

IMÁGENES

TAC TÓRAX BAJA DOSIS TAMIZACIÓN CÁNCER PULMONAR

A. Cañas, A. Manzano, R. Ramírez, F. Ávila y C. Fajardo

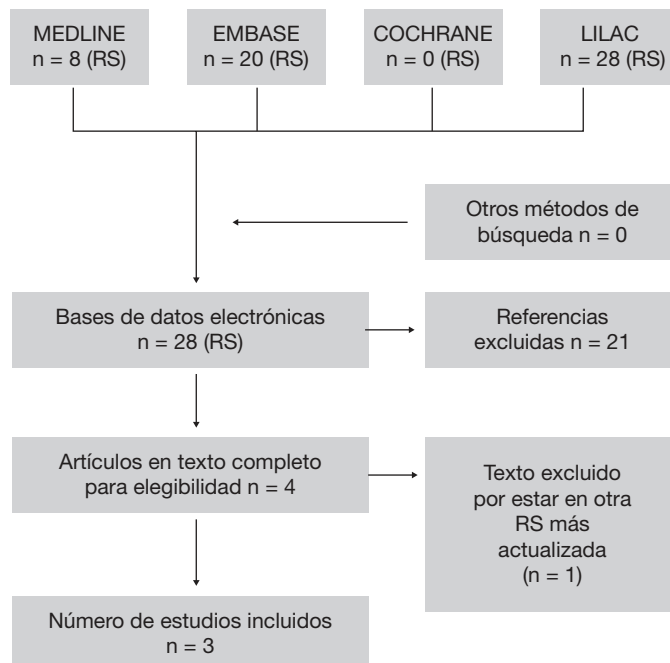
Hospital San Ignacio. Universidad Javeriana.

Introducción: Revisión sistemática de la literatura sobre tamización TC baja dosis para cáncer de pulmón.

Material y métodos: Búsqueda bases de datos MEDLINE EMBASE Cochrane Library LILAC de revisiones sistemáticas estudios primarios expertos clínicos selección 3 revisiones sistemáticas. Evaluación de calidad metodología GRADE.

Resultados: TC de baja dosis disminuye riesgo de morir por cáncer de pulmón en 20% comparado con radiografía de tórax 1 ECA 53.454 individuos RR 0,8 IC95% 0,73-0,93 reducción absoluta probabilidad de morir por cáncer de pulmón de 0,33% 87 muertes evitadas 26.722 participantes.

Conclusiones: Tamización TC baja dosis reduce la mortalidad por carcinoma de pulmón.



Valoración de la calidad						No de pacientes		Efectos		
Nº de estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Incertidumbre de evidencia directa	Imprecisión	Tomografía axial computarizada	Radiografía de tórax con o sin esputo	Relativo (IC95%)	Absoluto	Calidad
Mortalidad por cáncer de pulmón (NLST 2011) (seguimiento a 6,5 años)										
1	Ensayos aleatorizados	No serio ¹	No serio	No serio	No serio	356/26.722 (1,3%)	0%	RR 0,80 (0,73-0,93)	-	Alta
Mortalidad por cáncer de pulmón (Dante 2009) (seguimiento a 34 meses)										
1	Ensayos aleatorizados	No serio ²	No serio	No serio	Serio ³	20/1.276 (1,6%)	0%	RR 0,97 (0,71-1,32)	-	Moderada
Mortalidad por cáncer de pulmón (DLCST 2012) (seguimiento a 58 meses)										
1	Ensayos aleatorizados	No serio ⁴	No serio	No serio	No serio	15/2.052 (0,73%)	0%	RR 1,15 (0,83-1,61)	-	Alta
Mortalidad por todas las causas (NLST 2011) (seguimiento a 6,5 años)										
1	Ensayos aleatorizados	No serio ¹	No serio	No serio	No serio	1.877/26.722 (-7%)	0%	RR 0,93 (0,86-0,99)	-	Alta
Mortalidad por todas las causas (Dante 2009) (seguimiento a 34 meses),										
1	Ensayos aleatorizados	No serio ²	No serio	No serio	Serio ³	46/1.276 (3,6%)	0%	RR 0,97 (0,80-1,20)	-	Moderada
Mortalidad por todas las causas (DLCST 2012) (seguimiento a 58 meses)										
1	Ensayos aleatorizados	No serio ⁴	No serio	No serio	No serio	61/2.052 (-3%)	0%	RR 1,19 (1,01-1,40)	-	Alta
Cáncer de pulmón de célula No pequeña estadio I (seguimiento a 3 años)										
6	Ensayos aleatorizados	No serio	Serio ⁵	Serio ⁶	No serio	-	0%	OR 3,9 (2,0-7,4)	-	Baja
Detección de cáncer de pulmón de célula No pequeña (seguimiento a 3 años)										
6	Ensayos aleatorizados	No serio	Serio ⁵	Serio ⁶	No serio	-	0%	OR 5,5 (3,1-9,6)	-	Baja
Detección de nódulos falsos positivos (seguimiento a 3 años)										
6	Ensayos aleatorizados	No serio	Serio ⁵	No serio	No serio	-	0%	OR 3,1 (2,6-9,6)	-	Moderada
Realización de toracotomía para lesiones benignas (seguimiento a 3 años; Mejor indicada para valores altos)										
6	Ensayos aleatorizados	No serio	Serio ⁵	Serio ⁶	No serio	0	-	-	Tasa de evento 3,7 por cada 1000 (3,5-3,8)	Baja

EXPOSICIÓN NASAL A LA VASELINA Y NEUMONÍA LIPOIDEA EXÓGENA

D. Cabrera, P. Avellaneda, J. Calderón e I. Chérrez

Interhospital. Guayaquil. Ecuador RespiraLab Research Group. Guayaquil. Ecuador.

Introducción: La rinitis es una condición frecuente caracterizada por rinorrea, congestión, estornudos y prurito nasal. Se clasifica en rinitis alérgica (RA) y rinitis no alérgica (RNA). Se presenta en mayor frecuencia en mujeres mayores de 50 años. El 48,7% de pacientes utilizan más de un medicamento antihistamínico y el 64% usan productos de venta libre. Frecuentemente emplean vaselina que es proinflamatoria, cilio-tóxica, promueve la secreción de moco y da sensación de mayor flujo de aire. Su uso diario conlleva a Neumonía lipoidea exógena (NLE), condición poco común, resultante de la aspiración de material oleoso.

Material y métodos: Paciente de sexo femenino, hispana, de 85 años de edad que acude a control de rutina. Refiere eventos alérgicos recurrentes desde su infancia. Empleaba diariamente vaselina en el tórax, palmas de manos, plantas de pies y la inhalaba por las fosas nasales. No presentaba enfermedad respiratoria y el examen físico era normal. Como antecedentes manifiesta padecer de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión. Se realizaron exámenes de laboratorio que mostraron un aumento de la velocidad de sedimentación globular. La radiografía torácica mostró una consolidación del espacio aéreo del lóbulo inferior derecho. En la tomografía computarizada (TC) se observó una consolidación pulmonar de 5 × 4,5 cm en el segmento basal posterior del lóbulo inferior derecho, la cual era de baja densidad con -124 a -61 UH; además se observaron opacidades focales y dispersas en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares; lo que nos orientó a pen-

sar en neumonitis. Se indicó abandonar el uso de vaselina y se prescribió corticosteroides intranasales. 26 meses después, la TC de control demostró una disminución de 0,5 cm (4,5 × 4 cm) de la consolidación previa.

Resultados: Es tradición inspirar a través de las fosas nasales productos oleosos. Éstos mejoran la reseca de la mucosa y la congestión nasal. El tejido lipídico en una masa es diagnóstico de NLE. Ésta es una causa poco frecuente de enfermedad pulmonar crónica y su progresión parece estar reducida eliminando la exposición a la sustancia oleosa. Un reporte de caso en mujer de 38 años concluyó que al abandonar el uso de productos oleosos, el tumor disminuyó después de dos años, pero no se cuantificó. Se necesita más investigación para predecir si después de dos años el tumor disminuye en un 10%.

Conclusiones: La NLE es una neumonitis por inhalación nasal de productos oleosos, generalmente es incidental. La paciente la desarrolló debido al uso diario de la sustancia oleosa en su congestión nasal crónica. Los médicos deben estar alerta de este efecto adverso crónico y prohibir su uso.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: LOS CINCO "PITFALLS" MÁS COMUNES

F. Garrido, N. Pinochet, S. Sridhar, A. Huete y F. Gutiérrez

Departamento de Radiología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Mallinckrodt Institute of Radiology. Washington University in Saint Louis.

Introducción: La embolia pulmonar constituye la tercera causa de muerte cardiovascular. Actualmente, el angioTAC de tórax es el méto-

do de elección en el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, ya que no solo permite visualizar directamente los émbolos, sino que también entrega diagnósticos alternativos. Los émbolos en la arteria pulmonar y sus ramas se observan como defectos de llenado intravascular, los que pueden ser total o parcialmente oclusivos. Sin embargo, esta técnica no está exenta de errores o factores confundentes. El objetivo del presente estudio es presentar los cinco pitfalls más comunes en la evaluación del tromboembolismo pulmonar, su adecuada identificación y posibles formas de evitarlos.

Material y métodos: Revisión de casos de interés docente de ambos centros clínicos.

Resultados: A partir de la experiencia de ambos centros, los principales pitfalls en angioTAC de tórax son: artefactos de flujo, interrupción transitoria de la columna de contraste (ITCC), artefacto de movimiento, broncoceles y discriminar entre tromboembolismo agudo y crónico.

Conclusiones: Los médicos clínicos y radiólogos deben identificar los principales pitfalls en la evaluación del tromboembolismo pulmonar, así como posibles medidas para evitarlos. Familiaridad con tales hallazgos de angioTAC es crucial para evitar tratamientos anticoagulantes innecesarios.

ALTERNATIVA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA MICROLITIASIS ALVEOLAR

H. Rodríguez Bautista, S. Rodríguez Llamazares y M. Sánchez Holguín

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Caso clínico: Hombre de 38 años, con exposición a humo de leña (150 horas/año) y tabaquismo (1 paquete/año) suspendido hace 4 años. Inició con disnea mMRC 2 y tos seca que a lo largo de 6 meses, pro-

gresó a mMRC3 y tos productiva de expectoración verdosa con cianosis peribucal. Por ello, acudió a clínica privada donde tras tratamiento con claritromicina obtuvo mejoría parcial. Debido a la persistencia del cuadro, acudió al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. A su ingreso con saturación de oxígeno menor a 75%, corrigió junto con la disnea tras la colocación de oxígeno suplementario a 3 litros/minuto. Tras esta medida, el paciente se mantuvo clínicamente estable durante todo su internamiento y egresó 5 días después. Abordaje: la radiografía de tórax mostró opacidades micronodulares heterogéneas diseminadas bilaterales con gradiente ápico-basal en patrón de "tormenta de arena". La tomografía computada de alta resolución reveló patrón en vidrio deslustrado con micronodulaciones subpleurales con densidad equivalente a la ósea. El gammagrama óseo mostró biodistribución de 99-mTc-HDP en ambos parénquimas pulmonares de predominio basal y posterior. El SPEC-CT corroboró que dicha captación correlacionaba con las áreas de mayor densidad.

Discusión: Pese a una imagen radiológica florida y consistente con otras enfermedades intersticiales, la característica principal de la microlitiasis alveolar es la disociación clínico-radiológica. Causada por la mutación del gen codificador del cotransportador sodio-fosfato tipo IIb (SLC34A2), el estándar de diagnóstico actual requiere la realización de broncoscopia para análisis histopatológico del lavado bronquioalveolar y/o biopsia transbronquial. Sin embargo, los estudios de medicina nuclear han demostrado poder confirmar la naturaleza cálcica de las lesiones a través de un procedimiento mucho menos invasivo y, a diferencia de los estudios de radiología convencional, simultáneamente descartar otros posibles focos de calcificación extrapulmonar. Hasta el día de hoy, no existe tratamiento útil para la microlitiasis alveolar.

RENDIMIENTO DE LA TOMOGRAFÍA DE TÓRAX MULTIDETECTOR EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES DEL DIAFRAGMA EN HERIDAS PENETRANTES TORACOABDOMINALES IZQUIERDAS POR ARMA CORTOPUNZANTE

S. Martínez, L. Arias, J. Carrillo, C. Carvajal, R. Barrios y J. Ramírez

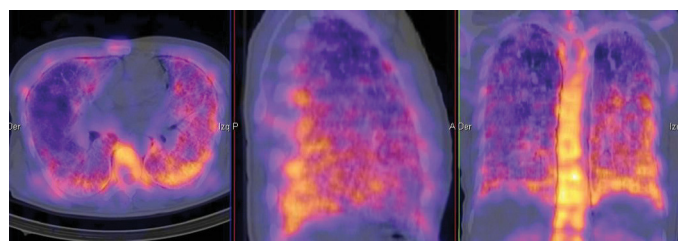
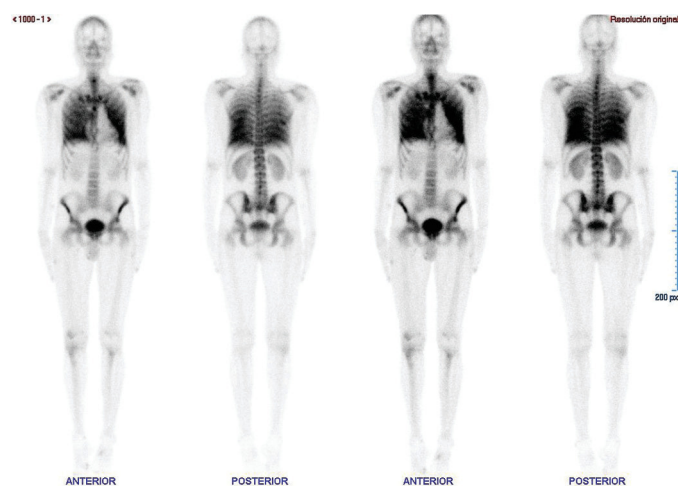
Hospital Santa Clara E.S.E.

Introducción: El estudio sistemático del trauma toracoabdominal izquierdo y el diagnóstico temprano de la herida diafrágica son importantes para evitar las complicaciones que de ella se derivan. Si se demuestra que las heridas penetrantes del diafragma pueden ser adecuadamente diagnosticadas por tomografía computarizada, se obvia la necesidad de realizar cirugías diagnósticas, lo que implicaría disminución de riesgos para el paciente y de costos para el sistema de salud.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de pruebas diagnósticas. El estudio incluye pacientes estables, adultos que ingresaron con trauma toracoabdominal izquierdo penetrante y no presentaron criterios de exclusión. Se les realizó TC contrastado de tórax con extensión al abdomen superior el cual fue interpretado por dos radiólogos con experiencia en imagen torácica de manera independiente y se resolvieron diferencias por consenso. Los pacientes fueron llevados a procedimiento quirúrgico desconociendo el resultado de la lectura. Los radiólogos desconocieron igualmente el resultado quirúrgico. La muestra recolectada a la fecha es de 100 pacientes.

Resultados: Hubo correlación entre los hallazgos de la lesión diafrágica en imágenes y cirugía. Se estableció relación entre la gravedad de la lesión y los hallazgos por imagen. Obteniendo en el análisis preliminar Sens y Esp del 100% de la TCMD.

Conclusiones: La tomografía multidetector tiene muy buen rendimiento diagnóstico en la identificación de lesiones del diafragma en trauma penetrante toracoabdominal izquierdo con una alta sensibilidad y especificidad.



USO DE PROCESAMIENTO DE LENGUAJE NATURAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE TROMBOEMBOLIA PULMONAR EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO ENTRE 2013-2014

E. Hebel, J. Ortiz y C. Silva

Clínica Alemana de Santiago/UDD.

Introducción: La extensa adopción de sistemas de almacenamiento y comunicación de imágenes (PACS) ha puesto a disposición un gran volumen de información valiosa para el trabajo de una institución. El procesamiento de lenguaje natural (PLN) ha probado ser efectivo al analizar el contenido de reportes para identificar diagnósticos y características de los pacientes. Lamentablemente muy poco se ha hecho en idioma español. Disponer de esta herramienta permitiría facilitar estudios de investigación que requieren revisar grandes volúmenes de informes no estructurados, para identificar aquellos de interés. El objetivo de este estudio fue desarrollar y evaluar un software de PLN multipropósito, para detectar el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) entre las angiografías pulmonares por tomografía computada (APTC) realizadas en nuestro centro entre los años 2013 y 2014.

Material y métodos: En este estudio, aprobado por el comité de ética, fueron etiquetados manualmente todos los diagnósticos de los informes en una muestra estadísticamente significativa de las 1973 APTC realizadas ($n = 219$), en búsqueda de conceptos y relaciones relevantes, como negación y temporalidad del diagnóstico en la conclusión cada informe. Desarrollamos un clasificador que identificara los estudios relevantes para TEP y sus negaciones. Evaluamos los modelos de clasificación usando las medidas de precisión, cobertura y medida-F. Los análisis univariados se calcularon usando medidas de tendencia central y dispersión. La significación estadística se calculó usando una prueba de χ^2 para variables dicotómicas. Se consideró intervalos de confianza del 95% y valor de significación de $p < 0,05$.

Resultados: Del total de APTC, un 51,4% fueron realizados a mujeres, con una mediana de edad de 57,9 años (IQR: 44-72). La herramienta identificó correctamente 26 (11,9%) estudios positivos y 190 estudios negativos para TEP actual. No logró identificar correctamente un caso positivo y catalogó erróneamente 2 casos como positivos. La aplicación obtuvo una medida-F de 0,946, con precisión y cobertura de 92,9% e 96,3% respectivamente ($p < 0,001$).

Conclusiones: El uso de PACS, y más recientemente registros clínicos electrónicos, se ha vuelto cada vez más frecuente en los hospitales. Mucha de la información persiste en formato de texto-libre, lo que plantea un enorme desafío para su uso en investigación, docencia y mejoramiento de la calidad. Nuestro estudio demuestra que el uso de herramientas de PLN tiene muy alto rendimiento para la identificación de pacientes con TEP. Si bien nuestra aplicación está probada para una entidad en particular, esta ha sido diseñada teniendo el multipropósito en mente y con ello ser de utilidad para explotar información no estructurada en cualquier contexto clínico.

UTILIDAD DE LA ULTRASONOLOGÍA PULMONAR REALIZADA POR NEUMÓLOGOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS RESPIRATORIAS

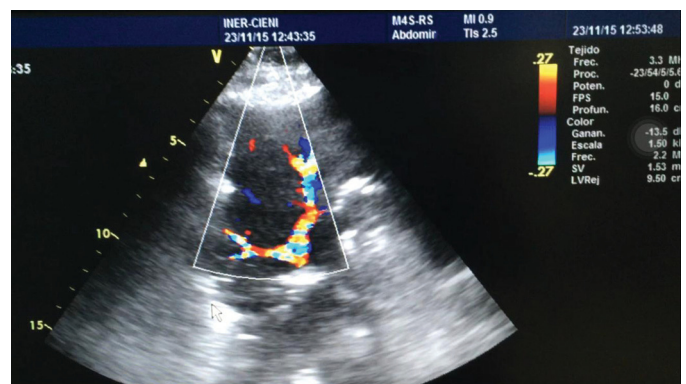
J. Sandoval, S. Guerrero, B. López y J. Sánchez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México.

Introducción: Tradicionalmente, el abordaje diagnóstico del paciente respiratorio en urgencias se basa en la radiografía de tórax, a pesar de sus limitaciones en la precisión diagnóstica de patología pleuropulmonar. La tomografía de tórax resuelve en gran medida este problema, con el inconveniente de radiación, costo y disponibilidad. La ultrasonología pulmonar, definida como el ultrasonido realizado por clínicos, es una herramienta para el diagnóstico preciso de enferme-

dad pleuropulmonar, permitiendo establecer protocolos de tratamiento urgencias.

Casos clínicos: 1. Masculino de 24 años sin antecedentes, SpO₂ > 90%, sin síndrome pleuropulmonar a la exploración. USG pulmonar con patrón A, sin deslizamiento y punto pulmonar, concluye neumotórax espontáneo. 2. Masculino de 59 años, VIH sida con neumonía por PCP con VM y sedación de 38 días, se realiza incursión diafragmática la cual es de 1,38 cm con éxito a la extubación. 3. Femenino de 65 años, con tumor pulmonar derecho, programada para biopsia transtorácica, el USG muestra aumento de vascularidad del tumor, decidimos abordaje por broncoscopia. 4. Femenino de 65 años, parapléjica por accidente automovilístico hace > 25 años, neumonías de repetición, referida tumor endobronquial. La broncoscopia muestra únicamente abundantes secreciones. Se realizó USG pulmonar que diagnostica parálisis diafragmática derecha. 5. Masculino de 57 años, que ingresa por disnea PA de tórax con derrame pleural derecho, sospecha de Ca. Rastreo USG encontrando derrame y atelectasia. Se punciona derrame guiado por USG. Exudado linfocítico. Biopsia por FBC con diagnóstico de linfoma no Hodgkin.



Discusión: La ultrasonología pulmonar es una herramienta rápida, inocua y de bajo coste que permite exploración en tiempo real y a la cabecera del paciente. Ha demostrado utilidad para evaluar pulmón, pleura y mediastino, con precisión diagnóstica de 90,5% para insuficiencia respiratoria aguda (protocolo BLUE). Está en manos de neumólogos avanzar en el conocimiento e integración de esta técnica en la práctica diaria.

BIOPSIA TRANSTORÁCICA CON AGUJA FINA GUIADA POR IMÁGENES EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX

M. Oyonarte, M. Salinas, F. Vega, C. Fernández, E. Sabbagh, J. Humeres, R. Lagos, I. López y S. Chernilo

Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Instituto Nacional del Tórax.

Introducción: La biopsia transtorácica con aguja fina guiada por imágenes es un procedimiento mínimamente invasivo que permite hacer el diagnóstico de lesiones localizadas en la pared torácica, intrapulmonares, pleurales y mediastínicas. Su uso es cada vez más frecuente y puede realizarse en forma ambulatoria. Puede ser realizada por radiólogos o por neumólogos. Su rendimiento diagnóstico es alto y las complicaciones poco frecuentes. El objetivo del presente trabajo es determinar el rendimiento y la seguridad del procedimiento efectuado por neumólogos en el Instituto Nacional del Tórax, centro de referencia nacional.

Material y métodos: Caracterización mediante estadística descriptiva de una cohorte prospectiva de todas las punciones realizadas en la unidad de broncoscopia entre el 1 de enero del 2013 y el 12 de enero 2016. Todas las punciones fueron efectuadas por neumólogos. Se uti-

lizaron agujas supercore 16-17G guiadas por tomografía axial computada (TAC) o por ecografía. Se comunican los resultados y complicaciones.

Resultados: Se realizaron 365 procedimientos en 350 pacientes. Edad promedio 63 años DE 14,2 (15-91). 187 pacientes (53,4%) fueron sexo masculino. 212 pacientes (58%) eran ambulatorios. En 250 procedimientos (69,3%) la biopsia se efectuó con apoyo de TAC y en 107 (29,6%) con apoyo de ecografía. La lesión a biopsiar se ubicó en el pulmón en 301 procedimientos (82,5%), pared 18 (4,9%), mediastino en 17 (4,7%), pleura en 14 (3,8%) y otras localizaciones en 12 (3,3%). El rendimiento diagnóstico según zona de punción fue 85,8% en lesiones pulmonares, 88% en pared, 82,3% en mediastino, 64,3% en pleura y 91,7% en otras localizaciones. Se obtuvo diagnóstico en el 84,5% de las punciones guiadas por TAC y en el 86,7% de las guiadas por ecografía. Las lesiones intrapulmonares biopsiadas fueron menores a 2 cm en 18 casos (5%) con rendimiento diagnóstico 47% y mayores a 5 cm en 171 casos (46,8) con rendimiento diagnóstico 88%. En 65 casos (17,8%) la lesión se ubicaba a más de 2 cm del borde interno de la pared. Hubo complicaciones en 58 procedimientos (15,9%), 37 neumotórax (13,9%), 32 de ellos laminares o leves y en 5 moderados o graves que ameritaron pleurostomía. El rendimiento diagnóstico global fue 83,3%, 91% etiología maligna y en el 8,8% benigna.

Conclusiones: La biopsia transtorácica con aguja fina es un procedimiento con buen rendimiento diagnóstico y baja frecuencia de complicaciones, similar a lo comunicado en la literatura.

DETERMINACIÓN DE CARGA DE CALCIO CORONARIO EN TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX RUTINA (NO GATILLADA) COMPARADO A CORONARIOGRAFÍA POR TC

C. Silva y J. Alegría

Departamento de Imágenes. Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo.

Introducción: La carga de calcio coronario se considera un factor predictor de riesgo coronario. Desde la introducción del electron beam CT (EBCT) se ha realizado su cuantificación basada en Unidades Agatston, técnica que se mantiene en tomografía computada multidetector (MDCT). Para ello, se requiere un gatillado electrocardiográfico y barrido de bajo pitch, lo que genera mayor dosis de radiación. Es deseable poder obtener dicha información de carga de calcio coronario desde TC de tórax no gatillados, pero para ello, se requiere que los métodos de cuantificación de ambas técnicas tengan una alta concordancia. En este estudio compararemos la correlación entre la cuantificación de carga de calcio coronario mediante técnica de Agatston en TC tórax no gatillada versus coronariografía por TC (CoroTC) gatillada.

Material y métodos: Se identificaron desde la base de imágenes PACS del Departamento de Imágenes de Clínica Alemana, aquellos pacientes que se hubieran realizado una tomografía computada (TC) de tórax de rutina, y además tuviese una coronariografía por TC (CoroTC) dentro de un año, en el periodo comprendido entre el 1 de Julio 2014 y el 31 de Junio 2015. Los datos de TC de tórax fueron reprocesados en sistema SyngoVia de AGFA para determinación de calcio coronario, mediante CT CaScoring®, con dos lecturas independientes por radiólogos cardiotorácicos. Los radiólogos no tuvieron conocimiento del valor obtenido en CoroTC durante las mediciones. Se realiza análisis de distribución de variables, con estimación de correlación mediante técnica de Spearman, y determinación de variabilidad intertécnica e interlector mediante análisis de Bland-Altman. Se calculan intervalos de confianza de 95% (IC95%), según corresponda.

Resultados: Se dispuso de 23 grupos de imágenes en el periodo estudiado, se excluyen 7 por corresponder a estudio de TC tórax con contraste. El grupo restante presentó una mediana de score de Agatston de 117 (RIQ 0-254) por coroCT. La variabilidad entre los dos lectores fue de -4,2 UA (IC -10,99 a 2,57). El análisis de correlación de Spear-

man arroja un rho de 0,96 (IC95%: 0,882 a 0,987), asociado a una diferencia entre métodos (sesgo) de 17 UA (IC -20,98 a 55,15).

Conclusiones: La determinación de carga de calcio coronario (score de Agatston) es factible de realizar en un estudio de TC de rutina no gatillado, con una alta correlación y bajo sesgo. Estos resultados deben ser replicados en estudios de alto riesgo y con modalidades de baja dosis, dado que ello puede afectar las mediciones de densidad tomográfica y distorsionar los valores de calcio coronario.

FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA DISTAL EN ADULTO: CASO CLÍNICO

J. Chahuán, C. Pino, J. Cerda, J. Pizarro, G. Pereira e I. de la Fuente

Unidad Broncopulmonar. Universidad de Valparaíso. Hospital DIPRECA.

Introducción: La fístula traqueoesofágica (FTE) en adultos es un problema clínico infrecuente, la mayoría de las veces secundario a tumores malignos mediastínicos. En la literatura se reporta que las causas benignas, si bien en aumento, sólo corresponden al 5,7% de los casos principalmente por lesiones asociadas a procedimientos quirúrgicos o ventilación mecánica.

Caso clínico: Mujer de 33 años dueña de casa, con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico operado al año de vida y catalogada como asmática. Con historia de tos crónica de más de un año

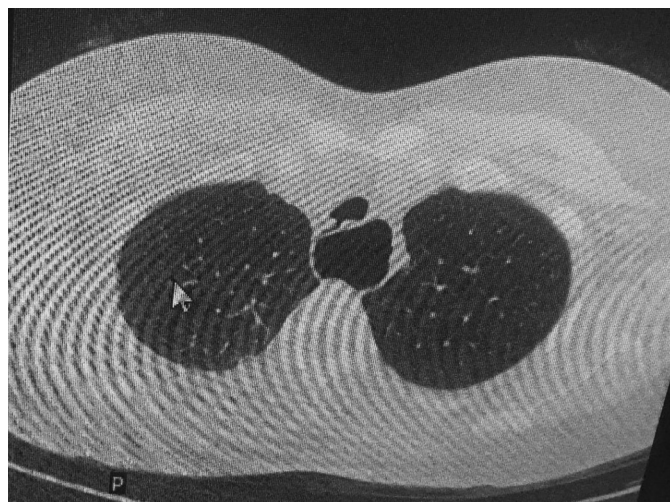


Figura 1.

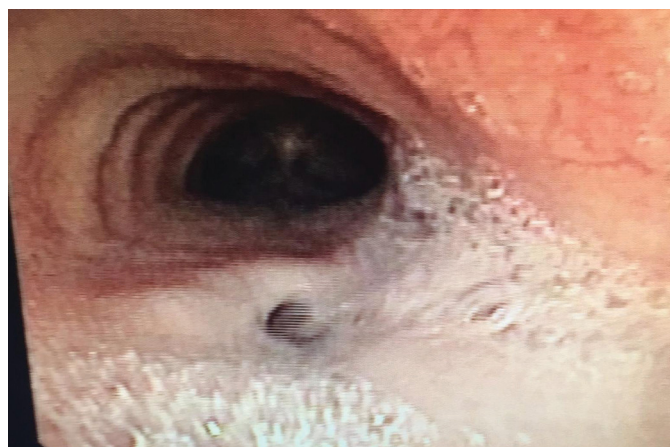


Figura 2.

de evolución que se exacerba al decúbito. Consulta en hospital de carabineros y se constata crujiidos bibasales, se solicita tomografía computada de tórax que demuestra bronquiectasias bilaterales de ambos lóbulos inferiores más dilatación esofágica severa (fig. 1). Se decide hospitalizar y realizar fibrobroncoscopia que demuestra lesión de 0,3 a 0,5 cm de la pared posterior de la tráquea distal por donde sale abundante secreción al parecer saliva con burbujas (fig. 2) confirmandose FTE en espera de resolución quirúrgica.

Discusión: Caso clínico de FTE de presentación atípica como hallazgo en paciente con tos crónica.

MÚLTIPLES NÓDULOS IRREGULARES DE PULMÓN, CASO POCO FRECUENTE

D. Mattar, A. Balmaceda y A. Videla

Clínica El Castaño. Instituto Médico San Juan.

Introducción: La hiperplasia nodular linfoide Localizada se presenta en pacientes de edad media y tiene igual incidencia en ambos sexos. La mitad de estos pacientes son asintomáticos. Algunos pacientes pueden tener enfermedades autoinmunes de base, tales como lupus eritematoso, síndrome de Sjögren, o mielitis transversa. El patrón radiológico puede ser el de un nódulo solitario sin calcificación, un patrón infiltrativo solitario, o múltiples nódulos como nuestro paciente. Se describe la historia clínica de un paciente con nódulos pulmonares de pulmón y los estudios realizados para llegar al diagnóstico.

Caso clínico: Hombre de 52 años, ex tabaquista, con antecedentes de asma, hace 18 meses le fue extirpado linfangioma cavernoso de pared abdominal. TAC de tórax con múltiples imágenes nodulares cubiformes dispersas, de 2 cm de diámetros. Biopsia de una lesión describe: "Infiltrado linfoproliferativo atípico de patrón nodular y rasgos angiocéntricos infiltrante de pulmón". CD 20-, CD 30-, S 100-, KI 67 (15%);-. Diagnóstico: infiltración reactiva linfoide de pulmón. El colanograma, ANCA P Y C son negativos, al igual que las virus B, C y HIV. Nueva TAC de tórax 3 meses después presenta una imagen cavitada de 2 cm, con una fibrobroncoscopia normal. Los hallazgos histológicos, inmunohistoquímicos, y las imágenes son compatibles con hiperplasia nodular linfoide de pulmón.

Discusión: Ante el hallazgo de múltiples imágenes nodulares del pulmón irregulares o cubideas, con o sin sintomatología, se impone la necesidad de pensar en la enfermedad citada, siendo el estudio histológico, sumado a la inmunohistoquímica, la única forma de llegar a su diagnóstico. También es muy importante la búsqueda de enfermedades a las que suele asociarse, dada la elevada incidencia de las mismas, tales como las Inmunodeficiencias, las enfermedades autoinmunes y virales entre otras.



SÍNDROME CIMITARRA CON DRENAJE DUAL, SECUESTRO PULMONAR Y ESTENOSIS TRAQUEAL

A. Londoño, H. Ortega, J. Ortega, L.H. Díaz, R. Lince, L. Ocampo, M. Zapata y N. Uribe

Clínica CardioVID.

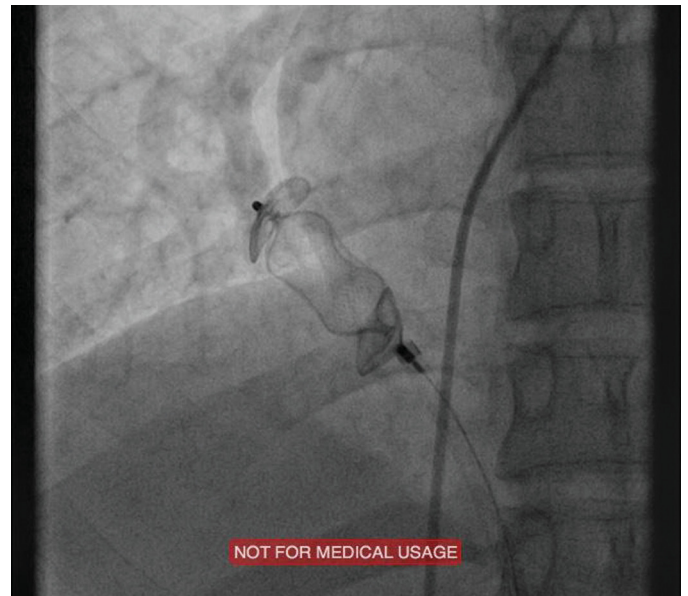
Introducción: El S de la cimitarra es una malformación congénita rara. Se presenta un caso de drenaje dual, secuestro pulmonar y estenosis traqueal idiopática.

Caso clínico: Mujer de 32 A, sin antecedentes importantes, con disnea progresiva 2 años antes. Con estridor variable. Rx y TAC mostraron la cimitarra, la curva F/V sugirió ovas. La FBC mostró estenosis subglótica (6 mm); y mejoró con traqueoplastia con balón aliviando la disnea. La angiografía mostró conexión anómala parcial infracardiaca de la VPD a VCI y drenaje dual a AI (I 1). Vaso anómalo desde tronco celiaco a base pulmonar derecha (secuestro pulmonar). En segundo tiempo se hizo oclusión definitiva de la vena cimitarra con dispositivo Amplatzer (I 2). Se confirmó drenaje a la AI. No hubo complicaciones.

Conclusiones: El drenaje dual en este caso hizo posible el cierre con éxito de la conexión anómala a la VCI mediante enfoque percutáneo menos invasivo.



Cimitarra, drenaje dual (1 y 2), plug vascular (3) secuestro pulmonar (4).



NOT FOR MEDICAL USAGE

PRIMER REPORTE MUNDIAL DE TRASPLANTE PULMONAR EN UN CASO DE LEIOMIOMATOSIS BENIGNA METASTATIZANTE

J. Ortega, H. Ortega, A. Londoño, S. Penagos, M. Zuluaga, R. Zapata, C. Saldarriaga y L. Bolívar

Clínica CardioVID.

Introducción: La LBM es una condición rara, secundaria a la proliferación y metástasis de tejido muscular liso. Se presenta con múltiples nódulos localizados con mayor frecuencia en pulmón. y puede llevar a insuficiencia respiratoria por el crecimiento excesivo. En casos sintomáticos la resección quirúrgica, inhibición hormonal u ooforectomía bilateral han demostrado éxito.

Caso clínico: Mujer de 39 años, AP de miomectomía en 2004. En 2006 disnea progresiva e infiltrado nodular bilateral, recibió tratamiento con medroxiprogesterona durante 7 años y posteriormente sirolimus 2 mg al día por dos años. En mayo de 2015 deterioro de la clase funcional y falla respiratoria. Pruebas de función pulmonar con: VEF1/CVF 72%, VEF1 0,98 L (36%), CVF 1,36 L (42%), VR 82%, CPT 58% y DLCO 14%. Las imágenes mostraron múltiples nódulos blandos (F1). La biopsia pulmonar confirmó el diagnóstico de LBM. Con PET-CT negativo se ingresó a lista de espera para trasplante. Se realizó trasplante bilateral de pulmón exitoso. Patología confirmó el diagnóstico y la evolución clínica postrasplante fue satisfactoria (figuras).

Discusión: Presentamos un caso de LBM sin opción terapéutica y alto riesgo de muerte, a quien se realizó trasplante bipulmonar exitoso, siendo éste el primero descrito en la literatura.

HALLAZGOS TORÁCICOS DE LA NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: ESPECTRO IMAGENOLÓGICO

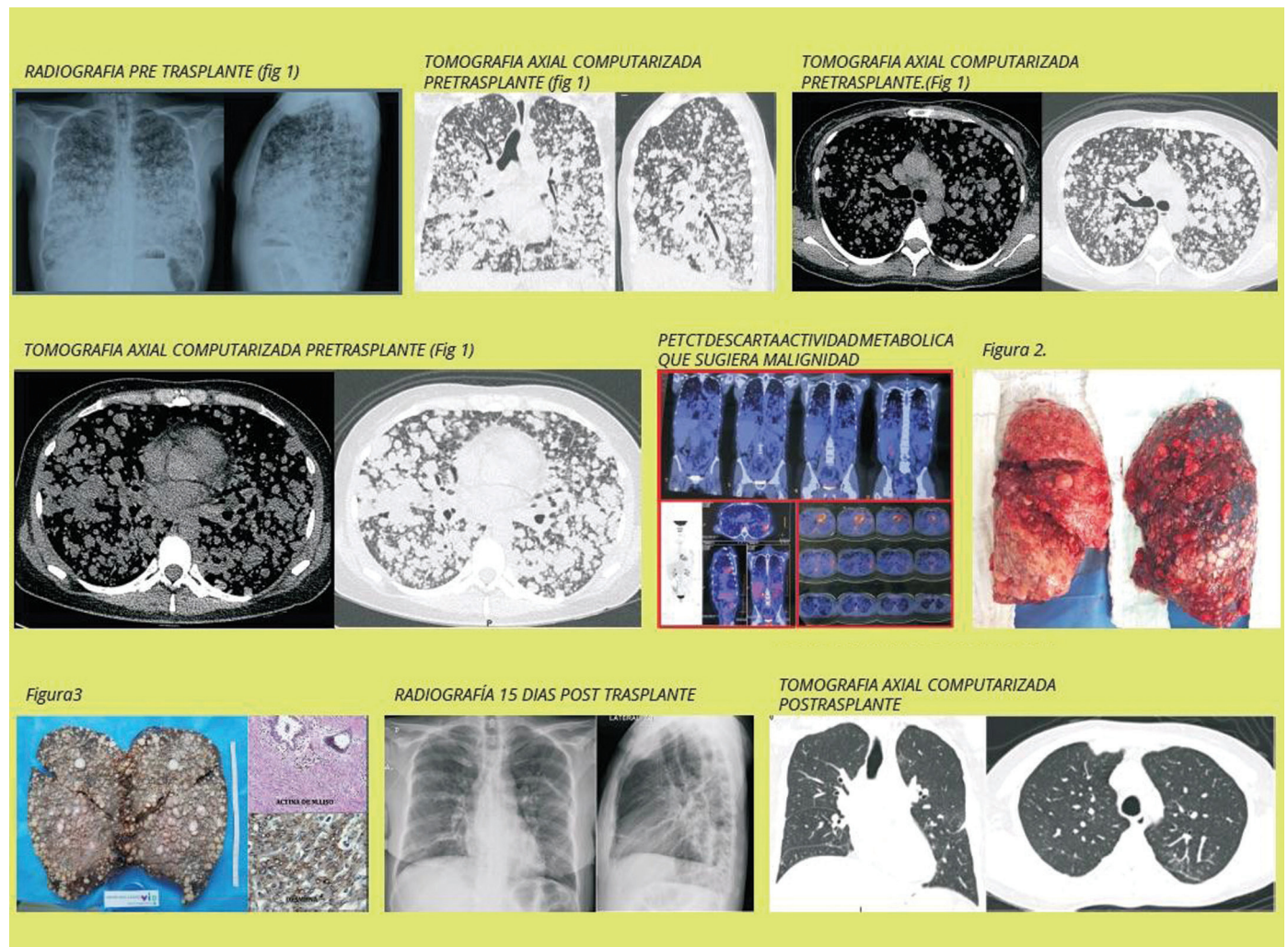
F. Aluja, F. Díaz Telli y F. Gutiérrez

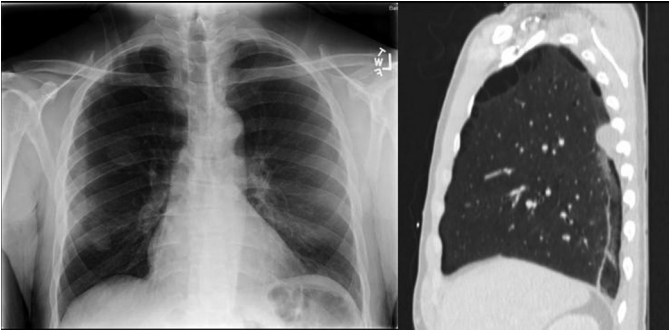
Fundación Universitaria Sanitas. Hospital Universitario Austral. Mallinckrodt Institute of Radiology.

Introducción: La neurofibromatosis tipo 1 (NF) es una displasia del meso/ectodermo de herencia autosómica dominante. Esta enfermedad puede tener compromiso en el tórax con nódulos subcutáneos y con enfermedad intersticial pulmonar (ILD). El propósito del trabajo es revisar los hallazgos imagenológicos de un paciente con NF en radiología convencional (RX) y tomografía computada (TC) describiendo las características más importantes en dichas modalidades.

Material y métodos: Se realizó revisión bibliográfica analizando los hallazgos imagenológicos del compromiso torácico de la NF basado en un caso representativo en Rx y TC. La edad media de presentación es de 50 años con prevalencia masculina. Los hallazgos sintomatológicos comunes son disnea y tos y rara vez dolor torácico. Los test de función pulmonar demostraron tanto un patrón restrictivo u obstructivo y disminución del DLCO presente. No se identificó asociación clara con el cigarrillo.

Resultados: Masculino de 44 años con NF que acude al servicio de emergencias con dolor torácico de meses de evolución. La RX muestra imágenes nodulares en los tejidos blandos torácicos y dos nódulos redondeados radioopacos en topografía pulmonar derecha. El de mayor tamaño adyacente al sexto arco costal presenta muesca con el





borde inferior de la costilla. En TC se observan áreas quísticas en los lóbulos superiores correspondientes a bullas de ubicación subpleural bilateral simulando un enfisema paraseptal. En las bases bandas subpleurales con reticulación sugestivas de fibrosis pulmonar. También hay espacios quísticos dispersos en el parénquima especialmente hacia las bases. Los hallazgos en la Rx se traducen en nódulos de partes blandas, el mayor adyacente al 6 arco costal posterior el cual produce erosión ósea del borde inferior y el de menor tamaño de ubicación subcutánea en la pared torácica.

Conclusiones: La NF es una entidad poco frecuente y aún más la asociación con ILD. El compromiso pulmonar suele caracterizarse por fibrosis basal y áreas quísticas que predominan en los lóbulos superiores, así como múltiples bullas. Las manifestaciones intratorácicas pueden confundir con otras entidades y se debe tener claridad en el patrón de presentación pulmonar de la NF.