

Departamento de Medicina Interna.
(Prof. J. Tornos).
Ciudad Sanitaria Francisco Franco.
Barcelona.

EMBOLISMO PULMONAR ULCERADO

M. Vilardell, R. Romero, A. Brullés, N. Magriñá,
F.J. Fuentes y L. Pedro Solé.

Introducción

El embolismo se considera como un factor etiológico en un pequeño número de casos de absceso pulmonar. Según Sisk¹ en un 4,4 % de su larga serie. En ocasiones los émbolos están infectados inicialmente, aunque han sido descritos numerosos casos de absceso pulmonar secundarios a embolismos pulmonares asépticos²⁻⁶. La cavitación de un infarto pulmonar, sin formación de absceso fue observado en un 5 % en la serie de Soncheray⁷, pensado en la posibilidad de que la administración de antibióticos previno una infección secundaria.

Chester y Kraux⁸ encontraron que el absceso pulmonar era con frecuencia el hallazgo de entrada, ocultando el infarto subyacente que sólo se ponía de manifiesto en el examen necrópsico.

Debido a lo infrecuente de la aparición de una cavitación pulmonar secundaria a un embolismo, es por lo que presentamos el caso que se describe.

Observación clínica

Paciente de 58 años de edad, sin antecedentes profesionales de interés, con antecedentes patológicos de bronquitis crónica. Un año antes de su ingreso en el hospital

inicia disnea a grandes esfuerzos, intensificación de la tos con expectoración mucosa. El motivo de su ingreso fue el aumento progresivo de la disnea que pasó a ser de reposo. A la exploración vimos a un paciente normotipo, con buena coloración de piel y mucosas, con un tórax distendido con disminución global de las vibraciones vocales y disminución del murmullo vesicular. El resto de la exploración era normal.

En los datos de laboratorio existía una leucocitosis (13.700), un pH de 7,46 y una PCO₂ de 30 mm. Hg, la oximetría era de 94 %. Una VSG de 50 a la 1.^a hora. El resto de las pruebas fueron normales (glucosa, urea, colesterol, lípidos, ácido úrico, ionograma, pruebas hepáticas, proteinograma, lacticodehidrogenasa, isoenzimas LDH. El examen de esputo fue negativo así como las baciloscopias repetidas y el examen de BK en medio de Lowenstein.

En la radiografía de tórax del ingreso mostraba como datos patológicos de interés: imagen de bullas enfisematosas en el lóbulo inferior derecho e imagen sugestivas de hipertensión arterial pulmonar (fig. 1). El EEG era normal.

A los ocho días de estar ingresado presenta un cuadro de fiebre (39°), dolor en extremidad inferior izquierda, y a las pocas horas dolor en punta de costado izquierdo, con tos y expectoración hemoptoira. La semiología pulmonar no ha variado con relación al ingreso, únicamente se apreció la existencia de una tromboflebitis de la extremidad inferior izquierda. Se realizó una radiografía de tórax que mostró en el lóbulo inferior izquierdo una ulceración con bordes bien definidos y un pequeño nivel líquido en su interior. Imagen similar se apreciaba en las tomografías (fig. 2).

Se practicó una gammagrafía pulmonar que mostró imágenes hipocaptantes en ambos hemitórax y una angiografía pulmonar (fig. 3) mostró que el proceso embólico se situaba en la vascularización de ambos pulmones. La rama izquierda de la arteria pulmonar apare-

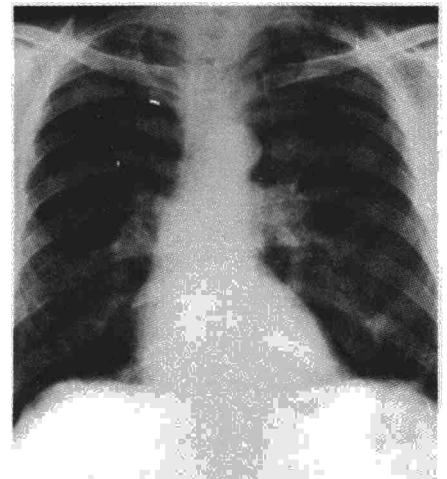


Fig. 1. Radiografía P.A. de tórax que muestra una prominencia marcada de arteria pulmonar izquierda e imágenes de bullas en hemitórax derecho.

ce bien perfundida en su tronco pero después se aprecian zonas de avascularización que corresponden al segmento inferior del lóbulo superior y lóbulo medio, así como el basal lateral posterior y apical inferior. En todas estas zonas se aprecia *stop* en las ramas segmentarias y subsegmentarias. La fase venosa nos confirma estos datos anteriormente reseñados. Posteriormente se realizaron unas flebografías en las cuales se observaron signos de tromboflebitis de ambas piernas, trombosis parcial de las venas del sistema profundo de la pierna derecha y trombosis total del sistema profundo de la pierna izquierda. Se realizó un broncospina que fue normal, practicándo-

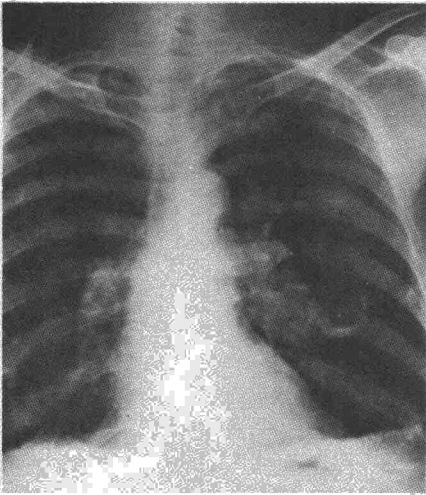


Fig. 2. Radiografía P.A. de tórax que muestra una imagen ulcerada con nivel en campo medio de hemitórax izquierdo.

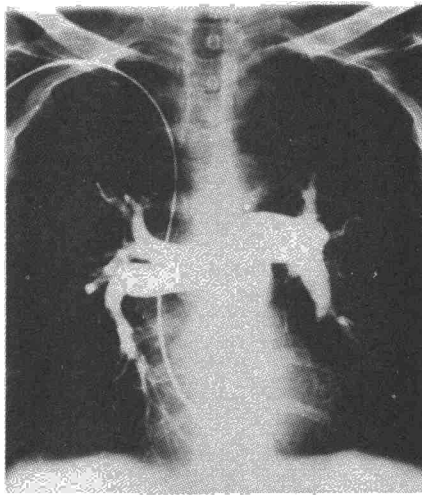


Fig. 3. Angiografía pulmonar en la que se aprecia amputación en las ramificaciones de las arterias pulmonares en ambos pulmones.

se un aspirado bronquial para realizar estudio citológico e investigación de hongos que fue negativo. Se llegó a la conclusión de que el paciente presentaba un absceso pulmonar secundario a un embolismo séptico.

Comentario

No existen estudios amplios que indiquen la frecuencia con que se presentan la cavitación como acompañante de un embolismo pulmonar, aunque la mayoría de los autores coinciden en una frecuencia muy baja, no constituyendo una rareza la presentación de nuevos casos en la literatura. En estudios necrópsicos

Chester y Kraux⁸, encuentran una incidencia de absceso pulmonar en casos de infarto en un 4,9 %, Levin en un 4,2 %⁹.

North⁶ describe tres casos de infartos pulmonares blandos cavitarios, recalcando la posibilidad de enfermedad embolizante como la razón fundamental de una cavitación inexplicable.

En nuestro paciente la presencia de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores con signos clínicos inflamatorios coincidentes con el cuadro clínico y radiológico sugestivo de embolismo pulmonar hacía fácil sospechar el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial radiológico y angiográfico del infarto pulmonar fue comentado ampliamente por otros autores¹⁰⁻¹¹ concretándose actualmente el problema de patogenia y diagnóstico radiológicos entre la necrosis aséptica y absceso secundarios. La diferenciación radiológica entre la cavidad supurativa y la necrótica en el infarto pulmonar es siempre difícil^{4, 6, 12}. La cavitación supurativa normalmente produce una pared regular apreciándose siempre un nivel líquido que pone de manifiesto la comunicación aérea mediante un bronquio de drenaje, cuadro diferenciado que cabe distinguirse del absceso pulmonar². En los casos de cavitación no supurativa la pared es muy irregular y no se aprecia evidencia de nivel líquido.

Resumen

Se presenta un caso de infarto pulmonar haciendo especial reseña al diagnóstico ante una cavitación de etiología poco clara.

Summary

ULCERATED PULMONARY EMBOLISM

The authors present a case of ulcerated pulmonary infarction, making a special review of the radiological diagnosis and emphasizing the importance of the diagnosis faced with a cavitation of unclear etiology.

BIBLIOGRAFIA

1. SISK, P.B.: Pulmonary thromboembolism. *Dis Chest*, 47: 539, 1965.
2. SAVINSON, B.K.: Lung absces following aseptic pulmonary embolism. *Brit. J. Dis Chest*.
3. PARKER, B.M., SMITH, D.R.: Pulmonary embolism and infarction. *Am. J. Med.*, 24: 402, 1958.
4. SCHARF, D., NAHIR, A.M., MUNK, D. y LICHTIG, C.H.: Aseptic cavitation in pulmonary infarction. *Chest*, 59: 446, 1971.

5. GRIEGO, M.H., RYAN, S.F.: (Asp) Aseptic cavitary pulmonary infarction. *Am. J. Med.*, 45: 811, 1968.
6. NORTH, L.B.: Cavitory pulmonary infarction. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 96: 1.056, 1967.
7. SOUCHERAY, P.H. y O'LONGHLIN, B.D.: Cavitation within bland pulmonary infarts. *Dis. Chest*, 24: 180, 1953.
8. CHESTER, E.M. y KRAUSE, G.R.: Lung abscess secondary to aseptic pulmonary infarction. *Radiology*, 39: 647, 1942.
9. LEVIN, L., KERNOHAN, D.W., MOERSCH, H.D.: Pulmonary abscess secondary to

10. FERRIS, E.J., STANZLER, R.M., ROURKE, J.A., BLUMENTHAL, J. y MESSER, J.V.: Pulmonary angiography in pulmonary embolic disease. *Am. J. Roetgen*, 100: 355, 1967.
11. WILLIEMS, J.R. y WILCX, W.C.: Pulmonary embolism. *Am. J. Roetgen*, 89: 333, 1963.
12. ARORA, Y.C., LYONS, H.A. y CANTOR, P.A.: Unusual clinical and roetgenographic features of pulmonary infarction. *Am. Rev. Resp. Dis.*, 82: 232, 1960.