



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/345 - Cuando el esputo no se aclara la cosa se complica

L. López Puerta<sup>a</sup>, N. Navarro Aparicio<sup>b</sup> y B. Guerrero Barranco<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Roquetas de Mar. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Mojonera. La Mojonera. Almería. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Distrito Poniente. Almería.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 74 años consulta por tos seca disneizante de 15 días de evolución que le dificulta el habla, dolor costal derecho secundario a la misma que su Médico de Atención Primaria ha tratado con tratamiento antibiótico y corticoides inhalados sin mejoría. No fiebre. Refiere cuadros similares anteriores. Probable alergia al moxifloxacino. intolerancia al montelukast. AP: Epilepsia crónica desde su primer parto. Trombosis venosa ojo derecho en 2006 y en ojo izquierdo anticoagulada con estudio de trombofilia negativo. Asma bronquial persistente. Cuadros sincopales inespecíficos o presíncopales con ecocordio y Holter. Anemia ferropénica. FRCV: HTA, dislipemia. Independiente para las ABVD, sin deterioro cognitivo. IQ: Colecistectomía. Estenosis canal medular. Glaucoma. Tratamiento habitual: telmisartan 40 mg/HCT 12,50 mg/24h, simvastatina 10 mg, salmeterol/fluticasona 50/500/12h, bromuro de tiotropio 18/30/24h, lamotrigina 100/24h, sertralina 50/24h. En los últimos 10 días tratamiento con amoxicilina-clavulánico 750/125 mg y tratamiento corticoideo inh.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. TA: 110/80. FC: 90 Sat O2: 94% Regular estado general. Colaboradora y orientada. Taquipneica en reposo. AC: tonos rítmicos sin soplos. AP: sibilantes y roncus diseminados. Abdomen: cicatrices de cirugías previas. Blando depresible sin masas ni megalias, no timpanizado, no doloroso, no signos de peritonismo. MMII: sin edemas ni signos de TVP, IVC. Analítica: HEM: Normal. INR: 1. BQ: Normal. PCR: 1,55 mg/dL. Orina: negativa. Se solicitó esputo: Aislamiento de Pseudomonas aeruginosa. Dado el mal estado general del paciente y la evolución tórpida así como los resultados de esputo se derivó al Hospital de referencia (Hospital Poniente) e inició tratamiento: Tazocel (piperacilina + tazobactam) y tobramicina. Tras una semana de tratamiento; PCR normal y negativización de Pseudomonas, los esputos persistían siendo purulentos y la clínica similar. Se solicitó TACAR: pequeño infiltrado en LSD y mínimo en LSI, inespecíficos de probable etiología inflamatorio-infecciosa. Calcificación bronquial y ocupación de la luz de los bronquios del LM y LID por material de densidad partes blandas/moco, apreciando colapso del LM y atelectasia subsegmentarias bibasales de predominio derecho. Atelectasias laminares en LSD y llingula. Micronódulo puntiforme en LSD y de 3 mm en LID, inespecíficos y en LSI de 4 mm con calcificación sugestivo de granuloma. Se comenta el caso en Neumología y se decide realizar fibroscopia. Tráquea con signos inflamatorios difusos y secreciones blanquecinas y espesas adheridas a pared posterior. Signos inflamatorios, de predominio en pirámide basal, y LM, emerge un tapón mucoso sólido y aspecto compacto. SBI: secreciones purulentas amarillentas que emanan

de l ngula de las que se toma muestra. Se aisla: Aspergillus sp.

**Juicio clínico:** Aspergilosis traqueobronquial obstructiva.

**Diagnóstico diferencial:** Reagudizaci n asmática, bronquitis aguda, infección respiratoria por Pseudomonas.

**Comentario final:** La aspergilosis bronquial obstructiva se asocia a la producción de tapones mucosos. La traqueobronquitis expresa invasión focal de la mucosa traqueobronquial o cartílago por hifas. Se trató con voriconazol 200 mg/12h y precisó corticoterapia en pauta descendente que evolucionó favorablemente. Como conclusión, tener en cuenta la evolución posibles efectos adversos y el ajuste del tratamiento y la duración del mismo es siempre individualizable.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Denning DW. The clinical spectrum of pulmonary aspergillosis. Clinical manifestations and diagnosis of chronic pulmonary aspergillosis. Thorax 2015;70:270-7.