

## Cartas al Director

**Patrón pulmonar intersticial unilateral como primera manifestación de una endocarditis bacteriana****Unilateral Interstitial Lung Pattern as a First Sign of a Bacterial Endocarditis**

Sr. Director:

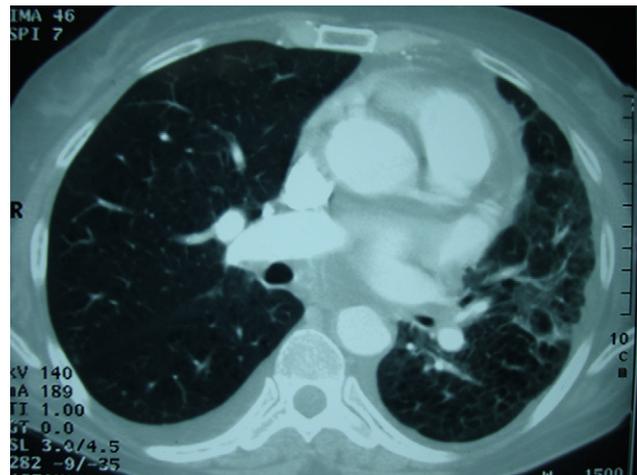
La endocarditis infecciosa (EI) es el conjunto de alteraciones clinicopatológicas que acompaña a una infección del endocardio, particularmente de las válvulas cardíacas, producida por una innumerable variedad de bacterias y hongos. Según su evolución, puede clasificarse en aguda o subaguda, esta última con una progresión más lenta, asociada a válvulas previamente anómalas y a infecciones previas<sup>1,2</sup>.

Relatamos el caso de una mujer con un cuadro febril y disnea de un mes de evolución y con imágenes radiológicas de patrón intersticial unilateral, que fue compatible con edema de pulmón de origen cardiogénico por la endocarditis bacteriana. Sólo hemos encontrado un caso publicado en la literatura médica con patrón intersticial radiológico unilateral por insuficiencia cardíaca<sup>3</sup>.

Mujer de 49 años que ingresó por primera vez en nuestro servicio para estudio de síndrome constitucional, con una pérdida de peso de 8 kg en un mes y febrícula. Entre los antecedentes personales destacamos un lupus discoide en el labio inferior hipoacusia y tabaquismo (fumadora de un paquete/día desde hacía 18 años). No llevaba tratamiento habitual. Durante el ingreso en nuestro centro, la exploración física fue normal, excepto la auscultación pulmonar, con crepitantes en el hemitórax izquierdo, y en la cardíaca, con un soplo pansistólico a 90 lpm.

Entre las exploraciones complementarias, en el hemigrama figuraban hemoglobina de 10 mg/dl, conteo de leucocitos de 6.620/ $\mu$ l, conteo de plaquetas de 614.000/ $\mu$ l, fibrinógeno de 628 mg/dl, velocidad de sedimentación de 86 mm/h, proteína C reactiva de 118 mg/dl y factor reumatoide de 8,5 U/ml (positivo); el resto de los estudios inmunológicos fueron normales. Entre los marcadores tumorales, el CA-125 fue de 43 U/ml. En la bioquímica presentaba una función hepática alterada, con alanino-aminotransferasa (GOT) de 126 U/l, aspartato-aminotransferasa (GPT) de 85 U/l, gammaglutamil transpeptidasa (GGT) de 67 U/l y lactatodeshidrogenasa (LDH) de 607 U/l. En las pruebas funcionales respiratorias presentaba capacidad vital forzada (FVC) de 2,221 (77%), volumen espirado en el primer segundo (FEV<sub>1</sub>) de 1,361 (55%), FEV<sub>1</sub>/FVC del 60% y saturación de oxígeno basal del 90%. No se hallaron alteraciones significativas en la broncoscopia, con citología de broncoaspirado y lavado broncoalveolar negativa y sin otros hallazgos microbiológicos. En la radiografía de tórax vimos una pérdida de volumen del hemotórax izquierdo, con un patrón en vidrio deslustrado y zonas de patrón intersticial, que se verificaron en la TC de alta resolución, con derrame pleural bilateral pequeño, signos de hipertensión pulmonar, disminución de volumen del hemotórax izquierdo con afectación pulmonar difusa, engrosamientos septales interlobulillares e intralobulillares, infiltrado nodular en el lóbulo superior izquierdo más engrosamiento pleural, con enfisema centrolobulillar (fig. 1). En el ecocardiograma se vio

una endocarditis aórtica con insuficiencia aórtica muy grave, hipertensión pulmonar ligera-moderada secundaria a elevación de presiones telediastólicas en el ventrículo izquierdo y una fracción



**Figura 1.** Tomografía computarizada (TC) de alta resolución al ingreso: disminución de volumen del hemotórax izquierdo con afectación pulmonar difusa, engrosamientos septales interlobulillares e intralobulillares, infiltrado nodular en el lóbulo superior izquierdo más engrosamiento pleural, con enfisema centrolobulillar.

**Tabla 1**

Criterios de Duke-Durack

Criterios de Duke-Durack propuestos para el diagnóstico de EI	
<b>Criterios mayores</b>	
Hemocultivos positivos para bacterias compatibles con EI	
Evidencia de afectación endocárdica: vegetación, absceso, dehiscencia parcial de válvula protésica o insuficiencia valvular nueva	
<b>Criterios menores</b>	
Cardiopatía predisponente o uso de fármacos intravenosos	
Fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$	
Fenómenos embolígenos vasculares	
Fenómenos inmunológicos	
Ecocardiograma compatible con EI, pero no cumple el criterio mayor anterior	
Evidencia microbiológica con hemocultivos positivos pero sin cumplir con el criterio mayor anterior o evidencia serológica de infección activa por microorganismo compatible con EI	
<b>Diagnóstico</b>	
<b>Definitivo</b>	
Dos criterios mayores, uno mayor y 3 menores o 5 menores	
<b>Posible</b>	
Hallazgos compatibles con EI que son deficientes para "definida", pero no son acordes para "rechazada"	
<b>Rechazada</b>	
Por diagnóstico alternativo firme que explica los síntomas; resolución del cuadro con tratamiento antibiótico en menos de 4 días	

EI: endocarditis infecciosa.

de eyección del 50%. Se intervino a la paciente, con mejoría radiológica al alta.

De las búsquedas que hemos realizado en la literatura médica, sólo hemos encontrado un caso de edema pulmonar unilateral en un paciente con fallo cardíaco agudo por insuficiencia mitral<sup>3</sup>. En la actualidad, la TC ayuda al diagnóstico de las enfermedades cardíacas, entre ellas, la endocarditis bacteriana<sup>4</sup>. Sin embargo, no fue el caso de nuestra paciente, en la que las imágenes radiológicas no fueron compatibles con edema agudo de pulmón<sup>4</sup>. Otras peculiaridades de este caso fueron la ausencia de lesión cardíaca predisponente previa, la edad y el sexo, poco habituales para una EI de válvula nativa. Los hallazgos ecocardiográficos más la aparición del soplo cardíaco (2 de los criterios mayores de Duke-Durack) (tabla 1) permitieron llegar al diagnóstico definitivo de EI<sup>1,5</sup>.

Un patrón radiológico unilateral intersticial no excluye, como vemos, la posibilidad de estar ante un cuadro de edema pulmonar de origen cardiogénico.

### Bibliografía

1. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, Fowler VG, Bolger AF, Levison HE, et al. Infective endocarditis: Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of

complications: A statement for healthcare professionals from the committee on rheumatic fever, Endocarditis, and Kawasaki disease, council on cardiovascular disease in the young, and the council on clinical cardiology, stroke, and cardiovascular surgery and anesthesia, American Heart Association: Enclosed by Infectious Disease Society of America. *Circulation*. 2005;111:e394-434.

2. Ebright JR. Cardiac complications of infective endocarditis. *Curr Infect Dis Resp*. 2009;11:261-7.
3. D'Aloia A, Faggiano P, Brentana L, Boldini A, Procopio R, Racheli M, et al. A difficult diagnosis: Right unilateral cardiogenic pulmonary edema. Usefulness of biochemical markers of heart failure of the correct diagnosis. *Ital Heart J*. 2005;6:771-4.
4. Rozenshtein A, Boxt LM. Computed tomography and magnetic resonance imaging of patients with valvular heart disease. *J Thorac Imaging*. 2000;15:252-64.
5. Habib G, Derumeaux G, Avierinos JF, Casalta JP, Jamal F, Volot F, et al. Value and limitations of the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 1999;33:2023-9.

Concepción Prados\*, Raúl Galera y Ana Santiago

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: conchaprados@gmail.com (C. Prados).

doi:10.1016/j.arbres.2009.10.004

### Drenaje de quiste mediastínico mediante aspiración con aguja fina guiada por ecobroncoscopia

#### Drainage of a Mediastinal Cyst by Endobronchial Ultrasound-Guided Needle Aspiration

Sr. Director:

La punción-aspiración mediante aguja fina guiada por ecobroncoscopia (EBUS-TBNA) está ofreciendo su máxima rentabilidad en la obtención de muestras para el diagnóstico o la estadificación del cáncer pulmonar<sup>1</sup> y permite, asimismo, el diagnóstico de enfermedades benignas como tuberculosis y sarcoidosis pulmonar. Recientemente se ha comprobado que, además, puede tener una utilidad terapéutica, como es la aspiración de los quistes mediastínicos<sup>2,3</sup>. A continuación se presenta un caso en el que se efectuó el drenaje de un quiste mediastínico mediante EBUS-TBNA.

Varón de 65 años, fumador de 80 paquetes/año, que consultó por hemiparesia izquierda. En la tomografía axial computarizada (TAC) craneal se identificó una lesión ocupante de espacio parietal derecha indicativa de metástasis cerebral. La radiografía de tórax evidenció una masa pulmonar de bordes bien definidos en el lóbulo superior izquierdo (LSI). En la TAC toracoabdominal con contraste intravenoso se observó la masa pulmonar de 30 × 24 mm en el LSI y adenopatías hiliares izquierdas de 32 × 18 mm. Además, existía una imagen que morfológicamente podría corresponder a adenopatía paratraqueal superior derecha de 23 × 17 mm, pero con densidad media de -7,9 unidades Hounsfield. En la broncoscopia no se observaron lesiones endobronquiales. Las citologías del broncoaspirado y el lavado broncoalveolar del LSI fueron negativas para malignidad. Mediante punción-aspiración transtorácica con aguja fina de la masa del LSI se obtuvo el diagnóstico citológico de adenocarcinoma. Se realizó EBUS-TBNA de la lesión paratraqueal superior derecha

mediante ecobroncoscopia de sonda convexa (CP-EBUS) (modelo BF-UC160F; Olympus; Tokio, Japón), y se observó una lesión anecoica de 1,48 cm que no presentó flujo con el modo Doppler. Tras la punción se obtuvieron 5 cm<sup>3</sup> de líquido amarillento y se comprobó la disminución de tamaño de la lesión (fig. 1). En el examen citológico del líquido se observó un frotis de fondo mixoide con células espumosas de hábito macrófágico compatible con quiste broncogénico.

Los quistes mediastínicos son raros y generalmente asintomáticos, aunque pueden provocar compresión e irritación de estructuras adyacentes e infección o malignización en su interior, por lo que requieren una resección completa mediante toracotomía o videotoroscopia asistida<sup>4-6</sup>. Con tratamientos menos invasivos es frecuente la recurrencia, aunque tras la aspiración completa de su contenido hasta colapsar el quiste mediante EBUS-TBNA se ha comunicado la ausencia de recidiva con seguimiento de hasta 18 meses<sup>2,3</sup>.

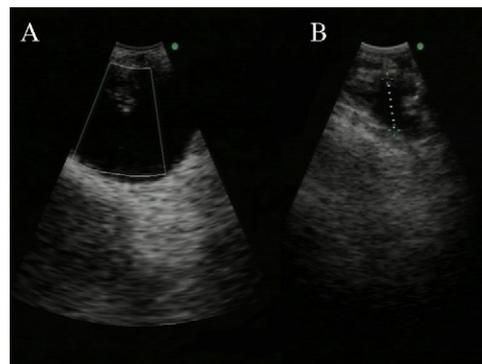


Figura 1. Ecobroncoscopia de lesión quística paratraqueal derecha: A) antes de la punción, en modo Doppler y B) después del drenaje.