

## 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>

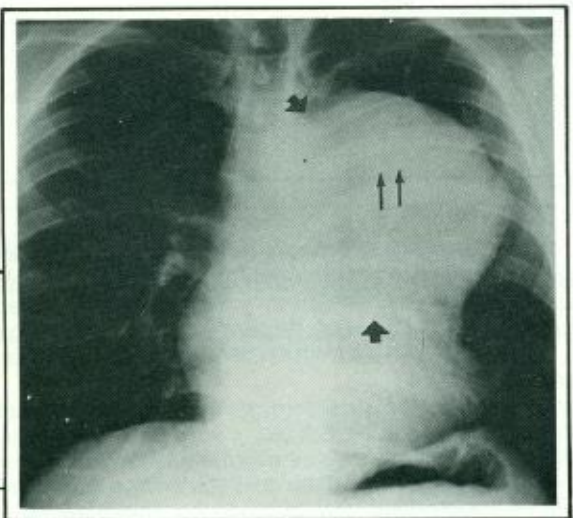
HISTORIAS CLINICAS

Editor: DR. CRISTIAN GARCIA BRUCE  
Profesor Auxiliar de Radiología  
Departamento de Radiología

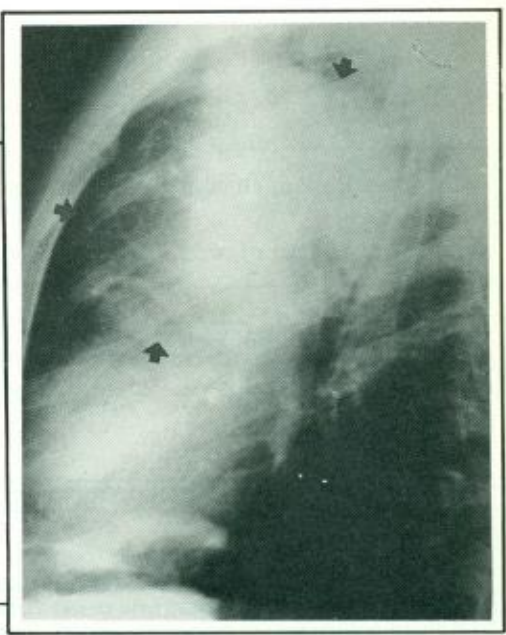
Becario JAIME AGUILAR GONZALEZ  
Departamento de Radiología

**CASO N° 1**  
Hombre de 26 años, que consulta por dolor torácico y disnea en relación a ejercicio. Sin otros antecedentes clínicos de importancia.

1a



1b



**CASO N° 2**  
Hombre de 65 años cursando el décimo día postoperatorio de una colecistectomía y coledocostomía por colecistitis aguda y coledocolitiasis. Presenta cuadro brusco de dolor torácico derecho asociado a disnea y tos. Sin otros antecedentes clínicos de importancia.

2



## RESPUESTAS

### CASO N° 1

**Diagnóstico:** Teratoma mediastínico benigno

**Hallazgos radiológicos:** La radiografía de tórax en ambas proyecciones (Figuras 1a y 1b) muestran una masa de partes blandas que ocupa fundamentalmente el mediastino anterior (cabezas de flechas), con calcificaciones pequeñas en su interior (flechas pequeñas).

**Discusión:** Las masas del mediastino son de variada etiología. Para efectos prácticos, el mediastino se ha dividido en compartimientos anterior, medio y posterior, lo que permite efectuar una aproximación diagnóstica, dependiendo de su localización. El mediastino anterior está delimitado anteriormente por el esternón y posteriormente por el pericardio, aorta y vasos braquiocelíficos. El diagnóstico diferencial de las masas localizadas en este compartimiento del mediastino debe incluir: linfoma, timoma, tumores de células germinales (teratoma, dermoides), bocio intratorácico y, menos frecuentemente, lipoma, quiste, pericárdico, hernia diafragmática de Morgagni. Dentro de éstos, los que pueden presentar calcificaciones como las de este paciente son fundamentalmente los tumores de las células germinales, especialmente el teratoma (benigno o maligno) y con menor frecuencia el bocio.

Los teratomas del mediastino aparecen en edades tempranas de la vida, con mayor frecuencia en adultos jóvenes, entre la segunda y cuarta década de la vida. Característicamente contienen elementos originados del ectodermo, mesodermo y endodermo y con frecuencia presentan calcificaciones en su interior. El diagnóstico diferencial entre teratoma benigno y teratocarcinoma es difícil sólo con los métodos de diagnóstico por imágenes y generalmente la diferencia se establece con el estudio histopatológico.

### CASO N° 2

**Diagnóstico:** Embolia e infarto pulmonar del lóbulo inferior derecho

**Hallazgos radiológicos:** La radiografía de tórax (Figura 2), muestra derrame pleural basal y marginal derecho (flechas pequeñas) y sombras confluentes, de condensación, del lóbulo inferior (cabezas de flechas), con disminución de volumen de este lóbulo y ascenso del hemidiafragma.

**Discusión:** La enfermedad tromboembólica pulmonar (ETEP) presenta una alta mortalidad, y su diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para mejorar su pronóstico. El diagnóstico clínico puede ser difícil y debe sospecharse en pacientes con cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por dolor torácico, disnea, ansiedad, tos y hemoptisis.

La radiografía de tórax puede no mostrar alteraciones en alrededor de un 40% de los pacientes. En el resto puede observarse una o más de las siguientes: derrame pleural, condensación pulmonar, generalmente periférica, como manifestación de un infarto pulmonar, atelectasia, disminución localizada de la circulación pulmonar y aumento del tamaño de la arteria pulmonar principal.

La cintigrafía pulmonar con estudio de ventilación-perfusión descarta el diagnóstico de ETEP cuando es negativa. Cuando demuestra alteraciones de la perfusión segmentarias con ventilación normal, la especificidad para el diagnóstico de ETEP es cercana al 100%. Sin embargo, su especificidad disminuye significativamente cuando existe enfermedad pulmonar de base.

Por último, la arteriografía pulmonar, examen invasivo, es el único método que muestra directa y positivamente la presencia de ETEP. Este permite también la infusión localizada de agentes trombolíticos a través del catéter.

### REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Taveras, J, Ferrucci, J: Pulmonary thromboembolism. *Radiology*, 1988; 1:8-15
2. Kadir, S. Thromboembolic disease. En: *Diagnostic angiography*. W.B. Saunders and Co. 1986; 598-603.
3. Pedrosa, C. El mediastino. En: *Diagnóstico por imágenes*. Ed Interamericana, Mc Graw-Hill, 1986; 283-286.
4. Fraser, R, Paré J. The mediastinum. En: *Diagnosis of diseases of the chest*. W.B. Saunders and Co., 1989; 2814-2837.