



CASOS CLÍNICOS

SÍNDROME DEL LÓBULO MEDIO: REPORTE DE UN CASO

Dra. Vania Luz Gutiérrez Mercado*, Dr. Juan Carlos Alcon Poma**

RECIBIDO: 29/03/2016
ACEPTADO: 13/04/2016

RESUMEN

El síndrome de lóbulo medio es una entidad caracterizada por colapso recurrente y crónico del lóbulo medio del pulmón derecho, dentro de esta entidad se conocen dos formas obstructiva y no obstructiva con etiologías variadas incluyendo procesos infecciosos como la tuberculosis, cáncer y otros. La fibrobroncoscopia es la herramienta más útil para realizar el diagnóstico diferencial.

Se presenta el caso de un paciente de 26 años con síndrome de lóbulo medio por tuberculosis hematógena, miliar y neumónica con caverna con alta probabilidad de absceso.

En relación a la etiología tuberculosa del síndrome de lóbulo medio, se han descrito casos ligados a tuberculosis endobronquial con y sin afectación parenquimatosa, esta entidad ha mostrado ser difícil de diagnosticar ya que la baciloscopia con frecuencia es negativa, requiriendo el empleo de TC de tórax, fibrobroncoscopia y sobre todo cultivo de lavado broncoalveolar y/o histopatología de muestras obtenidas.

Palabras clave: Síndrome de lóbulo medio, tuberculosis endobronquial.

ABSTRACT

Middle lobe syndrome is a condition characterized by recurrent and chronic collapse of the middle lobe of the right lung, within this entity obstructive and nonobstructive two forms with varied etiologies including infectious diseases such as tuberculosis, cancer and others are known. Bronchoscopy is the most useful for the differential diagnosis tool.

We present the case of a patient of 26 years of middle lobe syndrome hematogenous miliary tuberculosis and pneumonic cavern with high probability of abscess is presented.

Regarding the tuberculous etiology of middle lobe syndrome cases have been reported linked to endobronchial tuberculosis with and without parenchymal involvement, this entity has proven to be difficult to diagnose because the smear is often negative, requiring the use of chest CT, bronchoscopy and culture especially bronchoalveolar lavage and / or histopathology specimens obtained.

Keywords: middle lobe syndrome, endobronchial tuberculosis.

* Médico Internista Hospital Militar Central

** Médico Neumólogo Hospital Militar Central

INTRODUCCIÓN

El síndrome de lóbulo medio es una entidad clínico radiológica que se caracteriza por el colapso recurrente o crónico del lóbulo medio del pulmón derecho. Existen dos formas: obstructiva y no obstructiva (1).

La forma obstructiva está causada por lesiones endobronquiales, compresión extrínseca del bronquio del lóbulo medio por linfadenopatía, tumores benignos (hamartomas), metástasis de ganglios linfáticos, cáncer que dan lugar a la atelectasia postobstructiva y neumonitis.

(2) En la forma no obstructiva la etiopatogenia considera los siguientes factores: a) El bronquio del lóbulo medio es de calibre menor, longitud larga, el orificio del bronquio es estrecho y puede ser destruido por cáncer o procesos inflamatorios b) El lóbulo medio está separado de las cisuras de los lóbulos superior e inferior que producen deficiente ventilación colateral desde las zonas vecinas (5). Entre las causas predominan las origen infeccioso, aspergilosis broncopulmonar alérgica, asma bronquial con hipersecreción de moco (1,5), fibrosis quística, granulomas endoluminales asociados a sarcoidosis (2, 3).

La epidemiología no está bien descrita afecta a niños y adultos de ambos sexos. (2)

La literatura reporta que la enfermedades inflamatorias como bronquiectasias o neumonía son las causas más comunes, mientras que las que las enfermedades malignas son relativamente infrecuentes. La tuberculosis es una causa infrecuente (5).

Los signos y síntomas dependen de la rapidez del cierre bronquial, del porcentaje de pulmón afectado y de si existe una infección asociada. Son asintomáticos en un 25% de los casos. Los síntomas más comunes son tos crónica o recurrente, disnea, pleurodina, sibilancias audibles, fiebre, síntomas relacionados con neumonía obstructiva, estos síntomas son a

menudo son intermitentes y recurrentes. (1,2).

En la radiografía de tórax proyección posteroanterior el colapso del lóbulo medio es a menudo difícil de detectar porque el lóbulo es relativamente delgado y se encuentra oblicuamente en el plano superoinferior (1,2). La radiografía lateral puede mostrar una opacidad homogénea si predomina ya sea la atelectasia o neumonitis y heterogénea si predominan las bronquiectasias (3).

La tomografía de alta resolución puede identificar: anomalías endobronquiales sutiles, bronquiectasia distal y otras anormalidades del parénquima, compresión extrínseca de la vía respiratoria del lóbulo medio derecho (1,2).

La fibrobroncoscopia es fundamental para el diagnóstico en casos de síndrome de lóbulo medio. Las muestras obtenidas por lavado, cepillado y biopsias, se envían a estudio de bacteriología e histopatológico. (1).

En caso de patología específica la tuberculosis endobronquial puede ser causa de colapso del lóbulo medio derecho (5), puede ocurrir con o sin afectación del parénquima y es más común en adultos jóvenes y las mujeres. Es una forma de tuberculosis, que sigue siendo un reto diagnóstico, esta variante de la tuberculosis es altamente infecciosa, la estenosis bronquial es una complicación bien conocida y temida puede resultar en atelectasia y neumonía obstructiva, hasta la fecha está mal entendida y el curso clínico puede ser variable (3,4). Se cree que cinco mecanismos posibles de ser responsable de la aparición de infecciones endobronquiales causadas por M. tuberculosis: (I) la invasión directa de un foco del parénquima adyacente; (II) la implantación de los organismos de esputo infectado; (III) diseminación hematogéna; (IV) la erosión de un ganglio linfático dentro de un bronquio; (V) el drenaje linfático del parénquima hacia la región peribronquial (4)

La radiografía de tórax en puede ser normal y la confirmación del diagnóstico sólo puede lograrse por fibrobroncoscopia. (3,4) los hallazgos han sido categorizados por Chung como activamente caseificante, edematosas hiperémica, fibroestenótica, tumoral, granular, ulcerosa y bronquítica no específica (3).

El examen microbiológico del esputo es el primer examen principal que conduce a un diagnóstico en tuberculosis endobronquial, sin embargo a diferencia de las enfermedades del parénquima la positividad en la baciloscopia es entre el 16% y el 53,3% en condiciones más favorables, el incremento de la detección de muestras positivas en un estudio realizado en pacientes con síndrome de lóbulo medio y tuberculosis endobronquial se dio gracias al cultivo para TB del lavado broncoalveolar en relación a los hallazgos de fibrobroncoscopia (4,5).

En estudios recientes se informó que el hallazgo más frecuente en la fibrobroncoscopia es el tipo edematoso hiperémico (4,5). El estudio microbiológico de lavado bronqueoalveolar es en general positivo en el tipo caseoso activo, pero no en otros tipos como el edematoso, por lo tanto el cultivo y los exámenes histopatológicos se deben realizar (4). Del mismo modo, se ha informado que la etapa exudativa temprana, granular y de lesiones ulcerosas se recuperaron sin secuela. la etapa caseosa podría conducir complicaciones como broncoestenosis causando bronquiectasia (4,5).

La lobectomía sólo se considera si los síntomas persisten con evidencia radiográfica de atelectasia crónica después de la terapia médica prolongada, por lo general durante al menos 6 meses (2).

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años, residente de Cobija, cursa con un cuadro clínico de 4 semanas de evolución previos a su ingreso a emergencias COSSMIL, cuadro caracterizado por sensación de

alzas térmicas, tos seca y disnea de medianos esfuerzos razones por las que es hospitalizado en el Hospital Roberto Galindo (Cobija) donde catalogan los hallazgos clínicos y radiológicos como neumonía adquirida en la comunidad, recibe tratamiento con ceftriaxona 1g IV cada 12 horas por siete días sin mejoría clínica razón por la que es trasladado al hospital militar central COSSMIL en la ciudad de La Paz.

A su ingreso a emergencias presenta un síndrome de condensación interescapular superior y medio derechos, se inicia un tratamiento empírico con ceftazidima 1g IV cada 8 horas y levofloxacina 750 mg VO cada día el cual es mantenido en sala por catorce días, requiere además corticoides y salbutamol por broncoespasmo. Placa de tórax PA muestra una imagen radiopaca para cardíaca derecha con broncograma aéreo y en regiones inferiores de la imagen homogénea, fino patrón reticulointerstitial.

Es valorado por la especialidad de neumología y se plantea el diagnóstico de Sepsis Tuberculosa, síndrome de lóbulo medio, pulmonar mixta hematógena, miliar, neumónica cavitada, con alta probabilidad de absceso pulmonar necrotizante, tuberculosis endobronquial e insuficiencia respiratoria tipo 1.

Se solicitan cultivos para gérmenes comunes negativo, baciloscopia seriada negativa, TAC de tórax que reporta proceso inflamatorio abscedado en lóbulo superior y cavitación pulmonar apical derecha proceso inflamatorio lóbulo medio, fibrobroncoscopia que reporta evidencia obstrucción por secreción blanquecina de bronquio de lóbulo medio en mayor cantidad en el segmento lateral, posterior a aspiración de secreción se aprecia intensa congestión de mucosa de bronquio lóbulo medio, se localiza origen de supuración en segmento lateral de lóbulo medio, se envía muestras de lavado bronqueoalveolar a patología con resultado positivo

para proceso específico tuberculosis, y bacteriología cultivo para gérmenes comunes negativo, cultivo para tuberculosis positivo. PCR para tuberculosis en sangre negativo. Otros complementarios ecografía de rastreo abdominal reportada como normal.

Inicia tratamiento antituberculoso empírico aun comienzo hasta que llegaron los resultados de exámenes complementarios Rifampicina 600 mg, PZA 1500, INH 300mg, EMB 1000.

Por la evolución tórpida del paciente y la sobreinfección con otros gérmenes como *K. pneumoniae* se realiza junta médica con las especialidades de Neumología, Infectología y cirugía de tórax, en base a antecedentes clínicos y estado actual cumple con criterios clínicos de sepsis con riesgo de mayores complicaciones secundarios a cuadro complicado. Infectología decide ampliar la cobertura antibiótica, triasociado con levofloxacina 500 mg vo c/12 horas, imipenem 1g /150 ml de fsl c/8h en 1 ½ h, amikacina 1 gr /150 ml Fsl en 1 1/2h, se continuara con el tratamiento antituberculoso, y se solicita test de sensibilidad y resistencia para el *M. tuberculosis*. La conducta de cirugía cardiotorácica expectante en relación a una posible resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN

Se trata de un paciente joven con un cuadro de 4 semanas de evolución tratado con cefalosporinas por una neumonía adquirida en la comunidad sin mejoría clínica, por lo que es trasladado al hospital militar central COSSMIL. Se realizan, cultivo de gérmenes comunes con resultado negativo, baciloscopia negativa, una placa de tórax muestra una imagen radiopaca para cardiaca derecha con broncograma aéreo y en regiones inferiores de la imagen homogénea, fino patrón reticulointerstitial, TAC de tórax que reporta proceso inflamatorio abscedado

en lóbulo superior y cavitación pulmonar apical derecha, fibrobroncoscopia que reporta evidencia obstrucción por secreción blanquecina de bronquio de lóbulo medio en mayor cantidad en el segmento lateral, posterior a aspiración de secreción se aprecia intensa congestión de mucosa de bronquio lóbulo medio, se localiza origen de supuración en segmento lateral de lóbulo medio, se envía muestras de lavado bronqueoalveolar a patología con resultado positivo para proceso específico tuberculosis, y bacteriología cultivo para gérmenes comunes negativo, cultivo paratuberculosis positivo.

Como conclusión el paciente presentaba un cuadro de Tuberculosis hematogena, miliar, neumónica con caverna con alta probabilidad de absceso, y sobreinfección posterior razón por la que además de tratamiento específico requiere de tratamiento antimicrobiano. Cirugía cardiotorácica se mantiene expectante en cuanto a una resolución quirúrgica.

En este caso la evaluación broncoscopia fue necesaria para asegurar un diagnóstico adecuado. En la literatura se sabe que la tuberculosis endobronquial, es una la afección se diagnostica de forma relativamente fácil por broncoscopia sola, especialmente en el caso del tipo caseoso activo, el cual así mismo es fácilmente identificable por examen microbiológico porque el lavado y / o esputo bronquial suelen ser positivas para la tinción para bacilo ácido alcohol resistente. Sin embargo, en el caso de tipo edematoso, se requiere cultivo. Por lo tanto se concluye que la fibrobroncoscopia sola no es lo suficiente mente sensible ni específica para el diagnóstico de tuberculosis endobronquial y se necesita cultivo para tuberculosis del lavado bronqueoalveolar.

FIGURA 1
PLACA PA DE TÓRAX



muestra una imagen radiopaca para cardíaca derecha con broncograma aéreo y en regiones inferiores de la imagen homogénea, fino patrón reticulointersticial.

FIGURA 2
TAC DE TÓRAX



proceso inflamatorio abscedado en lóbulo superior y cavitación pulmonar apical derecha proceso inflamatorio lóbulo medio

REFERENCIAS

1. Dra. Araceli Carrillo Muñoz. Caso clínico Síndrome del lóbulo medio. *Revista Médica del Hospital General de México* 2011; 74(3); 152-156
2. Tomas Gudbjartsson, Gunnar Gudmundsson. Middle Lobe Syndrome: A Review of Clinicopathological Features, Diagnosis and Treatment *Respiration* 2012;80-86.
3. Tinu Garg, Kamal Gera, Ashok Shah. Middle lobe syndrome: an extraordinary presentation of endobronchial tuberculosis Department of Respiratory Medicine, Vallabhbai Patel Chest Institute, University of Delhi, India *Pneumonol Alergol Pol* 2015; 83: 387-391
4. Yonsei Med J. Characteristics of endobronchial tuberculosis patients with negative sputum acid-fast bacillus. *J Thorac Dis.* 2013 Dec; 5(6): 764-770.
5. Ho Cheol Kim, Hyeon Sik Kim, Seung Jun Lee, Yi Yeong Jeong, Kyoung-Nyeo Jeon, Jong Deok Lee, Endobronchial Tuberculosis Presenting as Right Middle Lobe Syndrome: Clinical Characteristics and Bronchoscopic Findings in 22 Cases. *Yonsei Medical Journal* 2008 Agosto 30; 49(4): 615-619