

El caso radiológico.

Carlos Chamorro-Mera, M.D.*

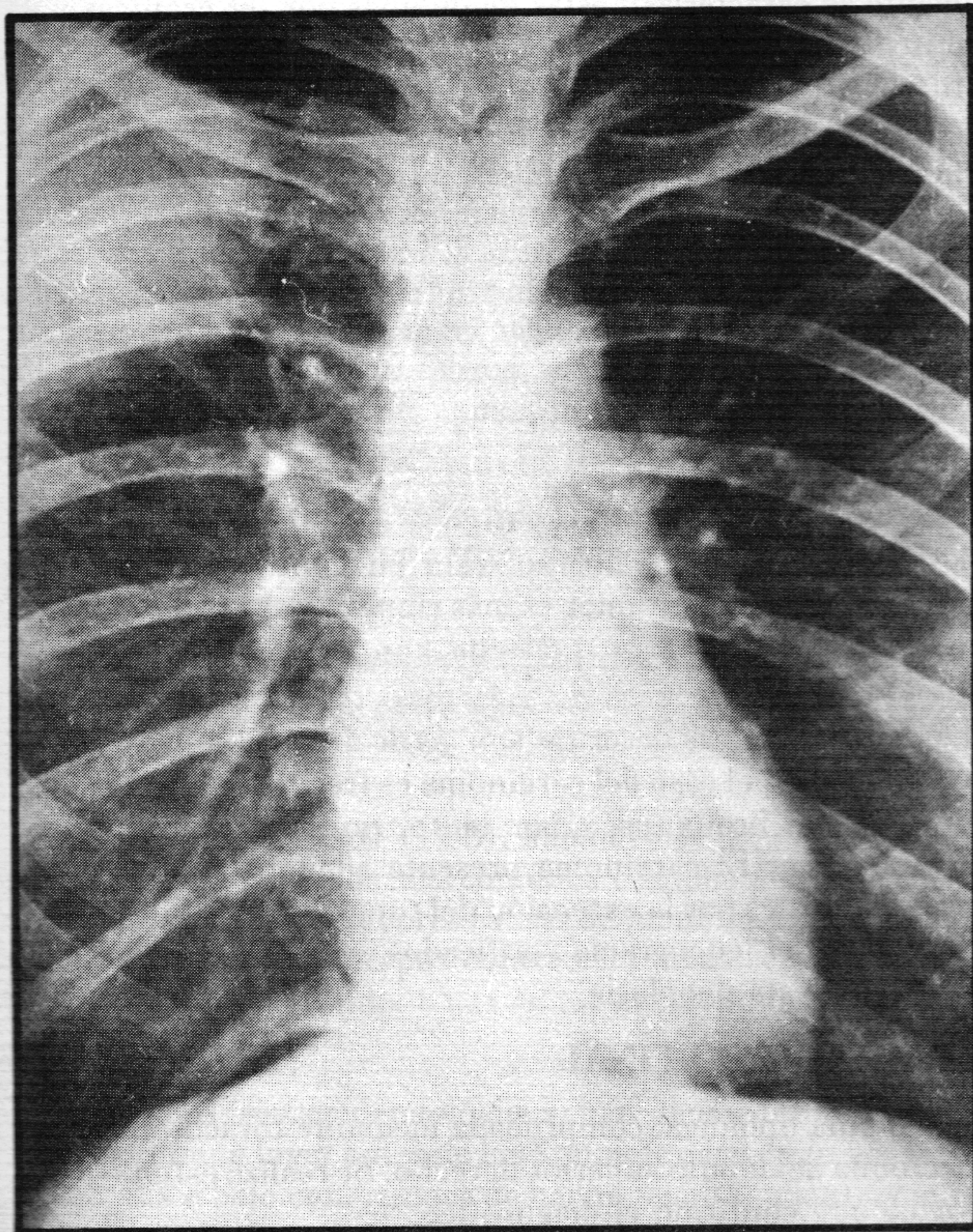


Figura 1A

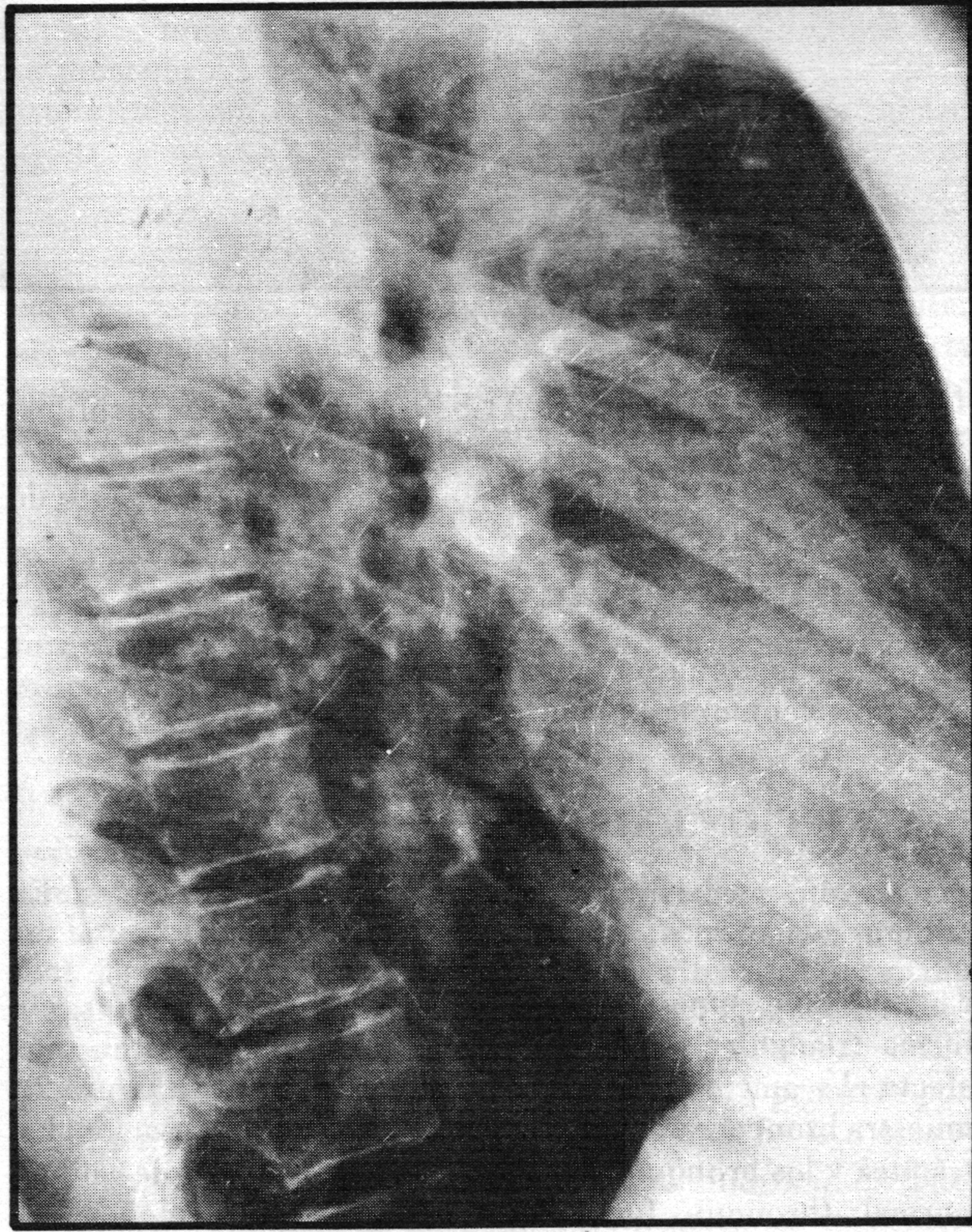


Figura 1B

HAGA SU DIAGNOSTICO

Mujer blanca de 29 años, con historia de dolor en el hemitórax derecho y en la región escapular, desde 4 meses atrás, sin relaciones con la respiración ni con la tos; además, se queja

de fiebre no cuantificada, anorexia, pérdida de peso y tos con expectoración mucosa escasa.

Como antecedentes de importancia fuma un paquete de cigarrillos diariamente, un sobrino que no vive con ella sufre tuberculosis (TBC). Como remedio casero contra la tos ha tomado enjundia de gallina en varias oportunidades. El examen físico revela aumento de vibraciones vocales en el lóbulo superior derecho con respiración ruda en el mismo sitio.

* Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

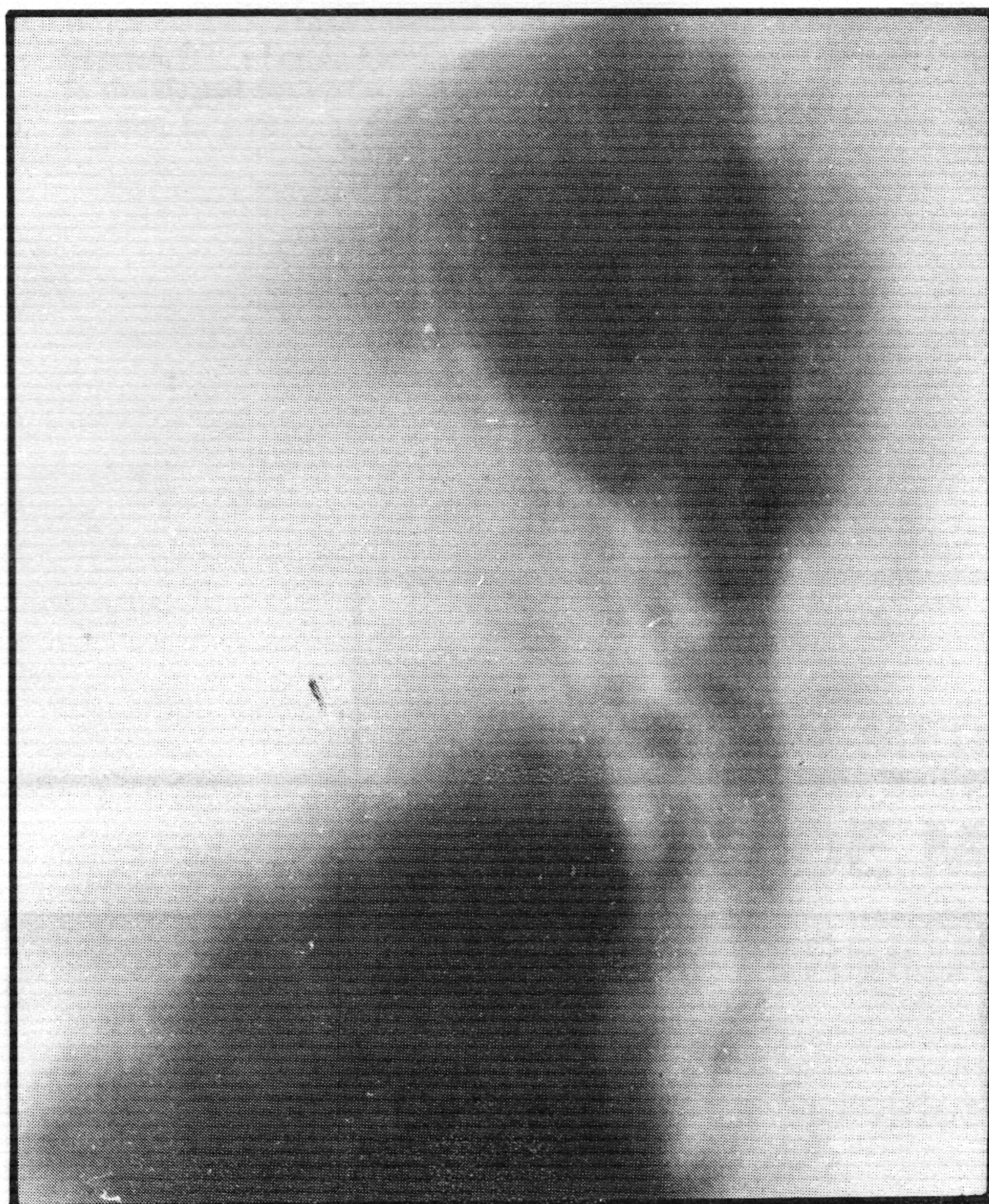


Figura 2

Laboratorio: Leucograma, 11 850 leucocitos; neutrófilos, 82%; eosinófilos, 2%; linfocitos, 14%; monocitos, 2%. Hemoglobina, 11 g/dl; hematocrito, 37. Citología de esputo de tipo inflamatorio.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Tuberculosis.
2. Neumonía lipoídica.
3. Carcinoma broncogénico.

DESCRIPCION RADIOLOGICA

El corazón, mediastino y grandes vasos son normales. El pulmón izquierdo no presenta anormalidades.

En el lóbulo superior derecho hay una condensación, en forma triangular mejor delimitada en la placa lateral, que afecta el segmento posterior. La planigrafía lineal (Figura 2) muestra broncograma de aire dentro de esta condensación. La tráquea y los bronquios mayores son permeables y de calibre normal (bronquio fuente derecho, bronquio principal del lóbulo derecho). No se visualizan adenopatías hiliares, calcificaciones ni cavidades.

DISCUSION

1. **Tuberculosis.** Por el antecedente epidemiológico se debe considerar la TBC, pero recordar que el sobrino no vive con ella. La TBC se puede presentar como neumonía pero esta forma de presentación es más frecuente en niños. Su diagnóstico muchas veces se hace por la poca o ninguna respuesta al tratamiento convencional de las neumonías y es entonces

cuando se entra a considerar la etiología bacilar¹. Por otra parte la neumonía TBC puede ser expansiva, es decir, se confunde con masas pulmonares que, por lo general, pueden desplazar la cisura menor. Usualmente hay adenopatías hiliares, cavitaciones, derrame pleural y calcificaciones que acompañan a este tipo de TBC. Las adenopatías comprimen los grandes bronquios y disminuyen su calibre.

2. **Neumonía lipoídica.** Hay que tenerla en cuenta por los hábitos de ingerir enjundia de gallina o cuandoquiera que haya antecedentes como la instilación de gotas nasales de contenido aceitoso sobre todo en los niños medicados con aceites y emulsiones de uso frecuente y popular en el país. Otros factores que favorecen la aspiración son: la acalasia, el reflujo gastroesofágico, divertículos esofágicos, trastornos neurológicos, la broncografía practicada con medios oleosos como el lipiodol^{2,3}. La neumonía lipoídica es principalmente de tipo aspirativo. El tejido pulmonar trata de defenderse mediante fagocitosis y en el esputo es posible hacer el diagnóstico al observar fagocitos con partículas de grasa, o también mediante aspirados y biopsia pulmonar⁴. Radiológicamente se caracterizan estas neumonías por ser crónicas y de difícil tratamiento a base de antibióticos. Se pueden confundir con tumores pulmonares, pues usualmente provocan reacción de fibrosis en el pulmón comprometido. Como son neumonías hay broncograma de aire, es decir, permeabilidad de los bronquios.

La neumonía lipoídica puede ser asiento de cáncer broncogénico⁵. En este caso, en lugar de disminuir la condensación aumenta de tamaño y sus bordes aparecen irregulares. La citología del esputo es de ayuda en el diagnóstico de esta complicación.

3. **El carcinoma broncogénico** se debe tener en cuenta por ser fumadora; sin embargo, está en contra la edad de la paciente, pues este tumor es más común después de la quinta parte de la vida y se presenta con mayor frecuencia en hombres.

Las características descritas son las de una neumonía y no de una masa. En el caso del carcinoma es frecuente la invasión y obstrucción bronquial y por tanto, no es usual el broncograma aéreo. El carcinoma presenta adenopatías hiliares y paratraqueales por la extensión del tumor por vía linfática. La citología y el leucograma verificados en la enferma están en contra de esta neoplasia.

DIAGNOSTICO FINAL

Neumonía lipoídica, comprobada mediante toracotomía y lobectomía del lóbulo superior derecho. Se realizó estudio patológico que confirmó el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Choyke, P. L., Sostman, H. D., Curtis, A. M. y Ravin, C. E.: Adult onset of pulmonary tuberculosis. **Radiology**, 1983, **148**: 357-362.
2. Kennedy, J. D., Costello, P., Balikian, J. P. y Herman, P. G.: Exogenous lipid pneumonia. **AJR**, 1981, **139**: 1115-1149.
3. Genereux, G. P.: Lipids in the lungs: radiologic and pathologic correlation. **J Can Ass Radiol**, 1970, **21**: 2-15.
4. Salm, E. y Hughes, E. W.: A case of chronic paraffin pneumonitis. **Thorax**, 1970, **25**: 762-768.
5. Felson, B. y Ralaisomay, G.: Carcinoma of the lung complicating lipid pneumonia. **AJR**, 1983, **141**: 901-907.