

Cartas al Director

Neumonía lipóidea exógena en pacientes laringectomizados: ¿es el patrón de opacificación en vidrio esmerilado/en empedrado una reacción organizada de la neumonía capaz de predecir una mala evolución?



Exogenous lipid pneumonia in laryngectomy patients: Is ground glass opacity/crazy paving pattern an organizing pneumonia reaction that can predict poor outcome?

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés la serie de casos de neumonía lipóidea exógena (NLE) de García Latorre et al.¹, que demuestra con elegancia los hallazgos radiológicos inherentes a la aspiración patológica de vaselina. Los autores informan que los hallazgos más comunes de la tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) en la NLE son las áreas de baja atenuación y las áreas de opacificación en vidrio esmerilado (OVE). Sin embargo, un análisis cuidadoso de las imágenes de la tomografía del caso primero muestra exclusivamente la presencia de un tejido de consolidación peribronquial, en ausencia de áreas de OVE. Asimismo, el segundo caso informado, apoyado por la tomografía, el escáner PET y la resonancia magnética, demuestra extremadamente bien el hallazgo de grasa en el lóbulo medio. Algunos de los casos clínicos no venían acompañados de imagen radiológica. Respetuosamente, nos gustaría enfatizar nuestra experiencia de 2 casos de aspiración de un producto aceitoso para la limpieza del estoma en pacientes adultos (una mujer de 63 años y un varón de 68) sometidos a laringotomía por cáncer. Nuestros pacientes mostraron presencia de un componente extendido de OVE en el lóbulo medio, la llingula y los lóbulos inferiores confirmado en el lavado broncoalveolar, que mostró macrófagos alveolares cargados de lípidos. Además, a pesar de la administración de corticosteroides durante un periodo de 6 meses (después de suspender el uso de la vaselina), los resultados fueron muy decepcionantes: el paciente varón mostró una estabilidad absoluta de los hallazgos en las imágenes de la TACAR, y la mujer presentó incluso un empeoramiento del componente de OVE, más extendido en los lóbulos inferiores (fig. 1). El estado clínico de los pacientes empeoró, con una marcada reducción de la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) en ambos casos. Somos conscientes que este deterioro podría estar asociado con un incremento del grado de inflamación debido a los ácidos grasos, tal como se describe en una publicación reciente². Además, los ácidos grasos o bien permanecen en el compartimento alveolar o son fagocitados por macrófagos que a continuación migran hacia el septo interlobulillar. Es probable que este evento pueda explicar parcialmente el sentido del «empedrado» en las imágenes de la TACAR³. Sin embargo, también asumimos que la reactividad del pulmón afectado es también compatible con una neumonía

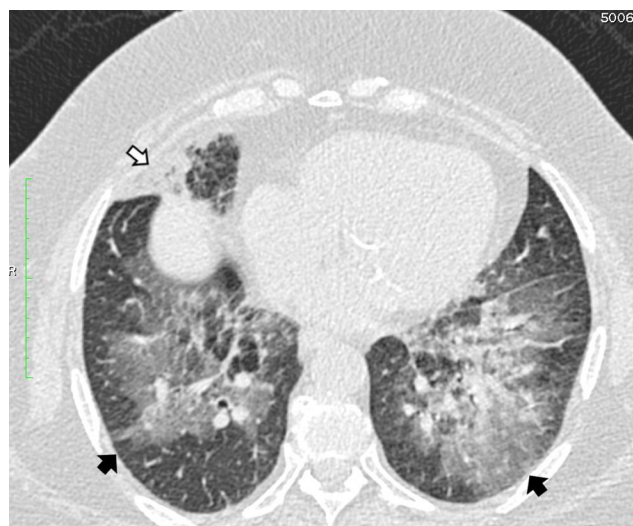


Figura 1. La tomografía computarizada de alta resolución torácica muestra una consolidación grasa peribronquial en el lóbulo medio (flecha blanca). Extensa representación de opacificación en vidrio esmerilado con una sutil reticulación interna (patrón en empedrado) hasta los espacios pleurales (flechas negras), 8 meses después de la suspensión de la vaselina de petróleo y la terapia de esteroides (prolongada durante 6 meses).

organizada, lo que conduce a una «lesión tóxica del pulmón»⁴. Debido a las condiciones clínicas críticas que presentaban, nuestros pacientes no pudieron someterse a una biopsia pulmonar, por lo que desafortunadamente nuestros hallazgos siguen siendo una mera hipótesis. En resumen, la TACAR es la mejor modalidad de imagen para establecer el diagnóstico de neumonía lipóidea. No obstante, es necesario aclarar un punto importante: como se ha descrito en literatura, la consolidación es un hallazgo muy frecuente en niños, mientras que en adultos se evidencian OVE y un patrón en empedrado, tal como informaron Marchiori et al.⁵. El problema es porque las áreas de OVE y empedrado a veces llegan a ser más extensas después del tratamiento pero sin signos de fibrosis. Como conclusión, en pacientes con hallazgos patológicos debidos a la aspiración de vaselina usada para limpiar el estoma traqueal, en los casos en los que el patrón dominante en la TACAR sean las OVE se recomienda efectuar una cuidadosa evaluación clínica con una espirometría corta y una TACAR a bajas dosis.

Bibliografía

- García Latorre R, Rodríguez Díaz R, Barrios Barreto D, Ayala Carbonero A, García Gómez-Muriel MI, Gorospe Sarasúa L. Hallazgos radiológicos de la neumonía lipóidea exógena en pacientes laringectomizados. *Arc Bronconeumol.* 2015;51:e36–9.

2. Agarwal R. Low attenuation consolidation-the most characteristic findings in lipoid pneumonia. *Eur J Intern Med.* 2006;17:307.
3. Betencourt SL, Martínez-Jiménez S, Rossi SE, Truong MT, Jorge Carrillo J, Erasmus JJ. Lipoid pneumonia: Spectrum of clinical and radiological manifestations. *AJR Am Roentgenol.* 2010;194:103-9.
4. Kulhawick D, Walecky J. Toxic lung injury in a patient addicted to "legal highs"-case study. *Pol J Radiol.* 2015;80:62-6.
5. Marchiori E, Zanetti G, Mano CM, Irion KL, Daltro PA, Hochegger B. Lipoid pneumonia in 53 patients after aspiration of mineral oil: Comparison of high-resolution computed tomography findings in adults and children. *J Comput Assist Tomogr.* 2010;34:9-12.

Gaetano Rea *, Francesco Lassandro y Tullio Valente

Servicio de Radiología, Hospital Monaldi, Nápoles, Italia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gaetano.rea71@gmail.com (G. Rea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.11.018>

Hemoptisis amenazante secundaria a aneurisma de Rasmussen en paciente VIH



Life-threatening hemoptysis secondary to Rasmussen's aneurysm in an HIV patient

Sr. Director:

La hemoptisis amenazante es una urgencia médica definida como la expectoración de más de 250 ml de sangre en un periodo de 24 h. Sin tratamiento, presenta una mortalidad del 80%. La mayoría de los casos se originan en arterias bronquiales hipertróficas. Sin embargo, un pequeño porcentaje de hemoptisis amenazantes se originan en arterias pulmonares debilitadas por procesos infecciosos, por micobacterias u hongos^{1,2}.

Presentamos el caso clínico de un varón de 55 años con infección avanzada por VIH (estadio C3), fumador y ex-adicto a drogas por vía parenteral, que acudió a nuestro hospital por hemoptisis amenazante, hipotensión y taquicardia. Presentaba, además de EPOC enfisematoso y cirrosis hepática secundaria a VHC, múltiples infecciones pulmonares por gérmenes no habituales (*Pneumocystis jirovecii*, micobacterias no tuberculosas, aspergilosis semiinvasiva...) tratadas con mala adherencia terapéutica. Al paciente se le realizó un angio-TC de tórax, demostrando un aneurisma de 1 cm de diámetro dependiente de una arteria pulmonar subsegmentaria del lóbulo inferior derecho (fig. 1A y B) y signos de hemorragia pulmonar ipsilateral (fig. 1C), en relación con un aneurisma de Rasmussen. Dada la inestabilidad hemodinámica, se realizó una arteriografía con embolización selectiva del aneurisma, consiguiendo una oclusión completa del mismo (fig. 1D), y la

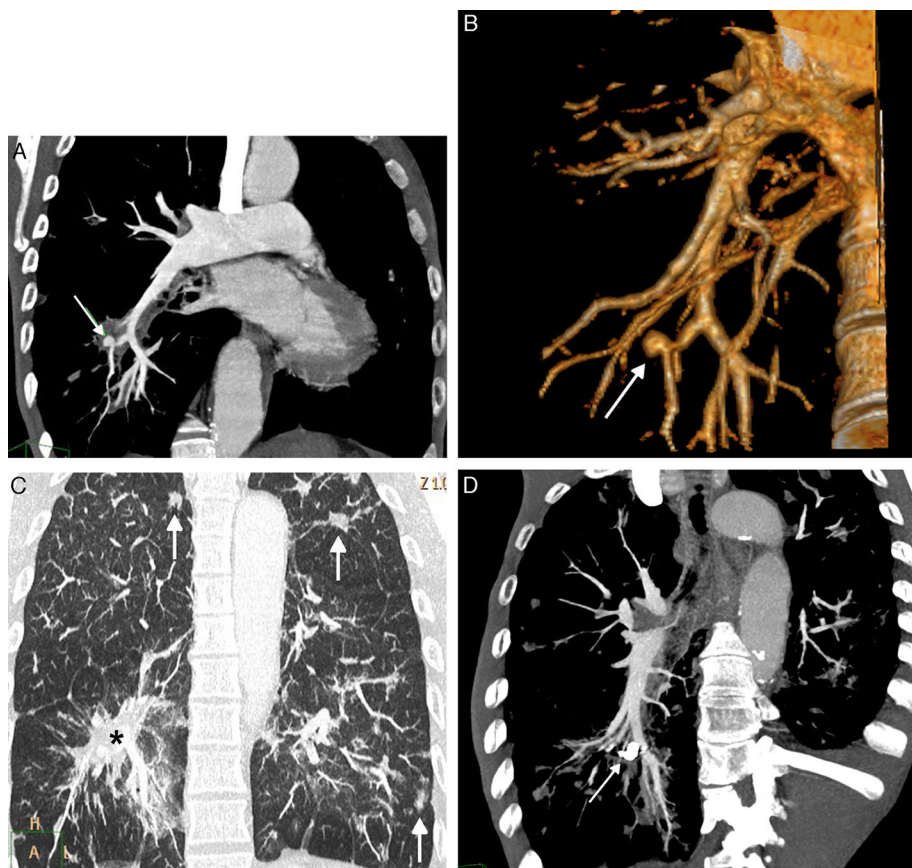


Figura 1. A) Reconstrucción coronal MIP (proyección de máxima intensidad) de TC, que muestra un aneurisma de Rasmussen (flecha), dependiente de una rama subsegmentaria de la arteria lobar inferior derecha. B) Reconstrucción volumétrica (3D o *volume rendering*) de TC que confirma el aneurisma de Rasmussen (flecha). C) Reconstrucción coronal MIP de TC (ventana de parénquima pulmonar) en la que se observan signos de hemorragia pulmonar (asterisco) y opacidades parenquimatosas bilaterales residuales de naturaleza infecciosa (flechas). D) Reconstrucción coronal oblicua MIP de TC tras la embolización en la que se observa el material de embolización (*coil*) ocluyendo el aneurisma de Rasmussen (flecha).