

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

CASOS RADIOLOGICOS

Editor Dr. CRISTIAN GARCIA BRUCE*, Dra.
CARMEN GLORIA OTERO FUENTES**

HISTORIAS CLINICAS

CASO 1

Paciente de sexo masculino de 50 años que presenta historia de decaimiento, fiebre vespertina de hasta 38°C axilar y tos productiva de aproximadamente 3 semanas de evolución.

CASO 2

Paciente de sexo masculino de 45 años, que consulta por dolor tipo puntada en hemitórax izquierdo, de 3 semanas de evolución.

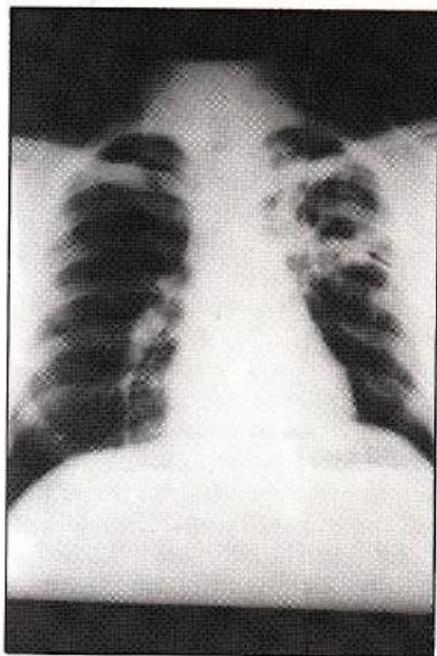


Figura 1.

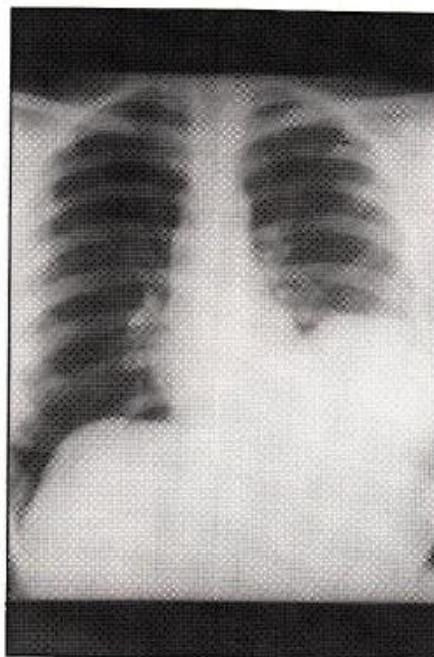


Figura 2a.



Figura 2b.

* Profesor Auxiliar de Radiología, Departamento de Radiología.

** Becaria, Departamento de Radiología

RESPUESTAS

CASO 1

- Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar.
- Hallazgos Radiológicos: En la Figura 1 se observa un grupo de sombras confluentes en el lóbulo superior del pulmón izquierdo, compatibles con una neumopatía. En la región central de esta lesión se observa un área de menor densidad que corresponde a una zona de excavación y disminución de volumen del lóbulo superior izquierdo, con ascenso del hilio pulmonar de este lado.

DISCUSION

La tuberculosis pulmonar continúa siendo una enfermedad de gran importancia en nuestro país, y puede presentarse como forma primaria o secundaria.

La tuberculosis pulmonar secundaria o de reactivación, que corresponde a nuestro caso clínico, ocurre fundamentalmente en adultos como resultado de la reactivación de un foco de infección adquirida en edad temprana y puede presentar distintos patrones radiológicos. La forma más frecuente es una condensación en los lóbulos superiores (segmentos apical, posterior) o en los segmentos superiores de los lóbulos inferiores, con reducción de volumen del parénquima. Los focos de inflamación y necrosis crecen y pueden comunicarse con la vía aérea o la cavidad pleural. Pueden también excavarse, con formación de cavidades que pueden ser únicas o múltiples, ocasionalmente con niveles hidroaéreos en su interior. La comunicación del proceso hacia el árbol bronquial puede provocar diseminación hacia otros segmentos pulmonares, la que aparece radiológicamente como múltiples imágenes acinares que pueden comprometer uno o ambos pulmones y que corresponde a la diseminación broncogena.

La tuberculosis miliar corresponde a diseminación hematogena de la enfermedad y puede ocurrir en la infección primaria o secundaria. En estos casos la fase inicial la radiografía de tórax puede ser normal y posteriormente aparecen múltiples nódulos pulmonares de menos de 2 mm de diámetro que comprometen difusamente ambos pulmones y determinan un patrón radiológico característico.

El compromiso pleural es frecuente en la tuberculosis pulmonar. El derrame pleural puede presentarse con o sin una lesión pulmonar evidente, aunque algunas veces el derrame impide la visualización del compromiso parenquimatoso.

La tuberculosis pulmonar, una vez tratada, puede curar en forma prácticamente completa, aunque generalmente deja lesiones cicatriciales o residuales que pueden calcificar y son evidentes en el examen radiológico.

La tuberculosis pulmonar primaria ocurre fundamentalmente en niños y se presenta con mayor frecuencia con adenopatías hiliares, unilaterales, asociadas a un proceso de condensación pulmonar, más frecuente en lóbulos superiores. Esta puede cicatrizar dejando una lesión parenquimatosa y

ganglios hiliares calcificados, lo que constituye una prueba de tuberculosis primaria previa (complejo de Ranke).

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Fraser R, Paré J: Diagnosis of diseases of the chest. W.B.Saunders Co., 1989: 882-933.
2. Pedrosa C: Tuberculosis. En: Essentials of radiologic imaging. J.B. Lippincott Co., 1987;787-802.

CASO 2

- Diagnóstico: Quiste hidatídico pulmonar
- Hallazgos radiológicos: En las Figuras 2a y 2b se observa una masa densa, redondeada, de 10 cm de diámetro mayor, de contornos bien delimitados en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. La masa presenta una densidad homogénea y el parénquima pulmonar que rodea la lesión no presenta alteraciones radiológicas.

Este paciente presentaba serología positiva para hidatidosis y el diagnóstico de quiste hidatídico fue confirmado por cirugía y anatomía patológica.

DISCUSION

La hidatidosis es una zoonosis producida por el *Equinococcus granulosus*. El hombre es un huésped intermedio, que contrae la enfermedad por contacto con perros infectados (huésped definitivo) o por ingestión de agua o elementos contaminados. Aunque su frecuencia ha disminuido, la hidatidosis sigue siendo en Chile un mal endémico.

En orden de frecuencia, el pulmón es el segundo órgano más comprometido (15-30%), después del hígado (65-70%). El resto corresponde a compromiso de otros órganos como bazo, riñones, cerebro y huesos.

En la radiografía de tórax se observa con mayor frecuencia una o más opacidades redondeadas, bien circunscritas, rodeadas de parénquima pulmonar, que pueden medir desde pocos milímetros hasta 20 cm o más de diámetro. La mayoría se localiza en las bases pulmonares y en 20 - 30% de los casos las lesiones son múltiples.

Cuando hay comunicación directa con un bronquio, se produce vaciamiento del contenido del quiste y entrada de aire, que determina la aparición de un nivel hidroaéreo en su interior. En estos casos las membranas del quiste pueden flotar en el líquido y producir el clásico "signo del camalote". Si entra aire en la pared del quiste, esto aparece como una línea fina radiolúcida, excéntrica, en la pared superior del quiste produciendo el signo del "crescente" o del "menisco".

Los quistes más antiguos o infectados pueden presentar una pared gruesa por atelectasia adyacente y cambios reactivos, lo que en la radiografía de tórax aparece como el "signo del doble arco". En el diagnóstico diferencial de una lesión pulmonar redondeada de estas características, debe considerarse metástasis pulmonar, cáncer bronquial, adenoma bronquial, quiste broncogénico y secuestro pulmonar.

El ultrasonido es de mucha utilidad para confirmar la naturaleza quística de estas lesiones y así diferenciarlas de otras masas sólidas. La tomografía computada también puede diferenciar entre lesiones sólidas y quísticas y es además de utilidad en la evaluación de las complicaciones de esta enfermedad.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Fraser R, Pare J: Diagnosis of diseases of the chest. W.B.Saunders Co., 1989;1102-1108.
2. Jerry M, Benzarti M, Garronche A: Hydatidic disease of the lungs. Am Rev Respiratory Dis, 1992;146:185-189.