. Pinedo^a, M. Rodríguez Masi^b, I. Guerassimova^a, P. Benedetti^a, B. Cabeza^b y G. Rodríguez Trigo^a

^aServicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 28 de abril de 2012; aceptado el 6 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Histiocitosis X;
Células de
Lángerhans;
Enfermedad pulmonar
intersticial

Resumen El término histiocitosis hace referencia a un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la infiltración de células de Langerhans (CL) en diferentes órganos. La histiocitosis pulmonar (HP) es una enfermedad poco frecuente que afecta típicamente a adultos jóvenes. Su patogenia no es bien conocida, aunque se ha observado una relación con el tabaquismo, por lo que la primera medida de tratamiento que se debe realizar es el abandono de éste. Presentamos un caso de histiocitosis pulmonar que evolucionó en seis meses de forma favorable, clínica, funcional y radiológicamente como consecuencia del abandono del tabaco como único tratamiento.

KEYWORDS

Histiocytosis X;
Langerhans cells;
Interstitial lung
disease

Resolution of multiple cavitated lung nodules with smoking cessation as the only treatment

Abstract The term histiocytosis refers to a heterogeneous group of diseases characterized by the infiltration of Langerhans cells (LC) in different organs. Pulmonary Histiocytosis (PH) is an uncommon disease that typically affects young adults. Its pathogeny is not well known, although a relationship with smoking has been observed. Thus, the first treatment measure should be smoking cessation. We present a case of pulmonary histiocytosis that showed a favorable clinical, functional and radiological course in six months as a consequence of using smoking cessation as the only treatment.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malorena@gmail.com (M.L. Estévez).

Introducción

La histiocitosis pulmonar es una enfermedad poco frecuente, que afecta con mayor frecuencia a los adultos jóvenes. Su causa aún no se conoce, pero se ha observado repetidamente que tiene una importante relación con el consumo de tabaco. Las manifestaciones clínicas más habituales son la tos y la disnea, aunque también muchas veces es asintomática. El diagnóstico se sugiere por los hallazgos encontrados en la tomografía computarizada torácica y se confirma con la identificación de células de Langerhans en el lavado broncoalveolar o en la biopsia transbronquial. En los enfermos en los que se sospecha la existencia de una histiocitosis X y los resultados de las muestras fibrobroncoscópicas son negativas puede recurrirse a una biopsia pulmonar por videotoracoscopia. El pronóstico es variable. Puede resolverse de forma espontánea, evolucionar hacia una fibrosis pulmonar o mantenerse con un curso estable poco progresivo. Se presenta el caso de un enfermo que tuvo una rápida evolución favorable tras abandonar el consumo de tabaco.

Observación clínica

Se trata de un varón de 26 años de edad, administrativo de profesión, fumador de 10 cigarrillos al día, consumidor ocasional de hachís, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acudió al servicio de urgencias por un cuadro de febrícula y tos sin expectoración de unas seis semanas de duración. No refería dolor torácico, disnea ni síndrome constitucional alguno. Había realizado viajes a Inglaterra y Portugal en el mes previo al comienzo de los síntomas. Negaba relaciones sexuales de riesgo. Había tenido dos hámsters en su casa, que precisamente habían fallecido en los quince días previos a su ingreso actual. También reconocía tener contacto con palomas, que se posaban en el alfeizar de su ventana. En el examen físico destacaba una cierta

palidez cutánea y una temperatura de 37,7 °C. Estaba eupneico en reposo, con una saturación de oxígeno basal del 97%. En la auscultación pulmonar se evidenciaba una disminución generalizada del murmullo vesicular. El resto de la exploración era normal.

En el hemograma se observaba una hemoglobina de 14,4 g/dl, un volumen corpuscular medio (VCM) de 88 fl, 9.100 leucocitos/mm³ (neutrófilos 79% y linfocitos 13%) y 321.000 plaquetas/mm³. El estudio de coagulación era normal. La bioquímica sérica mostró los siguientes hallazgos: glucosa 85 mg/dl, urea 26 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl, sodio 140 mmol/l, potasio 4,3 mmol/l, gamma-glutamilttransferasa 130 UI/l, transaminasa glutámico-oxalacética 83 U/L, transaminasa glutámico-pirúvica 39 UI/l, fosfatasa alcalina 106 UI/l, bilirrubina total 0,7 mg/dl, fibrinógeno 660 mg/dl y proteína C reactiva 8 mg/l. En la radiografía de tórax se evidenciaba un patrón micronodular bilateral (fig. 1).

El enfermo ingresó en el Servicio de Neumología con el juicio diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y la sospecha de una tuberculosis pulmonar. Se inició un tratamiento con amoxicilina-clavulánico (1 g/8 horas) y azitromicina (500 mg/24 horas). La tinción de Ziehl-Neelsen de esputo realizada urgentemente fue negativa. También lo fueron el test de Mantoux y el análisis serológico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En la tomografía computarizada (TC) torácica se apreciaron unas lesiones quísticas y unos nódulos pulmonares bilaterales, alguno de ellos cavitados, de localización predominante en los campos pulmonares medios y superiores. No existían adenopatías mediastínicas, hiliares, supraclaviculares ni axilares de tamaño significativo (fig. 2). Los hallazgos eran compatibles con una histiocitosis X, una micosis pulmonar y, menos probablemente, con una vasculitis. El estudio del complemento, de las inmunoglobulinas y de los autoanticuerpos en suero fue normal o negativo. En la exploración funcional respiratoria los resultados fueron los siguientes: capacidad vital forzada (FVC) 5.260 ml (94%), volumen espiratorio for-

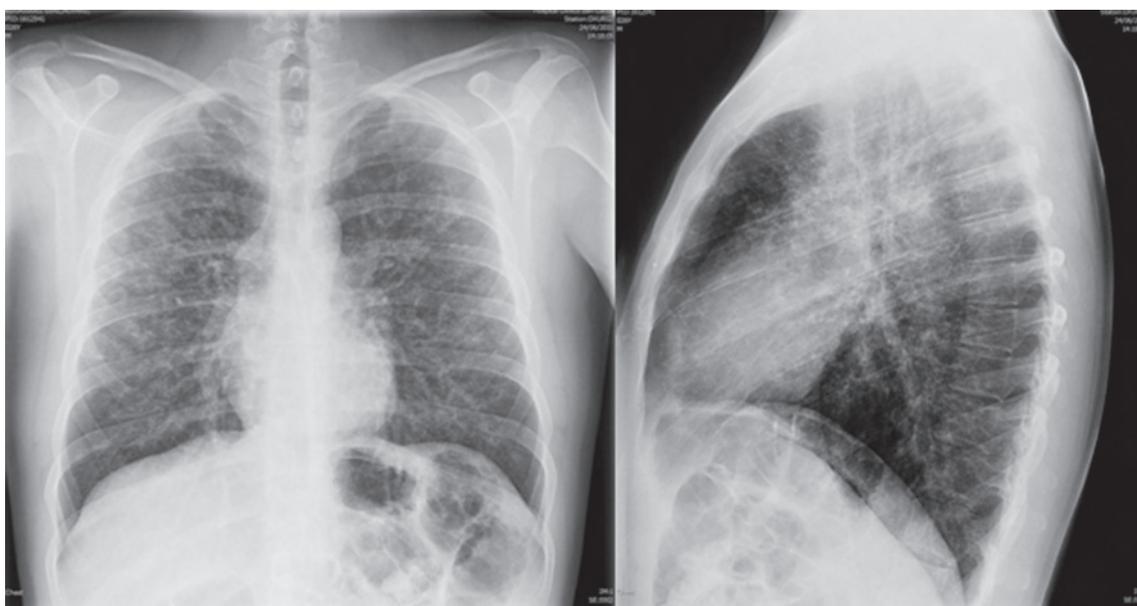


Figura 1 Radiografía posteroanterior y lateral de tórax en la que se observa un infiltrado reticulonodular bilateral de localización predominante en los campos pulmonares medios y superiores.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2686980>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2686980>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)