

Imagen clínica

Bulla pulmonar gigante sobreinfectada

Giant Pulmonary Bulla Superinfection

Ana I. Córdoba Alonso^{a,*}, Maite Arlabán Carpintero^b y José M. Olmos Martínez^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España



Paciente de 40 años sin antecedentes personales relevantes que consultó por disnea y fiebre. Analíticamente presentaba leucocitosis con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía (fig. A y B) y la TAC de tórax (fig. 1 C y D)

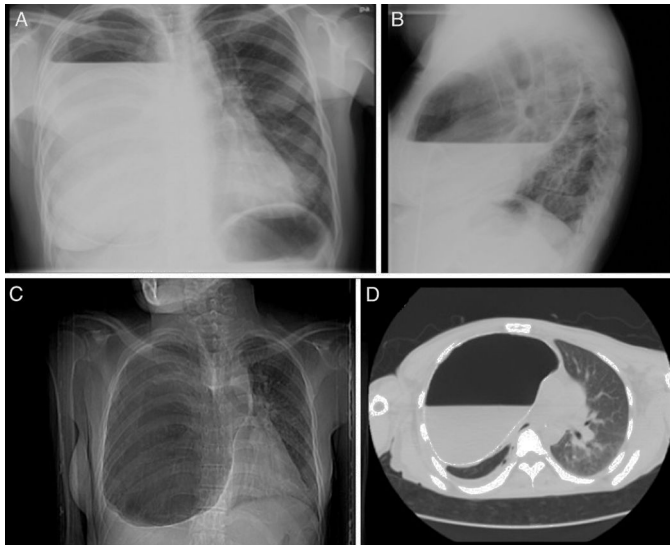


Figura 1. A y B) Radiografía simple de tórax postero-anterior y lateral que muestran lesión quística con paredes calcificadas que ocupa prácticamente la totalidad del hemitórax derecho con nivel hidroaéreo en su interior. C y D) TAC de tórax donde se objetiva que dicha imagen quística condiciona atelectasia de gran parte del parénquima pulmonar del hemitórax derecho y desplazamiento del mediastino hacia la izquierda.

revelaron una imagen quística con paredes calcificadas y contenido hidroaéreo, que ocupaba prácticamente todo el hemitórax derecho, provocando una atelectasia del parénquima y desplazando el mediastino contralateralmente. Se inició tratamiento con antibioterapia empírica y ante la falta de respuesta se decidió realizar el drenaje de la colección mediante toracotomía, con mejoría clínica posterior.

Se define como bulla pulmonar gigante a un espacio aireado en el pulmón mayor del 30% del hemitórax. Algunos factores de riesgo son: tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y déficit de alfa-1-antitripsina. Una de las complicaciones es la sobreinfección, con aislamientos microbiológicos diversos (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, *Bacteroides*, *Pseudomonas aeruginosa*, etc.)¹. No está indicada la realización de broncoscopia de forma rutinaria¹. No obstante, es importante descartar el origen neoplásico, las enfermedades autoinmunes, principalmente granulomatosis con poliangeitis, sarcoidosis y síndrome de Sjögren; así como los embolismos pulmonares. El drenaje del contenido ayuda a la resolución, debido a la escasa penetración de los antibióticos en el interior².

Bibliografía

1. Chandra D, Rose SR, Carter RB, Musher DM, Hamill RJ. Fluid-containing emphysematous bullae: A spectrum of illness. *Eur Respir J.* 2008;32:303–6.
2. Kirschner LS, Stauffer W, Krenz C, Duane PG. Management of a giant fluid-filled bulla by closed-chest thoracostomy tube drainage. *Chest.* 1997;111:1772–4.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acordoba@humv.es (A.I. Córdoba Alonso).