



Síndrome confusional como forma de presentación de bulla infectada en paciente anciano

Confusional syndrome as a form of presentation of infected bulla in an elderly patient

Fabiola Gutierrez Garcia^{1*} <https://orcid.org/0009-0005-3372-4819>

Claudia Fernández Oceguera² <https://orcid.org/0009-0000-5463-1666>

Carolina Fernández Oceguera³ <https://orcid.org/0009-0005-8892-8050>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "10 de Octubre". La Habana, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Salvador Allende". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: gutierrezgarciafabiola395@gmail.com

Cómo citar este artículo

Gutiérrez García F, Fernández Oceguera C, Fernández Oceguera C. Síndrome confusional como forma de presentación de una bulla infectada en un paciente anciano. Arch Hosp Univ “Gen Calixto García”. 2025;13(3):e1626. Acceso: 00/mes/2025. Disponible en:

<http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1626>

RESUMEN

Introducción: Las bullas infectadas constituyen una complicación que puede aparecer en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tipo enfisematoso y suele cursar con fiebre, falta de aire, tos y dolor en punta de costado, por tanto, resulta infrecuente que debute con desorientación, como síntoma principal.

Objetivo: Describir las características clínicas e imagenológicas de un paciente con síndrome confusional secundario a una bulla infectada.

Caso clínico: Paciente masculino de 82 años de edad, con antecedentes de ser fumador inveterado y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tipo enfisematoso. Es llevado a cuerpo de guardia por presentar desorientación, decaimiento e inapetencia. Se diagnostica bulla infectada con síndrome confusional asociado, mediante tomografía axial computarizada. Se indica antibioticoterapia y se obtiene evolución favorable del cuadro y desaparición de manifestaciones clínicas.

Conclusiones: El síndrome confusional secundario a bulla infectada es una entidad a tener en cuenta entre los diagnósticos diferenciales, en pacientes ancianos con antecedentes de tabaquismo y enfisema pulmonar. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejora en gran medida el pronóstico.

Palabras clave: Anciano; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfisema pulmonar; trastornos de la conciencia.

ABSTRACT

Introduction: Infected bullae are a complication that can occur in patients with emphysematous chronic obstructive pulmonary disease. They usually present with fever, shortness of breath, cough, and pain in the side; therefore, disorientation is rarely present as the main symptom.

Objective: To describe the clinical and imaging characteristics of a patient with confusional state secondary to an infected bulla.

Clinical case: An 82-year-old male patient with a history of heavy smoking and emphysematous chronic obstructive pulmonary disease. Was brought to the emergency room due to disorientation, weakness, and loss of appetite. An infected bulla associated with confusional state was diagnosed by computed tomography. Antibiotic therapy was prescribed, and the patient's condition progressed favorably with resolution of clinical manifestations.

Conclusions: Confusional syndrome secondary to an infected bulla should be considered in the differential diagnosis of elderly patients with a history of smoking and pulmonary emphysema. The early diagnosis and treatment greatly improve the prognosis.

Keywords: Elderly; chronic obstructive pulmonary disease; pulmonary emphysema; consciousness disorders.



Recibido: 02/11/2025.

Aprobado: 23/12/2025.

INTRODUCCIÓN

El enfisema pulmonar es un fenotipo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que se manifiesta cuando existe un agrandamiento anormal y permanente de los espacios de aire distales a los bronquiolos terminales de los pulmones, acompañado de la destrucción de las paredes alveolares y sin fibrosis obvia.^(1,2)

Una bulla se define como un espacio aéreo de más de 1 cm de diámetro, rodeado por un parénquima normal. Por lo general, las bullas se encuentran asociadas al enfisema, pero también pueden verse en afecciones como el asma y la bronquiectasia.⁽¹⁾

Las bullas infectadas constituyen una complicación que puede aparecer en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tipo enfisematoso. Existen escasas investigaciones difundidas en la literatura científica, de pacientes con esta entidad.⁽³⁾

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica constituye la cuarta causa de muerte en el mundo, con 3,5 millones de fallecimientos en 2021. Esta cifra representa alrededor del 5 % de las muertes a nivel mundial. Afecta a 200 millones de personas, con una mayor incidencia en adultos mayores.⁽⁴⁾ En Latinoamérica, la prevalencia de la EPOC es de 8,9 %.⁽⁵⁾ Al cierre del 2019, ocurrieron en Cuba 4 079 muertes por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, lo cual constituye la sexta causa de muerte para todas las edades con una tasa ajustada anual de mortalidad de 38,7 por cada 100 mil habitantes en el sexo masculino y 33,8 por cada 100 mil habitantes en el sexo femenino. En La Habana, se registró en el mismo año una tasa de mortalidad de 42,3 fallecidos por cada 100 mil habitantes, a causa de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.⁽⁶⁾

El síndrome confusional agudo (SCA) es una enfermedad frecuente. Está presente entre el 10 y el 15 % de los pacientes adultos médico-quirúrgicos. Esta proporción se eleva al 30 % en pacientes geriátricos.^(4,5,6)

Aunque las infecciones respiratorias pueden precipitar un cuadro confusional; resulta infrecuente que el síntoma principal de una bulla infectada sea la desorientación, y no síntomas generales y respiratorios como: fiebre, tos, falta de aire y dolor en punta de costado. El objetivo de esta presentación es describir las características clínicas e imagenológicas de un paciente con síndrome confusional secundario a una bulla infectada.

CASO CLÍNICO

Página 3



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Motivo de ingreso: tos seca.

Paciente masculino de 82 años de edad, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisematoso y de ser fumador inveterado. Lleva tratamiento con salbutamol (100 mcg) a demanda. Es llevado a cuerpo de guardia por presentar desorientación en los últimos cuatro días, asociada a inapetencia y decaimiento marcado en los diez días anteriores.

Examen físico positivo

Sistema respiratorio: murmullo vesicular disminuido en lóbulo inferior y medio de hemitórax derecho.

Sistema nervioso central: paciente desorientado en tiempo y espacio.

Exámenes complementarios

Esputo bacteriológico: flora normal 22/11/24.

Esputo citológico: 15/11/24, no se aprecian células neoplásicas, presencia de infiltrado inflamatorio crónico.

Esputo BAAR II: codificación 0.

Hemocultivo: sin crecimiento bacteriano.

Hemograma: leucograma: $14,8 \times 10^9/L$; linfocitos: 18,5; polimorfonucleares: 77,6; monocitos: 3,9; hemoglobina: 12,4 g/l; plaquetas: $468 \times 10^9/L$.

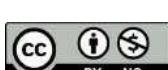
Hemoquímica: colesterol: 3 mmol/L; triglicéridos: 1,3 mmol/L; glicemia: 44,8 mmol/L; alanina aminotransferasa (TGP-ALAT): 33 g/L; aspartato aminotransferasa (TGO-ASAT): 24 g/L; proteínas: 76 g/L; albúmina: 32 g/L; urea: 1,71 mmol/L; creatinina: 0,85 mg/dL.

Radiografía de tórax: se observa radiopacidad a nivel de lóbulo inferior y medio de hemitórax derecho. ([Fig. 1](#))

Ultrasonido abdominal: vesícula de tamaño normal, paredes finas, no litiasis visible, hígado de tamaño normal, ecogenicidad homogénea, sin lesión focal, ni dilatación de vías biliares, riñones simétricos, de contornos regulares, sin dilatación ni litiasis, ni adenopatías profundas. El resto del hemiabdomen superior es normal.

Ultrasonido de cadenas ganglionares: a nivel de las zonas inguinal, cervical y axilar no se observan adenopatías de aspecto inespecífico.

Tomografía axial computarizada simple de pulmón: en los cortes troncopulmonares se observan signos de fibrosis apical, algunas bullas aisladas subpleurales, pequeñas y bilaterales. En el pulmón derecho,



lóbulo superior segmento postero-superior e inferior y en lóbulo inferior, segmentos laterales y anteriores se observan imágenes hipodensas 14 - 24 UH bien delimitadas, las dos superiores de paredes definidas, que miden 21 x 16 mm y 64 x 42 mm. La mayor de paredes gruesas mide 7 mm y 99 x 79 mm, adosadas a la pleura y asociadas al derrame pleural, de pequeña cuantía extendido hasta la cisura media, con lesiones de aspecto inflamatorio en relación con bullas infectadas. Existe presencia de adenopatías mediastinales, algunas mayores de 1 cm y el árbol traqueobronquial es permeable. ([Fig. 2](#)).

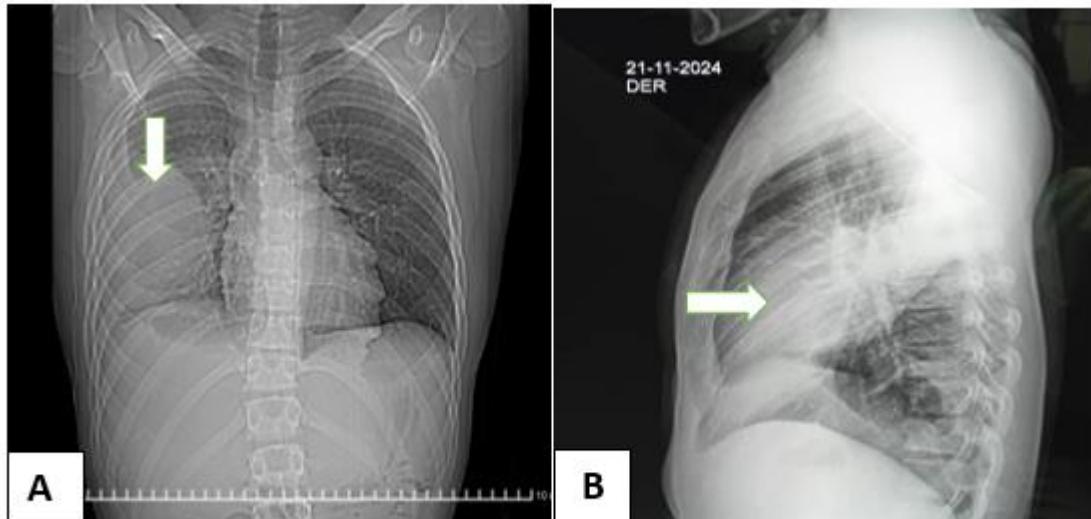


Fig. 1. Radiografía de tórax. A: Vista Anteroposterior. B: Vista lateral. Obsérvese radiopacidad a nivel de lóbulo inferior y medio de hemitórax derecho.

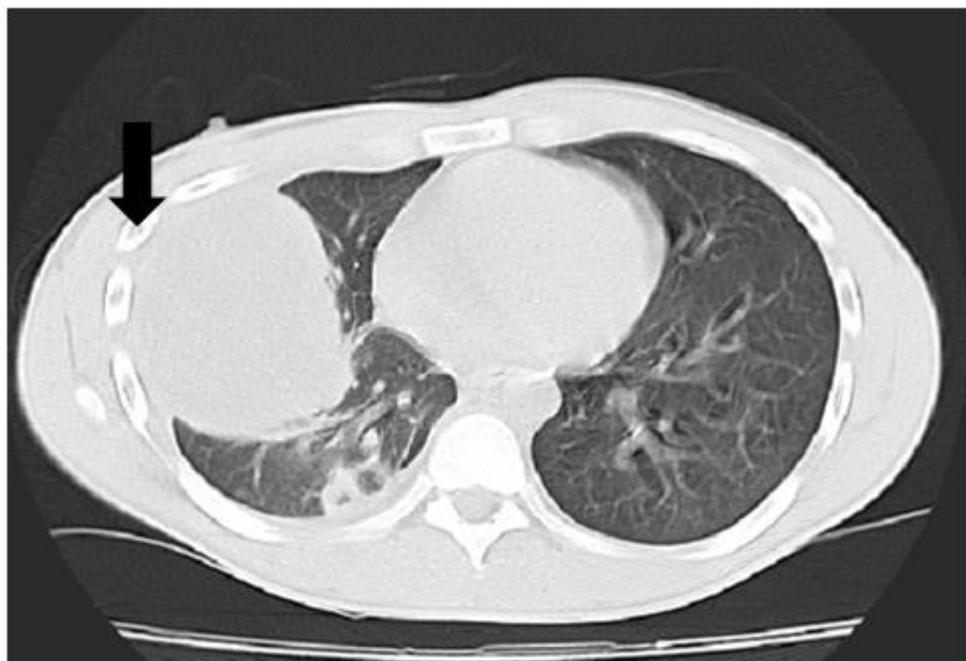


Fig. 2. Tomografía axial computarizada de tórax. Se observa imagen hipodensa bien delimitada adosada a la pleura en relación con derrame pleural.

Cumplió tratamiento con cefixima (tab 400 mg) una tableta diaria, durante siete días. Luego se administró ceftriaxona (bbo 1g), un bulbo endovenoso cada 12 horas, durante 14 días. Por no haber mejoría en los síntomas, se decide iniciar tratamiento con aztreonam (bbo 1g) un bulbo endovenoso cada 12 horas, durante siete días. Luego se administra piperacilina/ tazobactam (bbo 1,25 mg) un bulbo endovenoso cada 8 horas, por 14 días. Luego de 42 días de terapia antibiótica, el paciente presentó evolución favorable y se logró regresión del síndrome confusional, por lo cual se decide egreso hospitalario y seguimiento por consulta externa.

DISCUSIÓN

El síndrome confusional es una enfermedad cuya incidencia y prevalencia aumenta con la edad y es más frecuente cuando se han superado los 75 - 80 años y es casi desconocida, antes de los 60 - 65 años.^(9,11,12)

Por ello, es importante considerar aquellos cambios que predisponen a un sujeto a presentar cuadro confusional, e identificar los factores precipitantes de dicho trastorno. Los más frecuentes son el envejecimiento cerebral fisiológico, la presencia de enfermedad orgánica cerebral (demencia o deterioro

cognitivo, depresión y ansiedad), cambios neuroquímicos y psicológicos, la hospitalización, infecciones, uso de fármacos, alteraciones metabólicas y desnutrición, enfermedades neurológicas agudas y la cirugía previa.⁽⁴⁾

El comienzo de un síndrome confusional agudo es fluctuante en su curso, con una duración variable limitada a horas o semanas. Sus síntomas característicos están representados en esencial por un déficit en la atención que es el síntoma cardinal, acompañado por trastornos del pensamiento y su flujo normal está dañado, manifestado por trastorno del habla, repeticiones y cambios de temas que forman un discurso de difícil comprensión.⁽⁵⁾

La dificultad para procesar todos los estímulos recibidos y su interpretación dañan la perceptividad, lo cual se expresa por ilusiones y alucinaciones. Estas pueden ser visuales, auditivas o mixtas. La conducta motora puede afectarse en este tipo de paciente, caracterizada por hiperactividad, agitación y disautonomía. Con menos frecuencia se puede ver la hipoactividad, más común en personas ancianas, acompañada de abandono de las actividades en la vida cotidiana, como ocurrió en este caso. La desorientación temporal y espacial acompaña a los trastornos de la memoria.⁽⁶⁾

Dentro de la literatura se han descrito casos de bulla infectada, como el publicado por *Heo J y otros*,⁽⁷⁾ que presentan el caso de un hombre de 55 años, fumador, con un historial de 70 paquetes al año, el cual presentó disnea, empeorada con el tiempo, asociado a fiebre y tos. En la radiografía de tórax y tomografía axial computarizada se mostró una lesión cavitaria de pared delgada, con un nivel hidroáereo en el hemitórax superior derecho. Se le realizó drenaje percutáneo del líquido bulloso y la tinción para bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) y reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Estas resultaron positivas en el líquido drenado, por lo cual el paciente fue diagnosticado con una bulla gigante, infectada por tuberculosis (TB), tratada con fármacos antituberculosos y obliteración de la cavidad pulmonar con talco. Este caso difiere del actual en cuanto a la edad de presentación, antecedentes, fuente de infección, hallazgos imagenológicos, conducta y tratamiento.

Rodríguez-Blanco y otros⁽⁸⁾ describieron el caso de una paciente femenina, de 32 años, que desarrolló una bulla gigante durante su convalecencia por COVID-19. Ella presentó disnea, dolor torácico tipo pleurítico derecho, de inicio súbito. Se le indica una tomografía axial computarizada de tórax que evidencia una gran bulla pulmonar, la cual compromete más de 1/3 del hemitórax derecho, localizada en el lóbulo inferior, sin neumotórax, ni patrón de neumonía viral. Esta misma lesión se constata en la radiografía de tórax, semejante a la del caso presentado, pero sin los antecedentes de COVID-19, ni de dolor torácico tipo pleurítico, además de que no corresponden en cuanto al sexo y la edad de presentación.

Méndez⁽¹⁰⁾ presenta el caso de una paciente pediátrica de un año de edad, con antecedentes de salud, que ingresó en sala convencional por infección respiratoria no complicada, pero se deterioró clínicamente con aparición de polipnea y tiraje. La radiografía mostró hipertransparencia del hemitórax derecho y desplazamiento del área cardíaca pero no de la tráquea. La TAC reveló una gran bulla con restos de tabiques, que invadía por delante el lado contrario. La edad de presentación no es usual en la bulla infectada, ya que los casos descritos en la literatura médica, por lo general ocurren en personas adultas y no en edades pediátricas.



En conclusión, se ha presentado el caso de un paciente fumador inveterado, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisematoso. Se diagnostica bulla infectada asociada a un síndrome confusional, que respondió de forma favorable al tratamiento empírico, con regresión de los síntomas. Esta es una entidad a tener en cuenta entre los diagnósticos diferenciales, en pacientes ancianos con antecedentes de tabaquismo y enfisema pulmonar. Su diagnóstico y tratamiento precoz mejora en gran medida el pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Gutiérrez MM, Cardona Gaviria H, Hincapie Cano LM, Oyuela Gutiérrez MC, Quevedo Cristancho TX, Valencia Riascos D, et al. Neumotórax espontáneo y enfisema bulloso en un paciente joven. A propósito de un caso. Rev Fac Med. Hum [Internet]. 2023;23(3):172-5. [acceso: 06/08/2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312023000300172&lng=es
2. Kroll C, Escobar D, Quesada J, Guevara A. Aspergiloma en enfisema ampolloso, femenina de 21 años, reporte de caso clínico. Rev Cient Cienc Salud. 2024;17(2):40-47. [acceso: 06/08/2025]. Disponible en: <https://url.org/10.17162/rccs.v17i2.2101>
3. Ortiz PS. Neumomediastino espontáneo, una complicación potencialmente mortal en neumonía por SARS-CoV-2: serie de cinco casos. Med Int Mex. 2024;40(09):621-30. [acceso: 06/08/2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=118123>
4. Lázaro Del Nogal M. Función mental y estado confusional agudo. In: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, eds. Función mental y envejecimiento. Madrid: Edimsa; 2002. p. 24154.
5. Izquierdo Condoy JS, Salazar Santoliva C, Salazar Duque D, Palacio Dávila YD, Hernández Londoño JM, Orozco Gonzalez R, et al. Challenges and Opportunities in COPD Management in Latin America: A Review of Inhalation Therapies and Advanced Drug Delivery Systems. Pharmaceutics. 2024;16(10):1318. DOI: 10.3390/pharmaceutics16101318.
6. González Díaz D, Cando Neira MA, Fernández García S, Díaz Garrido D, Díaz Toledo M. Caracterización clínica, funcional e imagenológica de pacientes egresados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Inf Cient [Internet]. 2021;100(1):e3214. [acceso: 06/08/2025]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3214>
7. Heo J, Bak SH, Ryu SM, Hong Y. Tuberculosis-Infected Giant Bulla Treated by Percutaneous Drainage Followed by Obliteration of the Pulmonary Cavity Using Talc: Case Report. J Chest Surg. 2021 Oct 5;54(5):408-11. DOI: 10.5090/jcs.20.107.
8. Rodríguez-Blanco JA, Rodríguez Blanco JD, Rodríguez Blanco JJ, Martínez Ávila MC, Acuña Caballero MC, Remolina CE. Enfermedad bullosa como complicación pulmonar en la convalecencia de COVID-19.



Rev Colomb Neumol [Internet]. 2021;32(2):66-71. [acceso: 06/08/2025]. Disponible en: <https://url.org/10.30789/rcneumologia.v32.n2.2020.536>

9. Sera Blanco RA, García Díaz M, Vallejo Ramírez AJ, Llanes González M. Manifestaciones clínicas e imagenológicas de infección pulmonar en un paciente con enfisema bulloso. Medimay [Internet]. 2015;21(1):118-24. [acceso: 06/08/2025]. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/712>

10. Uriarte Méndez Ariel Efrén, Puerto Becerra A, Herrera Romero L, Roldan Fumero J. Bula gigante secundaria a neumonía adquirida en la comunidad en niños. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2023;95:3-12. [acceso: 06/08/2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312023000100036&lng=es

11. Shinohara T, Hasebe Y, Watanabe D, Sakurayama T, Maebayashi Y, Numano F, et al. Giant pulmonary bulla causing respiratory compromise in a very low-birthweight infant. Clin Case Rep. 2022;10(11):e6577. DOI: 10.1002/ccr3.6577.

12. Saínz Menéndez B. Enfisema pulmonar y bullas de enfisema: Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet]. 2006;45(3-4):1-7. [acceso: 06/08/2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932006000300022&lng=es

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Fabiola Gutierrez Garcia, Claudia Fernández Oceguera, Carolina Fernández Oceguera.*

Curación de datos: *Fabiola Gutierrez Garcia, Claudia Fernández Oceguera, Carolina Fernández Oceguera.*

Investigación: *Fabiola Gutierrez Garcia, Claudia Fernández Oceguera, Carolina Fernández Oceguera.*

Metodología: *Fabiola Gutierrez Garcia, Claudia Fernández Oceguera, Carolina Fernández Oceguera.*

Administración del proyecto: *Fabiola Gutierrez Garcia, Claudia Fernández Oceguera, Carolina Fernández Oceguera.*

Recursos: *Fabiola Gutierrez Garcia, Claudia Fernández Oceguera, Carolina Fernández Oceguera.*

Software: *Fabiola Gutierrez Garcia, Claudia Fernández Oceguera, Carolina Fernández Oceguera.*

Validación: *Fabiola Gutierrez Garcia, Claudia Fernández Oceguera, Carolina Fernández Oceguera.*

Redacción - Elaboración del borrador original: *Fabiola Gutierrez Garcia.*

Redacción - Revisión y edición: *Fabiola Gutierrez Garcia.*

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existe conflictos de interés.



Financiación

Los autores no recibieron financiación para la realización de este artículo.

