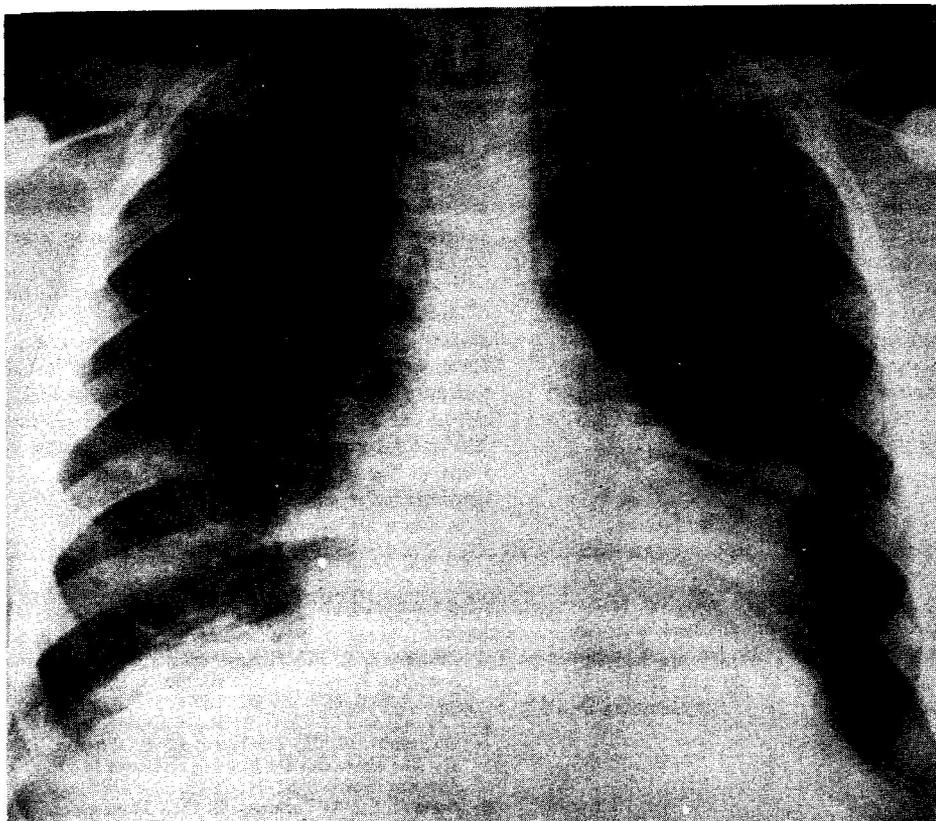


### EL CASO RADIOLOGICO

Carlos Chamorro Mera, M.D.  
Profesor Asociado de Radiología,  
Hospital Universitario del Valle,  
Universidad del Valle, Cali, Colombia.



#### HAGA SU DIAGNOSTICO

Hombre de 22 años de edad, raza negra (J.P.), procedente de Tumaco, consulta por tos, expectoración mucopurulenta, fiebre, decaimiento y escalofríos. El leucograma reveló eosinofilia y la citología del lavado bronquial fue presuntiva de adenocarcinoma o de adenoma bronquial. La búsqueda en el esputo para hongos y B.K. fue negativa.

#### POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Metástasis pulmonares
2. Granulomas múltiples
3. Carcinoma bronquioalveolar
4. Quistes hidatídicos

(Respuesta Página 44 )

Louis, Mo. C. V. Mosby, Co. pp 762-793 1972.

2. McClure, P.D.: Idiopathic thrombocytopenic purpura in children: Diagnosis and management. *Pediatrics*, 55: 68-74, 1975.
3. Choi, S.I. y McClure, P.D.: Idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood. *Canad. Med. Ass. J.* 97: 562-568, 1967.
4. Simons, S.M., Main, C.A., Yaish, H.M. y Rutzky, J.: Idiopathic thrombocytopenic purpura in children. *J. Ped.* 87: 16-22, 1975.
5. Lusher, J.M., y Zuelzer, W.W.: Idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood. *J. Ped.* 68: 971-979, 1966.
6. Lammi, A, Lovricv A. Idiopathic thrombocytopenic purpura: An epidemiologic study. *J. Pediatrics*. 83: 31-36, 1973.
7. Buchanan, G.R., Scher, C.S., Button, L.N., y Nathan, D.G.: Use of homologous platelet survival in the differential diagnosis of chronic thrombocytopenia in childhood. *Pediatrics*, 59: 49-54 1977.
8. Harrington, E.J., Ninnick, V., Hollingsworth, J.W., y Moore, C. V.: Demonstration of a thrombocytopenic factor in the blood of patients with thrombocytopenic purpura. *J. Lab. Clin. Med.*: 38: 1-9, 1951.
9. McClure, P.D.: Idiopathic thrombocytopenic purpura in children Should corticosteroids be given?. *Am. J. Dis. Child.* 131: 357 359, 1977.
10. Zuelzer, W.W. y Lusher, J.M.: Childhood idiopathic thrombocytopenic purpura. To treat or not to treat. *Am. J. Dis. Child.* 131: 360-362, 1977.
11. Lightsey, A.L., McMillan, R. y Kornic, H.M.: Childhood ITP. Aggressive management of life, threatening complications. *JAMA.* 232: 734-736, 1975.
12. Caplan, S.N., y Berkman, E.: Immunosuppressive therapy of idiopathic thrombocytopenic purpura. *Med. North Am.* 60: 971 983, 1976.

**RESULTADO DEL CASO RADIOLOGICO**

**DESCRIPCION RADIOLOGICA**

La silueta cardíaca se halla aumentada de tamaño y sus contornos están deformados, en el borde del ventrículo izquierdo sobresale una formación redondeada de 2 x 3 cms., de límites muy nítidos, otra imagen similar puede observarse en el perfil de la aurícula derecha hacia la parte media. Existe otra masa intrapulmonar de contornos imprecisos que ocupa la base del pulmón derecho, de forma indefinida, por dentro de la cual se ven algunos infiltrados blandos de aspecto alveolar; el hemidiafragma de este lado es borroso y hay pequeño derrame pleural que oblitera el seno costofrénico lateral del mismo lado. Finalmente, por debajo de la punta cardíaca y por fuera de la misma hay otro abultamiento de 5 x 3 cms. Es de anotar que no hay cavitaciones ni calcificaciones de estas masas.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

1. Como una norma cuando quiera que uno vea más de 2 lesiones intratorácicas debe plantear la posibilidad de metástasis, en este caso habría que pensar en aquellos tumores que den siembras pulmonares, pericárdicas y posiblemente diafragmáticas. Los carcinomas que frecuentemente se comportan de esta forma son los broncogénicos y el de mama<sup>1</sup>. Es de anotar además que dado el tamaño de las lesiones se deben considerar aquellos tumores que originan metástasis en forma de "balas de cañón"; los más comunes son los sarcomas y teratomas de cualquier tipo, el seminoma, el carcinoma renal, el de colon, ovario, cervix y mama, estos 3 últimos en mujeres como es lógico.
2. Las entidades que usualmente dan granulomas múltiples son la tuberculosis, la histoplasmosis y la blastomicosis, sin embargo la mayoría de estos granulomas son pequeños, calcifican en un alto porcentaje especialmente en casos de tuberculosis o de histoplasmosis, es muy poco frecuente el compromiso del pericardio en forma de nódulos o masas. Además, en estas enfermedades granu-

lomas es usual encontrar otro tipo de lesiones pulmonares como las cavernas, la fibrosis, la reacción pleural ya sea derrame o engrosamiento, los exudados pulmonares etc.

3. El carcinoma bronquioalveolar tiene varias formas de presentarse y una de ellas podría ser la del caso en discusión, con masas pulmonares y pericárdicas por invasión directa o por metástasis. Es de los pocos tumores que pueden confundirse con neumonía por la presencia de broncograma aéreo. Otra de las características que ayuda en su diagnóstico es la visualización de bandas fibrosas dentro de la masa, las cuales son mejor identificadas mediante el uso de la tomografía pulmonar<sup>2</sup>. La reacción fibrosa que origina este tumor se puede extender hacia la pleura en forma de estriaciones adoptando formas una de las cuales se conoce como el signo de las "orejas de conejo". El diagnóstico de esta neoplasia se establece mediante la citología de esputo, biopsia transbronquial, transtorácica y por toracotomía<sup>2</sup>.
4. La hidatidosis pulmonar es muy rara entre nosotros y común en los países criadores de ovejas como Argentina, Uruguay, Irán, España etc. Los casos informados en Colombia han correspondido a patología importada, sin embargo hay casos autoctonos como el presente que corresponde al publicado por D'Alessandro y colaboradores<sup>3</sup>. En efecto, este hombre joven nunca había salido del país. Las únicas pistas diagnósticas de hidatidosis en este caso son el compromiso del pericardio y del diafragma, sitios muy poco frecuentados por las metástasis. La radiografía lateral con tomografía de este paciente (figura 2), muestra un conglomero de quistes o masas en forma de "racimo de uvas" imagen que por su aspecto puede ayudar a pensar en esta entidad.

Se conocen otros signos en hidatidosis pulmonar <sup>4,5</sup> no observados en el caso discutido, como la calcificación de los quistes con aspecto de cáscara de huevo, localizada en la pared del quiste, es infrecuente en los quistes la localización



Figura 2. Tomografía lateral del tórax. Se observan formaciones redondeadas agrupadas entre sí que semejan "racimo de uvas" y proyectadas sobre la silueta cardíaca. Nótese además la irregularidad del diafragma en su mitad posterior.

pulmonar pero ha sido informada<sup>5,6</sup>. Estas calcificaciones son comunes en otras vísceras como el hígado, bazo, riñón, por lo cual es conveniente cuando se piensa en *Echinococcus* explorar el abdomen y buscar esta alteración en la densidad de los tejidos<sup>7</sup>. Otro de los signos es el llamado signo del "menisco" en los quistes de pulmón; es la presencia de aire entre el endoquiste y el periquiste el cual adopta la forma de semiluna. Este signo se conoce también con el nombre del "desprendimiento" aludiendo a la separación del endoquiste. El signo del menisco no es patognomónico de esta entidad pues otras enfermedades lo pueden presentar como la aspergilosis, el carcinoma broncogénico, las cavernas tuberculosas llenas de coágulos etc.<sup>7</sup>. El hallazgo más específico de la hidatidosis pulmonar es el conocido como el signo "del camalote" de los autores suramericanos, de la "lila de agua" o del "oleaje" de otros investigadores. Todos

estos nombres se refieren al desprendimiento de membranas dentro del propio quiste que tiene comunicación bronquial y por tanto está lleno parcialmente de aire. En áreas endémicas ayuda al diagnóstico el signo conocido como del "doble arco"; es la visualización de los contornos del endoquiste, tanto por encima como por debajo por medio del aire. En realidad, es una combinación del signo del menisco y del camalote.

Los quistes hidatídicos pueden ser únicos o múltiples en un 5-25% de los casos, no solamente se presentan en forma múltiple en los pulmones sino también en otras vísceras como hígado, bazo, riñón, cerebro, órganos de la pelvis, huesos etc.

El diagnóstico final se estableció en este caso mediante cirugía. Se encontraron quistes en el pericardio, aurícula derecha, vena cava superior. En el pulmón se hallaron quistes en el lóbulo medio, este mismo grupo infiltraba el hemidiafragma derecho, la pleura; mediante laparotomía se estableció el compromiso del hígado tanto del lóbulo derecho como del izquierdo, este último con formaciones bastante grandes de 8 x 12 cm, todos estos quistes fueron sometidos a estudios patológicos. Es de anotar que según D'Alessandro et al<sup>3</sup> este caso por sus características no corresponde a un *E. granulosus* ni a *E. multilocularis*. Su aspecto poliquistico sugiere tratarse de *Echinococcus vogeli* cuyo huésped definitivo es un perro silvestre.

#### DIAGNOSTICO FINAL

Hidatidosis poliquistica múltiple con compromiso del pericardio, aurícula derecha, vena cava superior, lóbulo medio del pulmón, diafragma, pleura e hígado.

#### REFERENCIAS

1. Friedberg, C. K.: *Diseases of the heart*. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 3a. ed. 1969. pp. 1711.
2. Martínez, L. O. y Cohen, G. H.: Bronchiolar alveolar carcinoma of the lung. *South Med J* 67: 447-455, 1974.
3. D'Alessandro, A., Henao, H. y Cuello, C.: Un caso colombiano autóctono de hidatidosis poliquistica múltiple de hígado, pericardio, pulmones, pleura y corazón. *Acta Med Valle* 9: 28-35, 1978.
4. Schlanger, P. M. y Schlanger, H.: Hydatidic disease and its Roentgen picture. *Am J Roentgenol* 60: 331-347, 1948.
5. Bonakdarpour, A.: Echinococcus disease. Report of 112 cases from Iran and review of 611 cases from United States. *Am J Roentgenol* 99: 660-667, 1967.
6. Oosthuizen, S. F. y Fainsinger, M. H.: Hydatidic disease. *Radiology* 53: 248-255, 1949.
7. Reeder, M. M.: R.P.C. of the month from the Afip. *Radiology* 95: 429-437, 1970.