

## Nódulos pulmonares, infeccioso o neoplásicos: una incógnita

**Autores:** Garro María Manuela, Falco Jimena

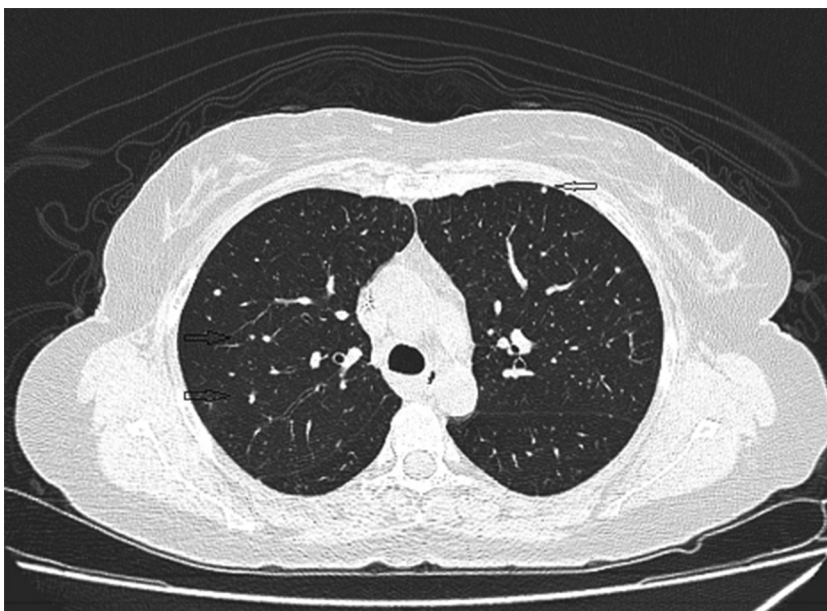
Servicio de Neumonología. Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina

### Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 55 años de edad, oriunda de capital federal, ocupación: administrativa.

Antecedentes personales patológicos de cáncer de mama derecha en 2015 para lo cual se le realizó mastectomía unilateral derecha con vaciamiento ganglionar, quimioterapia, radioterapia, continuando tratamiento hormonal Anastrozol. En controles oncológicos no presentaba signos de secundarismo.

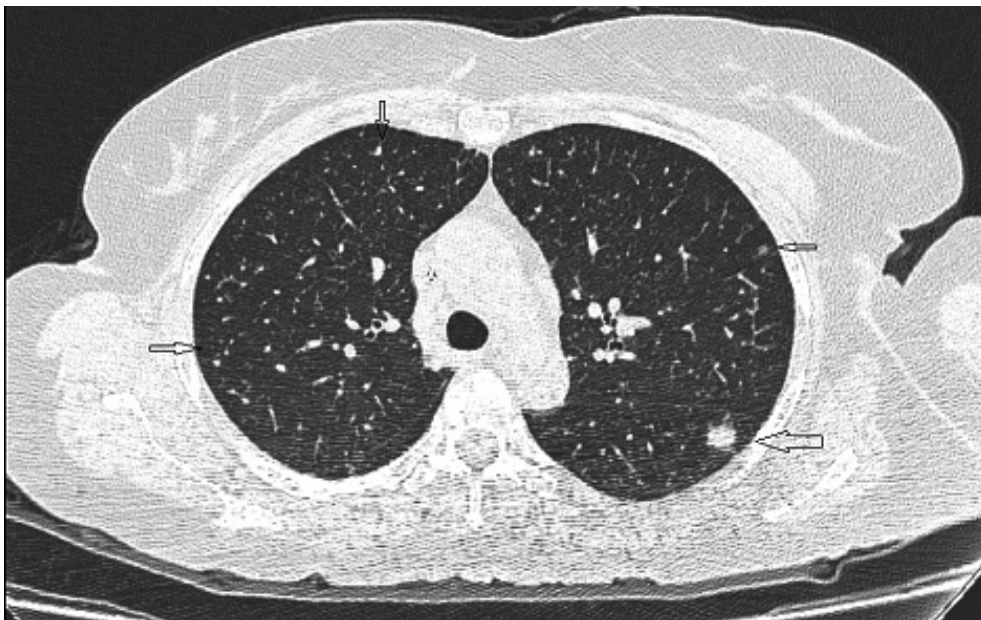
Consulta al sanatorio por astenia, adinamia, registros subfebriles, episodios aislados de sudoración nocturna de 2 meses de evolución. Negando tos o expectoración. Se le realiza TC de tórax donde se evidencian múltiples imágenes de aumento de atenuación de tipo nodular, menores a 6 mm, bilaterales, sólidas, a predominio subpleural (**Figura 1**). Dentro de los diagnósticos diferenciales se plantearon: lesiones metastásicas de cáncer mama versus proceso infeccioso en contexto de paciente inmunocomprometida. Se inicia tratamiento antibiótico cubriendo gérmenes comunes con Ampicilina + Sulbactam EV considerando dichas imágenes de causa infecciosa, completa esquema antimicrobiano.



**Figura 1.** Tomografía computada de Tórax, corte axial. Muestra imágenes nodulares menores a 6 mm, bilaterales, multilobar, de distribución difusa, algunos en contacto con pleura.

Durante la internación evolucionó con persistencia de registros febriles y astenia por lo cual se decide realizar Fibrobroncoscopia con lavado bronco alveolar y biopsia transbronquial las cuales no resultaron diagnósticas.

Dada la persistencia de síntomas, sin resultado positivo en estudio endoscópico se realiza nueva TC de tórax que muestra progresión en cantidad y tamaño de lesiones pulmonares (**Figura 2**), se decide realiza segmentectomía atípica lingular por videotoracosopia: en la anatomía patológica se informa ausencia de atipia celular; presencia de lesiones granulomatosas, bacilo ácido alcohol resistente: directo negativo, obteniéndose a los 30 días el cultivo positivo para *Mycobacterium Bovis*. Se Inicia esquema terapéutico con Etambutol, Levofloxacin, Isoniazida, Rifampicina con buena evolución clínico radiológica posterior.



**Figura 2.** Tomografía computada de tórax, corte axial. Comparativamente a figura 1, se evidencia progresión en cantidad de imágenes nodulares sólidas, algunas de mayor tamaño, bilateral, de distribución difusa pero a predominio de compromiso subpleural.

## DISCUSIÓN

Se presenta caso como estudio de diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares, en paciente con antecedentes oncológico de mama. En el presente caso, son lesiones nodulares de menos de 6 mm, sólidas, múltiples, de distribución difusa pero a predominio subpleurales y bilaterales<sup>1-3</sup>. Si bien las lesiones no tienen las características típicas de malignidad halladas con mayor frecuencia: por tamaño y número de lesiones, pero si por morfología; teniendo en cuenta el antecedente neoplásico, las probabilidades de malignidad aumenta, lo que amerita descartar dicha hipótesis diagnóstica. Como primer paso a realizar corresponde el control tomográfico como método de seguimiento para evaluar la evolución de las lesiones<sup>2</sup>. Ante la progresión de estas, fue menester progresar con estudios invasivos con el objetivo de obtener diagnóstico etiológico para tratamiento efectivo del mismo<sup>1,2</sup>.

Por otro lado, por su antecedente oncológico se trata de una paciente inmunodeprimida, con mayor riesgo de infección por gérmenes comunes y también los menos frecuente: bacterias oportunistas, micobacterias, hongos<sup>4,5</sup>.

Se interpreta finalmente nódulos de causa infecciosa, por *Micobacteria Bovis*, infección cuya presentación es menos frecuente que *Mycobacterium Tuberculosis* pero se incrementa cuando se asocia a algún tipo de inmunocompromiso: oncológico y tratamiento quimioterápico, como nuestra paciente, corticoterapia y enfermedades con compromiso inmunológico<sup>4</sup>.

En cuanto a las características imagenológicas tomográficas de este tipo de infección no hay diferencia con *Mycobacterium tuberculosis* pudiendo ser éstas muy variable: nódulos de variados tamaños, en general de características sólidas, o imagen consolidativa, cavitada, con o sin compromiso ganglionar<sup>3,4</sup>. Sin embargo, su rescate es importante por su tratamiento específico<sup>5</sup>.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Bibliografía

1. Clavero JM. Nódulos pulmonares. *Rev Med Clin Condes* 2015; 26: 302-12.
2. MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology*. 2017; 284: 228-43.
3. Jiménez Orozco E, Fernández Canton I, Gordon Santiago MM, Moreno Vega A, Fuentes Pradera J. Tumor metastásico pulmonar. *Neumosur*. EB03-51: 589-602.
4. Tuberculosis por *Mycobacterium bovis*: ¿una infección reemergente? *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 55(5): 635-40.
5. Hernández Solís A, González-Villa M, Cícero-Sabido R, et al. Identificación de *Mycobacterium bovis* en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. *Gac Med Mex*. 2019; 155: 608-12. DOI: 10.24875/GMM.19005407D. CLIN