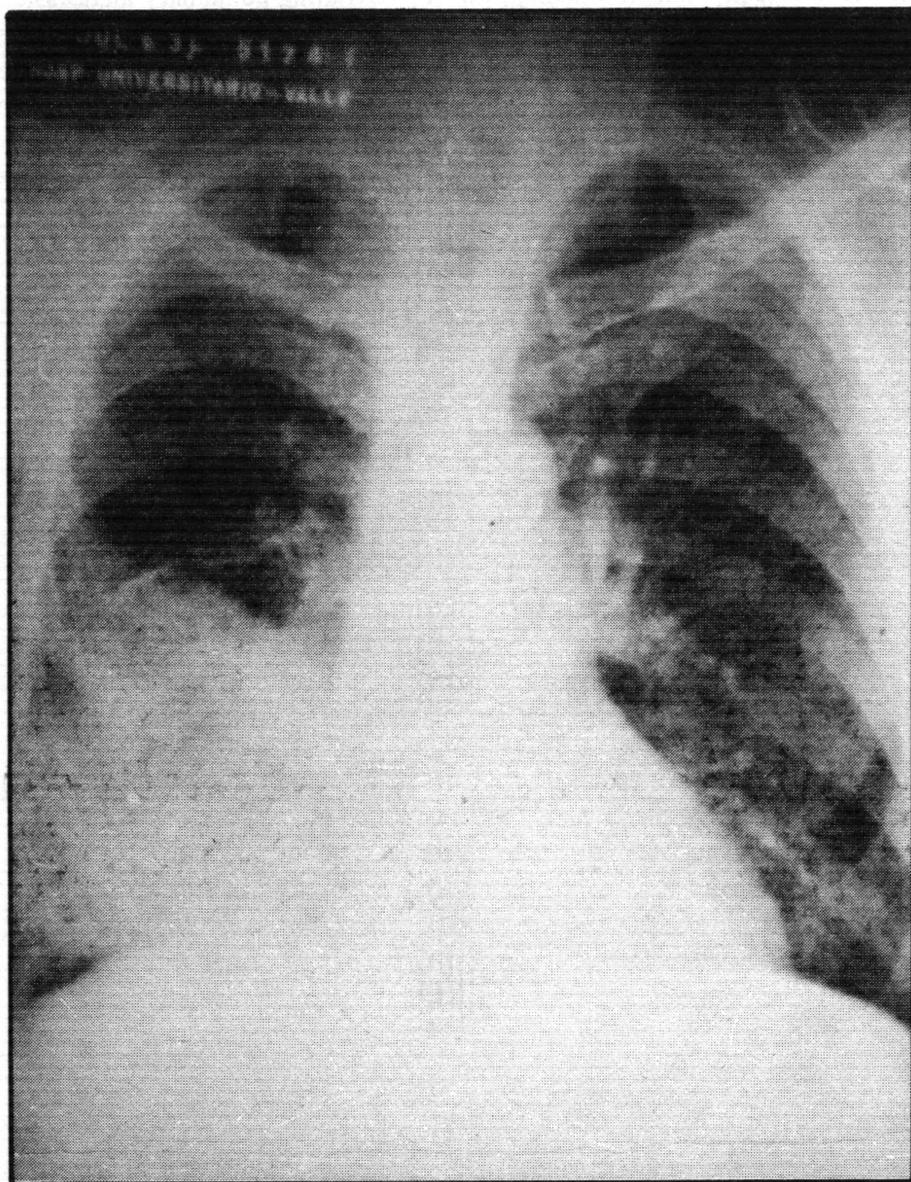


UNIVERSIDAD DEL VALLE
DEPTO. DE BIBLIOTECAS

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera*



HAGA SU DIAGNOSTICO

Hombre de raza blanca de 55 años de edad quien ingresa al Hospital Universitario del Valle por cuadro febril, decaimiento general, expectoración mucopurulenta abundante.

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

Es fumador de larga data, fuma uno y medio paquetes de cigarrillos por día.

Al examen físico se encuentra paciente en malas condiciones generales, enflaquecido, con tos persistente. Había disminución de la ventilación pulmonar en el hemitórax derecho.

DESCRIPCION RADIOLOGICA

Radiografía tórax P.A. El corazón es de tamaño normal. La aorta y la arteria pulmonar no presentan alteraciones. En la base del pulmón derecho hay una imagen redondeada de unos 9x8 cm, la densidad no es homogénea, notándose hacia el centro y medialmente mayor radiolucidez, no hay clara imagen de nivel hidroaéreo dentro de esta cavitación. El pulmón izquierdo, es normal.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Neumonía redonda
2. Cáncer broncogénico
3. Absceso intrapulmonar.

DISCUSION

1. La neumonía redonda es más frecuente en niños y puede desde el punto de vista radiológico confundirse con tumores intrapulmonares o mediastinales¹, ayuda el cuadro clínico acompañante en este tipo de patología como son la presencia de fiebre, dolor torácico, leucocitosis y malestar general. La imagen redonda de la neumonía se debe a la presencia de comunicaciones intraalveolares (poros de Kohn) y desaparece en forma total después del tratamiento.

2. El cáncer de tipo broncogénico como se sabe se asocia con el hábito de fumar, puede abscesarse y producir necrosis por compromiso de su aporte sanguíneo, obstrucción bronquial con infección agregada², el cáncer que con más frecuencia se absceda es del tipo epidermoide y puede tener localización central o periférica³.

Otras manifestaciones del cáncer broncogénico además de las masas son: atelectasia pulmonar por obstrucción bronquial, masas hiliares o mediastinales por su extensión a los ganglios linfáticos regionales, infiltrados perihiliares en forma de llamarada que del hilio pulmonar se extienden hacia afuera. La radiografía del tórax es uno de los métodos diagnósticos más eficaces tanto en el campo clínico como en investigación⁴.

Cuando se encuentra el médico ante un paciente con placa de tórax y un nódulo único, sin calcificaciones con umbilicación uno de los diagnósticos de presunción debe ser el cáncer broncogénico.

La biopsia transbronquial, la biopsia transtorácica con aguja, citología, etc., son métodos empleados para llegar a un diagnóstico definitivo.

3. El absceso intrapulmonar presenta centro de necrosis con nivel hidroaéreo, sus paredes son delgadas y rodeadas de infiltrados blandos. La cavidad del absceso piógeno es céntrica y de bordes lisos, al contrario de lo observado en casos de cáncer broncogénico y metástasis⁵ en el cual las paredes son gruesas, la cavidad excéntrica y bordes irregulares.

Por otra parte el cuadro clínico del absceso es muy ruidoso, con fiebre, malestar general, expectoración purulenta, etc.

Los abscesos pulmonares pueden ser secundarios a neumonía producidas por el estafilococo, la klebsiella, gérmenes de tipo Gram negativo como la pseudomonas etc.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Cáncer broncogénico epidermoide, con abscedación excéntrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Robert, R.R. & Ward, H.B.: Spherical pneumonias in children simulating pulmonary and mediastinal masses. **Radiology**, 1973, **106**: 179-182.
2. Felson, B.: **Chest roentgenology**, pp. 319-326. W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, 1973.
3. Filderman, A.E., Shaw, C. & Mathay, R.A.: Lung cancer. Etiology, pathology natural history, manifestations and diagnostic techniques. **Invest. Radiol**, 1986, **21**: 80-90.
4. Muhm, J.R., Miller, E., Fontana, R.S., Sanderson, D.R. & Unlenhopp, M.A.: Lung cancer detected. A screenig program using 4-month chest radiographs. **Radiology**, 1983, **148**: 609-615.
5. Coussement, A.M. & Gooding, Ch. A.: Cavitating pulmonary metastasic disease. **A.J.R.**, 1983, **117**: 833-839.