

Imagen clínica

## Fibrosis masiva progresiva en un extrabajador de limpieza mediante chorro de arena



### Progressive Massive Fibrosis in a Former Cleaner Due to Sandblasting

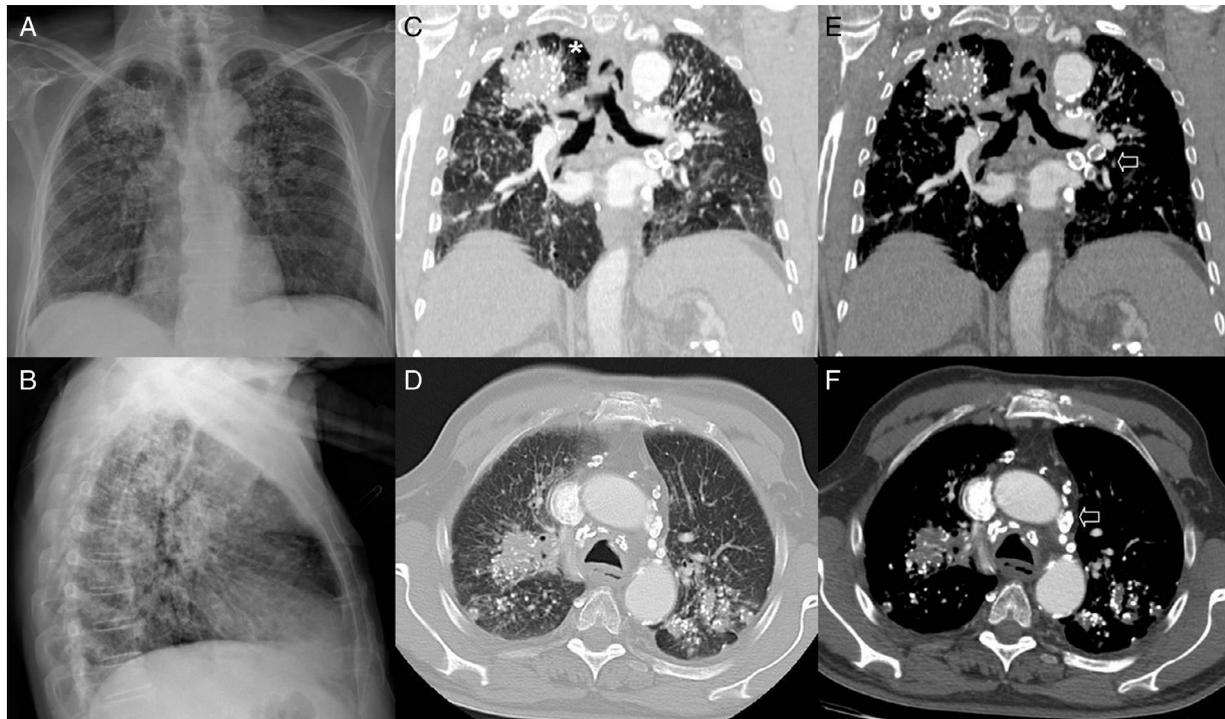
Antonio Bueno Palomino

Servicio de Radiología, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España

Varón de 60 años con antecedentes de tabaquismo activo (40 paquetes/año), EPOC, neumonía en lóbulo superior derecho y fístula esofagocutánea por TBC. Trabajador de limpieza con chorro de arena durante 25 años y que habitualmente no usaba protección en el trabajo.

Consultó por disnea progresiva de meses de evolución sin tos, fiebre, expectoración o síndrome constitucional asociado.

En la auscultación se evidenciaron algunos roncus diseminados en ambos campos pulmonares. La analítica general no mostraba hallazgos relevantes y en la gasometría venosa se observaron los



**Figura 1.** Radiografía posteroanterior (A) y lateral de tórax (B): opacidades bilaterales en lóbulos superiores de localización posterior (visibles en B), asociadas a pérdida de volumen, retracción hiliar y enfisema compensador de los lóbulos inferiores. Patrón nodular bilateral difuso. Adenopatías hiliares con calcificaciones periféricas en «cáscara de huevo». TC. Imágenes coronales (C, E) y axiales (D, F) en ventana de pulmón y mediastino, respectivamente: opacidades bilaterales en segmentos posteriores de lóbulos superiores con calcificaciones puntiformes en su interior. Enfisema paracardiacal entre la opacidad del lóbulo superior derecho y la pleura adyacente (asterisco). Múltiples nódulos centrolobulillares de distribución bilateral y difusa. Adenopatías mediastínicas e hiliares con calcificaciones en «cáscara de huevo» (flechas).

Correo electrónico: [antoniobuenopalomino@gmail.com](mailto:antoniobuenopalomino@gmail.com)

siguientes datos: pH: 7,45; PCO<sub>2</sub>: 35; PO<sub>2</sub>: 92; SaO<sub>2</sub>: 97%. El estudio de la función pulmonar mostraba un patrón mixto con una capacidad vital forzada (FVC) de 2,67 l (72%), un volumen espiratorio forzado en el primer minuto (FEV<sub>1</sub>) de 1,67 l (57%), un cociente FEV<sub>1</sub>/FVC del 62% y un flujo espiratorio forzado entre el 25 y el 75% (FEF 25-75) del 51%.

La radiografía de tórax mostraba un patrón nodular bilateral difuso con opacidades posteriores en lóbulos superiores, asociadas a pérdida de volumen, retracción hiliar y enfisema compensador de los lóbulos inferiores. Así mismo se observaron adenopatías hiliares bilaterales con calcificaciones periféricas en «cáscara de huevo» (fig. 1A,B,E,F).

La TC demostró la presencia de calcificaciones puntiformes en el interior de las opacidades y la existencia de un enfisema paracatricial entre la opacidad del lóbulo superior derecho y la pleura adyacente (fig. 1C,D).

Estos hallazgos eran compatibles con fibrosis masiva progresiva. Se recomendó el abandono del tabaco y se instauró tratamiento sintomático con broncodilatadores y N-acetilcisteína. Actualmente el paciente se encuentra estable desde el punto de vista respiratorio.

#### **Bibliografía recomendada**

Ferreira AS, Moreira VB, Ricardo HM, Coutinho R, Gabetto JM, Marchiori E. Pro-gressive massive fibrosis in silica-exposed workers. High-resolution computedtomography findings. J Bras Pneumol. 2006;32:523-8.

González Vázquez M, Trinidad López C, Castellón Plaza D, Calatayud Moscoso delPrado J, Tardáguila Montero F. Silicosis: Computed tomography findings. Radiologia. 2012 [Epub ahead of print].