

HOSPITAL DOCENTE CLINICOQUIRURGICO "JOAQUIN ALBARRAN"

Síndrome del lóbulo medio secundario a *Mycoplasma pneumoniae*. Presentación de un caso

Dr. César G. Milanés Bernal,
Dra. Lydia Lima Valdés

Milanés Bernal, C. G.; L. Lima Valdés: *Síndrome del lóbulo medio secundario a Mycoplasma pneumoniae*. Presentación de un caso.

Se muestra la historia clínica de una paciente ingresada en el Hospital Docente Clínico-quirúrgico "Joaquín Albarrán", la cual presentó en los estudios radiológicos imagen de condensación en la zona correspondiente al lóbulo medio del pulmón derecho, que en los diagnósticos diferenciales obligaba a descartar la presencia de neoplasia. Se informa que los estudios de laboratorio, radiológicos y bacteriológicos demostraron que se trataba de una atelectasia ocasionada por un tapón mucoso localizado en el bronquiotrongo derecho y casi junto a la carina, que resultó secundario a la presencia de *Mycoplasma pneumoniae*, lo que constituyó un cuadro clínico de neumonía atípica primaria.

INTRODUCCION

La neumonía atípica primaria es una entidad que suele presentarse todo el año, aunque su máxima frecuencia ocurre entre los meses de otoño y primeros meses del invierno.¹

Esta entidad puede ser ocasionada por tres gérmenes, pero el más frecuente de éstos es el *Mycoplasma pneumoniae*, siendo los otros dos *Clamidia psittaci* y *Coxiella burnetti*.¹ En el año 1943 es que se hace la observación por Paterson, Hamy y Finlay en los estudios de isohemaglutinina en frío, en el suero de pacientes durante las crisis de enfermedades respiratorias, donde pudo separar un grupo atípico del resto de los casos.²

En 1944, Eaton, Mcklgahn y Von Herick (citado por Levine y Lener)² descubren un agente filtrable que producía neumonías en ratas algodóneras y cricetos, empleando esputo de pacientes con neumonía atípica primaria. Fue denominado este agente "agente de Eaton".² Las manifestaciones clínicas por este agente son muy variables, desde infecciones de vías respi-

ratorias superiores que curan espontáneamente hasta la formación de derrames, abscesos y neumonías que ponen en peligro la vida del paciente.^{1,3,4}

Los cuadros radiográficos son variables, con frecuencia en el 90 % de los casos hay una placa unilateral en el lóbulo inferior o infiltración intersticial reticular que se extiende desde el hilio a la periferia. Puede obtenerse una imagen mixta intersticial y acinosa. Son menos frecuentes infiltrado de lóbulo superior y medio, participación bilateral, adanopatía hilar y consolidaciones lobares.^{5,6}

Se presenta en este trabajo el cuadro clínico de una paciente con el síndrome del lóbulo medio que resultó secundario a una neumonía atípica primaria, mejoró cuando se detectó el agente causal y se pudo aplicar su tratamiento específico. Lo que nos enseña que debemos realizar estudios complementarios, lógicamente estructurados, ante un caso con atelectasia pulmonar con el fin de excluir patógenos como el (Mp) que son de relativa frecuencia en nuestro medio en ciertas épocas del año y que con un tratamiento específico mejoran al paciente rápidamente.

Presentación de un caso

Paciente E. M. R., historia clínica No. 497945, del sexo femenino, de la raza blanca, de 43 años de edad, que ingresa el 8 de marzo de 1984 con fiebre de 38 °C.

En la HEA se señalan como datos significativos: historia de asma bronquial en su niñez que cedió en la pubertad, presencia de tos tres días antes del ingreso, falta de aire progresiva, dolor torácico en tercio medio de hemitórax derecho, esputos hemopílicos (escasos), molestia general, dolor muscular con artralgia fundamentalmente en las articulaciones mayores, acompañado de cefalea moderada que no cede al empleo de aspirina.

Examen físico (datos positivos)

Aparato respiratorio: disminución del M-V en tercio medio del HD. Estertores roncós y algunos sibilantes en ambos campos pulmonares. Submatidez pulmonar en tercio medio de HD.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos taquicárdicos.

No soplo. FC 110', TA 130-90 mmHg.

Abdomen: n-s.

Soma: n-s.

Estudios de laboratorio

Hemoglobina: 13*2 g% P; .73 % L: 15%

Hematócrito: 43 vol % M: 0,4% E: 0,8%

Leucocitos: 15 800xmm³.

Heces fecales: negativo.

Test Mantoux: 0

Glucosa: 71 %.

Serología: negativo. .

Orina: negativo."

A. úrico: 3,8 mg %.

Creatinina: 0,4 mg%.

Urea: 16 mg %.

Estudios radiológicos

RX de tórax simple (8-3-84): opacidad difusa de aspecto neumónico en base pulmonar derecha.

. *RX de tórax evolutivo (12-3-84): aumento del proceso de condensación de aspecto neumónico que ocupa ahora el campo medio y base pulmonar derecha.*

RX de tórax AP (19-3-84): persiste imagen de condensación con componente atelectásico en tercio medio de HD (figura 1).

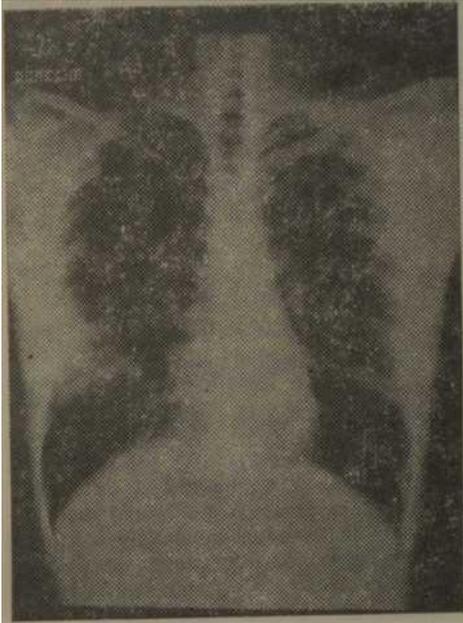


Figura 1. Rayos X de tórax AP (19 de marzo de 1984). Persiste imagen de condensación con componente atelectásico en tercio medio HD.

RX de tórax vista lateral (20-3-84): la imagen de condensación con componente atelectásico se localiza en el lóbulo medio (figura 2).



Figura 2. Rayos X de tórax vista lateral (20 de marzo de 1984). La imagen de condensación con componente atelectásico se localiza en el lóbulo medio.

RX de tórax AP (26-3-84): persiste condensación del lóbulo **medio del pulmón derecho**. **fix tomografía** (2-4-84): condensación del lóbulo medio **de aspecto homogéneo** compatible con lesiones Inflammatorias con componente **atelectásico asociado** (figura 3).



Figura 3. Rayos X tomografía (2 de abril de 1984). Consideración del lóbulo medio de aspecto homogéneo compatible con lesiones inflamatorias con componente atelectásico asociado.

Broncografía: Amputación del bronquio del lóbulo medio por posible proceso infiltrativo a ese nivel (figura 4).

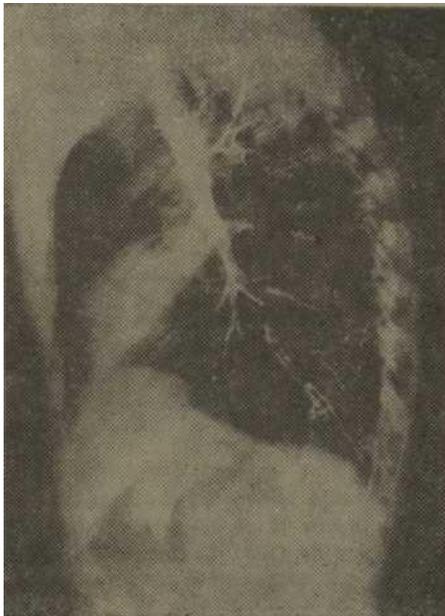


Figura 4. Broncografía. Amputación del bronquio del lóbulo medio por posible proceso infiltrativo a ese nivel.

Como se puede observar hasta aquí, a pesar del tratamiento con penicilina y kanamicina no se obtenían buenos resultados por cuanto en la clínica y en los estudios radiológicos persistían los elementos del síndrome del lóbulo medio.

Es con el resultado de los estudios de esputo bacteriológico, título de isohemaglutinina en frío positivo y fijación del complemento (1: 120) que se plantea el diagnóstico de neumonía atípica primaria por *Mycoplasma pneumoniae* y se comienza a aplicar el tratamiento de tetraciclina 2 tabletas cada 6 h.

Se indica a la par broncoscopia con el broncoscopio fibroóptico flexible (8-4-84) que tuvo los siguientes hallazgos: se encuentra permeabilidad pulmonar derecha normal. Al nivel del bronquiotrongo derecho y casi junto a la carina se observa un área blanquecina de la cual se toma cepillado. Se hace lavado bronquial y se extrae muestra con los caracteres de corresponder a un tapón mucoso.

El estudio del líquido bronquial obtenido fue negativo de células neoplásicas.

RX de tórax AP (13-4-84): mejoría del cuadro radiológico, disminución de la condensación.

RX de tórax AP (18-4-84): marcada mejoría del cuadro radiológico. Persiste discreta opacidad difusa por delante del hilio pulmonar.

RX de tórax (23-4-84): el cuadro radiográfico ha mejorado. Reabsorción total de las lesiones del lóbulo medio.

Después de una estadía de 47 días, a la paciente se le confiere el alta (25-4-84). Estuvo asintomática hasta el momento de redactar este trabajo, pues fue seguida mensualmente por tres meses seguidos.

DISCUSION

La gran mayoría de los pacientes con *Mycoplasma pneumoniae* sólo padecen de faringitis o bronquitis. Sólo en el 10% o menos presentan cuadros neumónicos clínicamente manifiestos independientemente que puedan ser afectados otros sistemas u órganos.^{1,7,8}

Se ha sugerido que los mecanismos inmunológicos pueden tener algún papel en el desarrollo de una neumonía clínicamente aparente y también en algunas de las complicaciones no respiratorias,¹ tales como insuficiencia cardíaca¹ y *distress respiratorio* del adulto.⁹

El *Mycoplasma pneumoniae* induce muy diversas anomalías funcionales en las vías aéreas.

Los datos patológicos demuestran que la infección con dichas afecciones lesionan el epitelio de vías aéreas y esos cambios al parecer, incrementan la permeabilidad del epitelio señalado a antígenos proteínicos y, en consecuencia, pueden contribuir a una mayor frecuencia de ataques a sujetos asmáticos.¹⁰

Los datos de estudios clínicos sugieren una relación entre virus y *Mycoplasma* que, según se dice, causan la enfermedad de vías respiratorias altas y anomalías en la reactividad broncomotora de vías respiratorias bajas.¹⁰

En el caso que nos ocupa, se ve que la alteración principal ocasionada fue una atelectasia del lóbulo medio que, como puede apreciarse en la evaluación clinicoradiológica, después de la realización de la broncoscopia y aspiración del tapón mucoso el cuadro cedió en forma rápida. En esta paciente la broncoscopia demostró ser eficaz tal como se señaló para

resolver atelectasia, principalmente por su efecto irritante que produce tos y respiración profunda y, además, en la extracción del tapón mucoso; aunque hoy en día puede lograrse el mismo beneficio con el paso ciego de una sonda para aspiraciones que es más rápido y menos costoso."

El hallazgo de síndrome del lóbulo medio en neumonías atípicas primarias por *Mycoplasma pneumoniae* es poco frecuente y el mecanismo por el cual se produce no se conoce con exactitud; sólo se halla de las alteraciones de las secreciones bronquiales que se hacen más espesas constituyendo un tapón mucoso, hecho este más frecuente en los pacientes con asma bronquial y que no siempre se puede confirmar.^{1,8,10}

Con respecto a las imágenes radiológicas descritas en este caso; se menciona que los cambios radiológicos desaparecen en plano de tres a seis semanas y los radiólogos no pueden distinguir estas neumonías de las causadas por otros agentes.^{2,12}

Se describen estas imágenes que en el 75 al 90% son infiltrados de áreas diseminadas unilateral que incluyen lóbulos inferiores. La consolidación lobar, la afección del lóbulo superior y los infiltrados multilobares son raros.¹²³

Las anomalías radiológicas tienen evolución variable; en resumen suelen desaparecer en plano de 10 a 21 días, pero es posible que sea necesario que transcurran de 4 a 6 semanas para que se resuelvan por completo.¹

CONCLUSIONES

1. Se demuestra con este caso lo que se expresa en otras literaturas: los signos radiológicos son más llamativos que los aportados por la exploración física.
2. Se comprueba la importancia de tener en cuenta dentro de las causas de los cuadros de atelectasia, gérmenes como el *Mycoplasma pneumoniae* en un paciente en que se sospeche neumonía "viral", donde debemos agotar los distintos recursos diagnósticos, utilizando una forma lógicamente estructurada.
3. Se demuestra el valor de la broncoscopia con el broncoscopio fibroóptico flexible que nos permite, además de ser un medio diagnóstico para diferenciar y discernir distintas posibilidades causales en estos casos, la aplicación de un medio terapéutico por cuanto sirve para extracción de tapón mucoso como fue en esta paciente.

Agradecimiento

Deseamos reconocer la cooperación prestada por la alumna Zobelida Alen Rojas en la realización de este trabajo.

23 Levine, D. P.; A. M. Lerner: The Clinical Spectrum of *Mycoplasma pneumoniae* infections. Med Clin North Am 62: 961-978, 1978.

SUMMARY

Milanés Bernal, C. G.; L. Lima Valdés: *Middle lobe syndrome secondary to Mycoplasma pneumoniae. Presentation of a case.*

The clinical history of a female patient hospitalized at the "Joaquín Albarrán" Clinico-surgical Teaching Hospital, is presented. The patient presented, at the radiologic studies, image of condensation in the zone corresponding to the middle lobe of right lung, which in differential diagnosis compelled to throw away neoplasia presence. Laboratory, radiologic and bacteriologic studies showed that it was an atelectasis caused by a mucous tampon located at the right bronchus and just close to the Carina, which resulted secondary to *Mycoplasma pneumoniae* presence. It was a clinical picture of primary atypical pneumonia.

RÉSUMÉ

Milanés Bernal, C. G.; L. Lima Valdés: *Syndrom du lobe moyen secondaire à Mycoplasma pneumoniae. A propos d'un cas.*

Il est présenté le dossier d'une malade admise à l'Hôpital Universitaire Clinico-chirurgical "Joaquín Albarrán", chez laquelle les études radiologiques ont montré une image de condensation dans la zone correspondant au lobe moyen du poumon droit, ce qui dans les diagnostics différentiels obligeait à rejeter la présence d'une néoplasie. Les études de laboratoire, radiologiques et bactériologiques ont démontré qu'il s'agissait d'une atelectasie provoquée par un bouchon muqueux siégeant dans le bronche-tronc droit, très près de la *carina*, lequel était secondaire à la présence de *Mycoplasma pneumoniae*, ce qui a constitué un tableau clinique de pneumonie atypique primaire.

BIBLIOGRAFIA

11. Frank, R. L.: Tratamiento de la atelectasia y la neumonía. Clin Quir Norteam 6: 1419-1424, 1980.
12. Carneron, D. C. et al.: The radiographic patterns of acute Mycoplasma pneumoniae Clin Radiol 28: 173-180, 1972.

Recibido: 6 de noviembre de 1984 Aprobado: 20 de enero de 1985

Dr. César G. Milanés Bernal Calle 51 No. 13 entre Ulloa y 26 Rto. Aldecía
Municipio Plaza de la Revolución
Ciudad de La Habana
Cuba