



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2825 - NÓDULO PULMONAR EN PACIENTE CON A. REUMATOIDE

L. Araujo Márquez<sup>a</sup>, M. Peña Gragera<sup>a</sup>, G. Salguero Abrego<sup>a</sup>, F. Mora Monago<sup>a</sup>, N. Rivera Jiménez<sup>b</sup>, A. Morcillo Márquez<sup>a</sup>, F.L. Pérez Caballero<sup>c</sup> y M.J. Gamero Samino<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 69 años de edad con antecedentes HTA, obeso, posible TBC en la infancia y A. reumatoide recién diagnosticada con FR a título bajo. En tratamiento con metotrexato, acfol, corticoides, calcio, alendronato sodio y antihipertensivo. Acude a Urgencias de A.P por disnea de moderados esfuerzos, sobre todo al caminar. Sin tos ni expectoración. El paciente "achaca" su sintomatología a metotrexato.

**Exploración y pruebas complementarias:** SatO<sub>2</sub> 93%. BEG. NC. Afebril. AC normal. AP crepitantes en base izquierda con roncus dispersos. Se decide derivación a Urgencias Hospitalarias. Hemograma: Hb 11,9, Hto 35,6, VCM 78,6, leucocitos 9.900, neutrófilos 82,3%, linf 1.200, plaquetas 539.000. Coagulación: AP 66,8%, INR 1.262, fibrinógeno 933.169. DDU 1.853. Bioquímica: calcio 7,9, corregido 8,38. Resto normal. Orina: hematíes 250; bacteriuria. Rx de tórax: probable infiltración en LII, pinzamiento SCF izquierdo. TC tórax: no se observan defectos endoluminales que sugieran TEP agudo ni crónico. Derrame pericárdico, de hasta 17 mm de espesor pared posterior. Existencia de un nódulo pulmonar/consolidación pulmonar nodular que se localiza en el segmento apical de este lóbulo y con parte del mismo en la luz de un bronquio distal (origen intrabronquial o parenquimatoso con extensión endobronquial). Hallazgo sugestivo de lesión tumoral vs proceso inflamatorio/infeccioso (¿TBC?). Ingreso en Neumología: BFC: lesión redondeada amarilla que obstruye B2, de consistencia blanda y que tras biopsiar deja ver que todo el bronquio esta relleno de un material amarillo-negruzco de consistencia caseosa que es altamente sugestivo de material micótico relleno del bronquio.

**Juicio clínico:** Micetoma. ¿Aspergiloma?

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia. Nódulo reumatoideo. Neumonía. TBC. Micetoma.

**Comentario final:** Tras llegar al diagnóstico final del paciente y teniendo en cuenta dos antecedentes importantes, nos planteamos dos cuestiones: ¿la causa del micetoma es debido a una cicatriz de la posible TBC que el paciente padeció en la infancia o quizás sea debido a una inmunodepresión por el metotrexato y la corticoterapia?

### Bibliografía

1. Soto Campos JG, del Castillo Otero D. Micosis pulmonares. *Medicine*. 2010;10:4597-604.

**Palabras clave:** *Artritis reumatoide. Disnea. Nódulo. Metotrexato.*