

“Bronquitis aguda” en paciente de 88 años de edad

“Acute Bronchitis” In An 88-Year-Old Patient

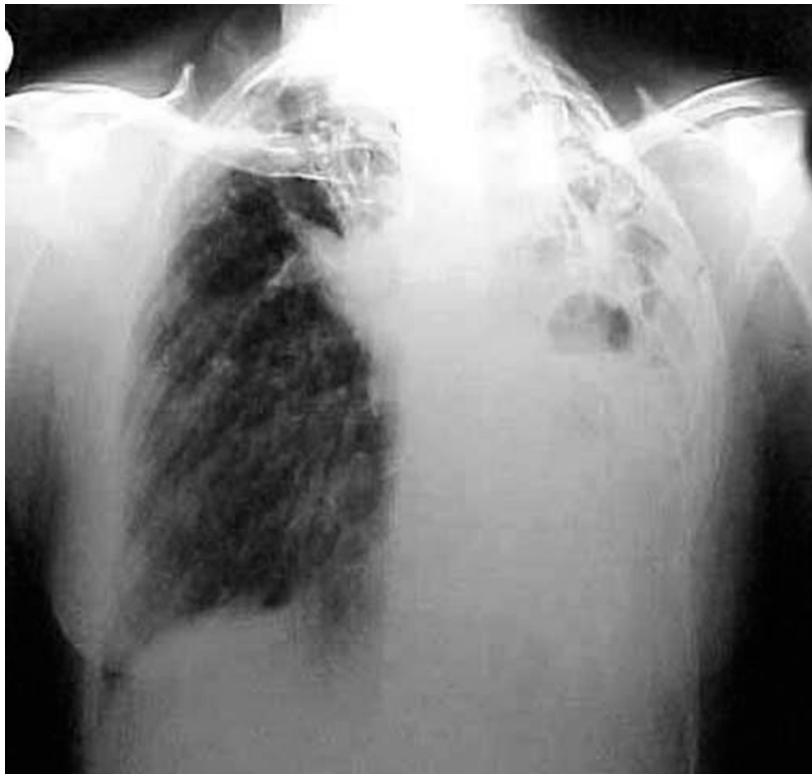
Autor: Rey Darío R¹

¹ Médico Consultor Neumonología Hospital Gral. De Agudos E. Tornú

Caso clínico

Paciente de 88 años que consultó por presentar tos productiva con expectoración mucopurulenta de 15 días de evolución. Equivalentes febriles. No refirió pérdida de peso ni inapetencia.

Al examen clínico, cicatriz de toracotomía en el hemitórax izquierdo. A la auscultación, hipoventilación generalizada en ambas playas pulmonares, con rales subcrepitantes húmedos en base derecha. La Rx. de Tórax solicitada reveló en la playa pulmonar derecha, retracción lobular superior y en la playa izquierda, múltiples imágenes circulares y geométricas, que ocupaban campos pulmonares superior y medio. Signo de la columna vertebral desnuda por retracción de la imagen cardiovascular hacia dicho hemitórax en el campo inferior. (**Figura 1**).



Serología para *Aspergillus Fumigatus* (-)

Reinterrogado, manifestó que 55 años antes (circa 1955), había padecido tuberculosis pulmonar (TB), siendo internado en el Hospital FJ Muñiz. Medicado con Estreptomina, Isoniacida y PAS, había completado el tratamiento con cirugía en su pulmón izquierdo. A su alta, continuó controles un tiempo y luego los abandonó.

El examen bacilosκόpico seriado de esputos, así como su cultivo posterior, fueron negativos para *Mycobacterium Tuberculosis*. Medicado con antibióticos de amplio espectro, la evolución fue favorable y se le otorgó alta médica.

Diagnóstico

Infección canalicular bronquial. Plombaje por secuela de tuberculosis pulmonar

Discusión

El caso que se presenta muestra la clásica imagen de un plombaje extra músculo periostio realizado con la colocación quirúrgica de pelotitas de lucita (polimetacrilato de metilo) entre la pleura parietal y la jaula torácica, en el espacio anatómico conocido como peripleura o fascia endotorácica.

Desde mediados del siglo XIX hasta la 2ª. década del siglo pasado, el tratamiento de la Tuberculosis (TB) consistió en el reposo del paciente por largos periodos, en establecimientos sanatoriales u hospitalarios. Cuando Carlo Forlanini describió y aplicó su método de colapso pulmonar terapéutico (neumotórax terapéutico) mediante la inyección de aire en la cavidad pleural, facilitó que el parénquima enfermo cicatrizara sus lesiones. Como ello requería de punciones periódicas para mantener el colapso, surgieron nuevas técnicas quirúrgicas como la toracoplastia y el plombaje. Esta última técnica fue más propicia y por ello se utilizó entre los años 1948 a 1955¹.

Sus ventajas eran la preservación de la caja torácica, la función pulmonar, corta estadía hospitalaria, resultados inmediatos y aplicables en enfermedad bilateral. Sus desventajas mediatas, la hemorragia, infección bacteriana o tuberculosa del material introducido, compromiso del plexo braquial, dolor local y, por desplazamiento, producir fistula broncopleurales, vómitos del material utilizado y transformación carcinomatosa del tejido circundante a la plomba². La aparición del arsenal terapéutico antituberculosis, fue relegando el papel de la cirugía a la intervención sobre las secuelas o bien a observaciones muy escogidas de TB multiresistente (TBMDR).

En 1998, Jouveshomme y col. publicaron 7 casos de TBMDR tratados con este método y con buenos resultados postoperatorios³.

En el caso que se presenta, el análisis de la imagen mostró un nivel hidro aéreo en el campo medio izquierdo. Con frecuencia, - y acompañado de signo sintomatología -, era indicio de infección concomitante de la plomba. En la bibliografía consultada, se describen observaciones donde a pesar de la presencia de niveles, no presentaron infección sobre agregada^{4,5}.

Como bien dice Bertolaccini, es probable un renacer del rol quirúrgico en TB tanto por los fenómenos de multiresistencia, como por una mayor incidencia de la TB en países desarrollados producto de las inmigraciones, pero con la ventaja de una menor morbilidad y mortalidad post operatorias, debido al avance en estos campos⁶.

Esporádicamente, dado el tiempo transcurrido y el grupo etario de los pacientes que podrían consultar, es posible encontrar en nuestro medio, alguna publicación sobre este tema^{7,8}.

Bibliografía

1. Lucas B, Cleland W. Thoracoplasty with plombage: a review of the early results in 125 cases. *Thorax*. 1950; 5: 248-56.
2. Shepherd M, Plombage in the 80's. *Thorax*. 1985, 40:328-40.
3. Jouveshomme S, Dautzenberg B, Bakdach H, et al. Pulmonary results of collapse therapy with plombage for pulmonary disease cause by multidrug resistant Mycobacterium. *AJRCCM* 1998, 157: 1609-15. doi: 10.1164/ajrccm.157.5.9709047.
4. Fares J, Hejal R, An unusual cause of air-fluid levels in the chest. *AJRCCM* 2012; 185: 1127. doi: 10.1164/rccm.201109-1692IM.
5. Tsuji T, Suzuki K. Air-fluid Levels in Lucite-ball Plombage for Pulmonary Tuberculosis *Intern Med* 2015; 54: 2787-8. doi: 10.2169/internalmedicine.54.4790. Epub 2015 Nov 1.
6. Bertolaccini L, Viti A, Di Perri G, et al. Surgical treatment of pulmonary tuberculosis: the phoenix of thoracic surgery? *J Thorac Dis*. 2013; 5(2): 198-9. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2012.03.18.
7. Moral-Naranjo A, Cano-Matus N, Sainz-Vázquez, et al. Historia y actualidad del plombaje como tratamiento en la enfermedad pulmonar por tuberculosis multirresistente. *Rev Am Med Resp*. 2015, 3: 225-29.
8. Jünemann A, Downey D, Boyeras I, et al. Mujer anciana con disnea y antecedentes de Tuberculosis *Rev Am Med Resp*. 2012, 1: 20-1.