

imprescindible para evacuar el contenido purulento acumulado y conseguir la esterilización y la obliteración de la cavidad pleural, permitiendo así una buena movilidad pulmonar. Para ello podemos emplear distintos procedimientos, como los sistemas de drenaje cerrado mediante un tubo de toracostomía o costectomía parcial, o sistemas abiertos mediante una toracostomía abierta, creando una fistula pleurocutánea que permite el drenaje sin necesidad de tubo. No está establecido el tiempo necesario para ambos tratamientos, pero es recomendable mantener el antibiótico durante una semana por vía intravenosa y continuar entre 1-3 semanas por vía oral, en función de la respuesta clínica del paciente⁵. Con la asociación de ambos tratamientos se consigue una elevada tasa de curación, con escaso índice de mortalidad (menor del 5%), que suele ser secundaria a la confluencia de varios mecanismos como la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia cardíaca, la mediastinitis, la diseminación hematogena o la insuficiencia renal¹.

Bibliografía

1. Akgül A, Öрки A, Öрки T, Yüksel M, Armen B. Approach to empyema necessitatis. *World J Surg*. 2011;35:981-4.

2. Primo V, Rueda C, Chiralt A, Solá J. Nódulo mamario por empiema necessitatis. *Cir Esp*. 2012;90:873.
3. Kono S, Nauser T. Contemporary empyema necessitatis. *Am J Med*. 2007;120:303-5.
4. Mizell K, Patterson K, Carter JE. Empyema necessitatis due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Case report and review of the literature. *J Clin Microbiol*. 2008;46:3534-6.
5. Llamas M, Domínguez I, Ovejero E, Pérez-Gala S, García-Díez A. Empyema necessitatis revisited. *Eur J Dermatol*. 2010;20:115-9.

Susana Pérez-Bru^{a,*}, David Martínez-Ramos^b
y José Luis Salvador-Sanchís^b

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Sant Joan, San Juan de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Castellón, Castellón, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: susanaperezbru@gmail.com,
susanabru.83@hotmail.com (S. Pérez-Bru).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.05.012>

Hallazgos en la tomografía computarizada de tórax de alta resolución de la neumonía lipoidea idiopática. A propósito de un caso

Idiopathic Lipoid Pneumonia Findings in Chest High Resolution Computed Tomography. A Case Report

Sr. Director:

La neumonía lipoidea (NL) es una entidad infrecuente que se produce como consecuencia del depósito de materiales grasos en el tejido pulmonar, de origen exógeno o endógeno, y cuya incidencia se encuentra entre el 1 y el 2,5% según algunas series de autopsias¹.

Presentamos el caso de un varón de 15 años con los antecedentes personales previos de ictericia a los 4 días de vida, convulsión

febril al año y 4 meses, síndrome escarlatiniforme a los 5 años, exantema erisipeloides a los 7 años y sinovitis de cadera. En seguimiento por el servicio de pediatría desde los 8 años por retraso en el crecimiento y desarrollo, con episodios de tos y disnea de esfuerzo, fue diagnosticado de asma episódica leve, por lo que siguió tratamiento con montelukast y salbutamol de rescate, sin mejoría. Durante el estudio se realizaron las siguientes determinaciones, que fueron normales: ANA, C3, C4, CD3, Nk, IgE, eosinófilos, función granulocítica, inmunoglobulinas, TSH, estudio de celiaquía, test del sudor, rast para alimentos y prick. Ha tenido contacto con 2 canarios desde edad temprana, y con pinturas en aerosol a los 11-12 años (grafitis).

En el momento del ingreso en la unidad de neumología el paciente presentaba disnea basal grado I-II. A la exploración se apreciaba buena coloración de la piel y de las mucosas y acropaquias. La saturación basal de O₂ era del 93% y la auscultación

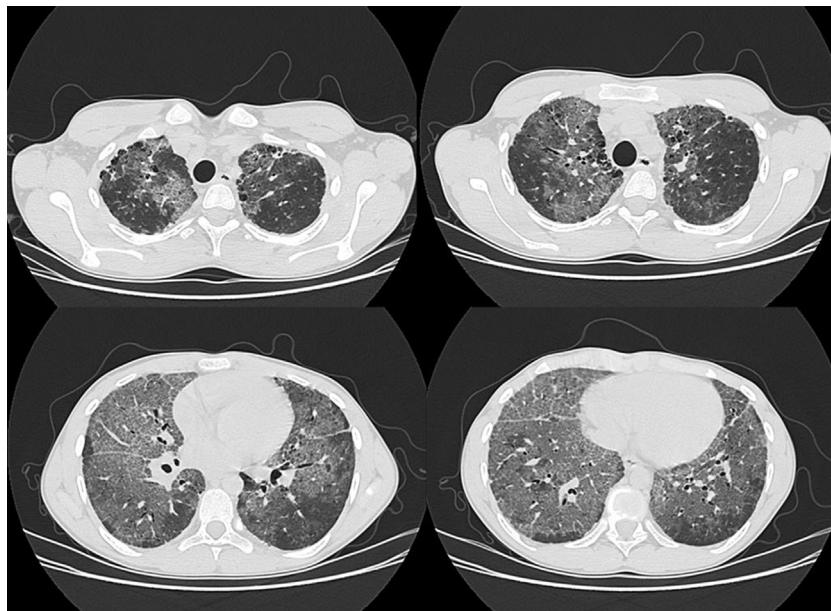


Figura 1. TACAR de tórax (cortes axiales) en el que se aprecia extensa afectación del parénquima pulmonar de predominio basal consistente en el llamado patrón en empedrado, asociado a pequeñas áreas de panalización subpleural en los lóbulos superiores.

mostraba buen murmullo vesicular, sin ruidos sobreañadidos. La espirometría mostró FEV₁: 44%, FVC: 47%, FEV₁/FVC: 79, MMEF: 29%, si bien la colaboración del paciente fue incompleta. La radiografía de tórax mostraba extenso patrón alveolointerstitial bilateral con afectación multilobar. Durante la hospitalización se completó con tomografía computarizada de alta resolución (TACAR), en la que se observó marcada alteración del parénquima pulmonar, con extensas áreas en vidrio deslustrado distribuidas por todos los lóbulos aunque con predominio basal, sobre el que se superponía engrosamiento septal, conformando un patrón en empedrado o *crazy-paving* (fig. 1). Además se apreciaban áreas de panalización en el parénquima pulmonar subpleural a nivel de ambos lóbulos superiores, aunque de predominio derecho.

Tras los hallazgos se realizó biopsia transbroquial, en la que se apreció a nivel del intersticio y luces alveolares células gigantes de tipo cuerpo extraño fagocitando cristales de colesterol así como macrófagos, aislados y en acúmulos, de citoplasma microvacuolado. Presencia ocasional en luces alveolares de un material eosinófilo, pseudoproteináceo, PAS y rojo Congo negativo. No se apreciaron microorganismos. Hallazgos histológicos compatibles con NL.

En la actualidad el paciente mantiene un tratamiento con corticoides orales e inhalados, con lo que se ha conseguido una mejoría clínica, si bien los hallazgos radiológicos no han mostrado variación.

Ante la ausencia de uso habitual de laxantes, bálsamos, aceites u otros lubricantes, se deben valorar las causas de neumonía endógena¹, como la obstrucción bronquial producida por una neoplasia pulmonar (claramente descartada en nuestro caso), episodios repetitivos de infección respiratoria por hongos (no consta en los antecedentes personales ni existen datos histológicos ni analíticos que lo sugieran), proteinosis alveolar (descartada por la anatomía patológica) y la enfermedad de Niemann-Pick (principalmente el tipo B), en la que también se ha descrito el patrón en empedrado², si bien el paciente no ha mostrado hepatoesplenomegalia o alteración analítica que sugiera tal posibilidad. De esta manera, ante la ausencia de cauda identificable, este caso debe ser catalogado de NL idiopática³.

Los hallazgos radiológicos en TACAR más frecuentes en la NL son^{4,5}: presencia de condensación de bajo coeficiente de atenuación (entre -75 y -35 UH), muy específica y frecuente en la NL endógena¹, opacidades en vidrio deslustrado, patrón en empedrado

(*crazy-paving*) y presencia de opacidades centrolobulillares. Además, en ella la afectación pulmonar tiene un predominio basal⁴.

El patrón en empedrado se describió inicialmente en la proteinosis alveolar⁴, si bien posteriormente se ha comprobado que puede aparecer en multitud de procesos, como en la sarcoidosis, la neumonía intersticial no específica, la neumonía organizada (tanto en la neumonía organizada criptogenética como en la bronquiolititis obliterante con neumonía organizada), infecciones pulmonares (principalmente víricas y por micoplasma), neoplasias como el carcinoma bronquioalveolar, la hemorragia, el edema pulmonar y la NL.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores firmantes del manuscrito tiene conflicto de intereses relacionados con él.

Bibliografía

1. Betancourt S, Martínez-Jiménez S, Rossi S, Truong M, Carrillo J, Erasmus J. Lipoid pneumonia: Spectrum of clinical and radiologic manifestations. *AJR Am J Roentgenol*. 2010;194:103-9.
2. Castañón-Martínez R, Fernández-Velilla M, González-Montaña V, Gómez-Carrera L, Torres-Sánchez MI. Afectación pulmonar en paciente adulto con enfermedad de Niemann-Pick tipo B. *Arch Bronconeumol*. 2012;48:213-5.
3. Chin NK, Hui KP, Cha TB. Idiopathic lipoid pneumonia in an adult treated with prednisolone. *Chest*. 1994;105:956-7.
4. Webb W, Müller NL, Naidich D. Alta resolución en TC de pulmón. 3.ª ed. Marban: Madrid; 2003.
5. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ. Fat-containing lesions of the chest. *Radiographics*. 2002;22:S61-78.

Macarena Eisman Hidalgo*, Yolanda Nuñez-Delgado y Miguel Ángel García Espona

Servicio de Radiodiagnóstico, Empresa Pública Sanitaria Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macarenaeisman@hotmail.com (M. Eisman Hidalgo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.06.001>