

IMÁGENES

126. SÍNDROME DE SALIDA TORÁCICA POR ULTRASONIDO

I. Márquez

HR Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE UMF N.º 15 IMSS.

Introducción: Se acepta que el diagnóstico de síndrome de salida torácica (TOS) es clínico y que la imagen independientemente de la modalidad, se utiliza para localizar el sitio de compresión, la estructura de compresión y el órgano o vaso comprimido así como para descartar otras condiciones que simulen al TOS minimizando la morbilidad y la mortalidad al seleccionar adecuadamente el tratamiento; para ello utilizamos los criterios del colegio americano de radiología (ACR). El protocolo de estudio propuesto es inédito y comprende 6 puntos, su propósito es postular al ultrasonido como “el complemento diagnóstico de elección”, puesto que con él, es posible demostrar de forma dinámica, bidimensional y con mediciones exactas, todos los sitios de compresión y la gran mayoría de las estructuras compresoras y comprimidas además que prescinde de la radiación y/o los efectos nefrotóxicos del medio de contraste necesarios en la TC y/o RM.

Material y métodos: Se realizó inspección y maniobras clínico-ecográficas a pacientes con radiografías que demostraron patología y/o variantes anatómicas predisponentes de TOS.

Resultados: Por ultrasonido se pudieron corroborar lesiones pulmonares apicales, patología diversa de la columna cervical, adenomegalias, callos y tumores claviculares, anormalidades de la primera costilla, costillas cervicales, mega apófisis transversas de C7, articulaciones coraco claviculares y luxaciones acromio claviculares. Así mismo se realizó estudio Doppler de los grandes vasos sin evidencia de lesión, sin embargo la exploración clínico/ecográfica de Adson resultó positiva en varios de los pacientes; además se demostró como hallazgo una arteria sobre la mega apófisis/costilla cervical que late adyacente a la cara dorsal tronco de C7.

Conclusiones: Con excepción de la avulsión, no hay un signo ecográfico de lesión radicular, por lo que demostrar variantes anatómicas y/o condiciones patológicas predisponentes es el objetivo. Los criterios del ACR, sugieren al US para estudiar arterias/venas y lo clasifican con “6 = puede ser apropiado”, sin embargo, es posible demostrar todos los sitios de compresión y la gran mayoría de las estructuras compresoras y comprimidas, por lo que debería de ser clasificado en “7-8” y situado como “generalmente apropiado” en los criterios de radiodiagnóstico. La inspección es una variable de poco valor en la integración diagnóstica de TOS, sin embargo realizar maniobras de exploración clínico-ecográfica debería de ser un hábito en todos nuestros procedimientos. Las bandas fibrosas son hallazgos fáciles de demostrar y tienen un gran valor diagnóstico. La hipertrofia de los músculos escalenos y/o sus variantes son etiologías reiteradas de TOS y en la gran mayoría de los casos son hallazgos intraoperatorios y/o de necro cirugía.

127. ESPECTRO DE PRESENTACIONES DE HISTOPLASMOSIS TORÁCICA

K. Pacci y F.R. Gutiérrez

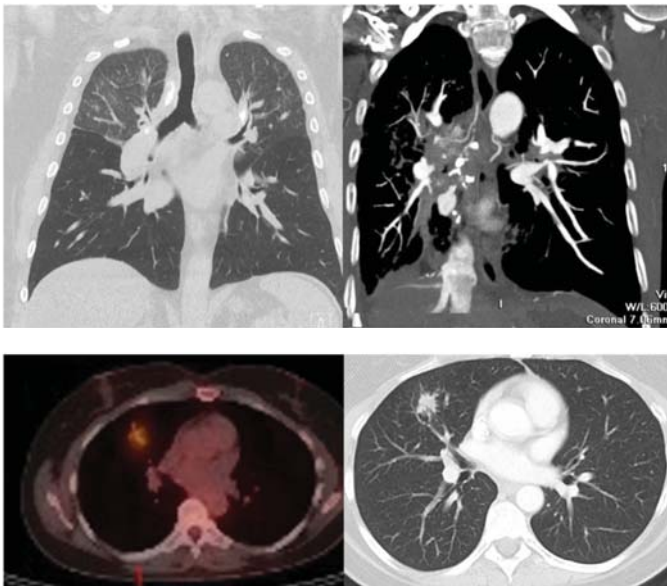
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. Mallinckrodt Institute of Radiology. Washington University School of Medicine. St. Louis. MO. EE. UU.

Introducción: La histoplasmosis es una de las principales micosis endémicas en Latinoamérica, y en los estados del sur y medioeste de

Estados Unidos. La sintomatología depende del estado inmune de la persona infectada. Se presenta como infección aguda o crónica. El compromiso mediastinal puede ser linfadenopatías, mediastinitis fibrosa o diseminación sistémica. La cronicidad de la histoplasmosis se muestra como cavidades pulmonares, nódulos pulmonares, mediastinitis granulomatosa, fibrosis mediastinal, pericarditis, efusión pleural, bronquiectasias y broncolitiasis.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo y descriptivo basado en el análisis de los casos seleccionados de imágenes cardiotorácicas del Mallinckrodt Institute of Radiology entre los años 2001-2017 con el diagnóstico de histoplasmosis según la historia clínica. Se seleccionó un espectro de casos que presentaron diferentes imágenes radiográficas, tomográficas o de PET-CT de tórax. Hemos tabulado aquellas presentaciones más comunes, así como aquellas que pueden confundirse con otras entidades de importancia, resaltando su importancia en el diagnóstico diferencial.

Resultados: La sintomatología clínica incluyó fiebre, tos, pérdida de peso y dolor torácico. Entre las presentaciones imagenológicas se mostró casos de bronconeumonía, nódulos pulmonares múltiples, nódulo pulmonar único, mediastinitis fibrosante, pericarditis, linfadenopatía, calcificaciones parenquimales y cavitaciones, entre otras.



Conclusiones: Entre las micosis endémicas en EEUU se incluye la histoplasmosis. Su presentación radiológica diversa es un reto para el médico radiólogo, por lo que es importante reconocer sus múltiples presentaciones.

128. EDEMA PULMONAR UNILATERAL

P. Gil y C. Celis

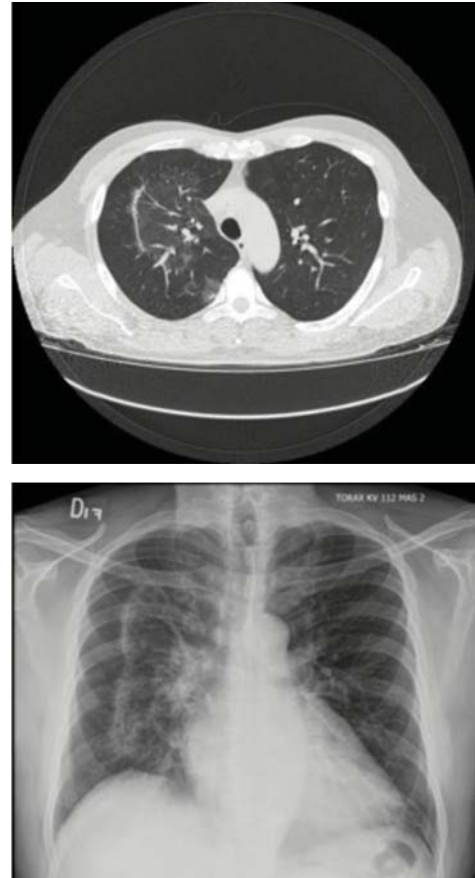
Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio.

Introducción: El edema pulmonar unilateral es una entidad poco común, descrito en el 2% de los casos de edema pulmonar cardiogénico, la mayoría debidos a insuficiencia mitral severa. Se presenta el caso de un paciente con edema pulmonar unilateral secundario a prolapso con insuficiencia de la válvula mitral.

Material y métodos: Estudio descriptivo, reporte de caso.

Resultados: Paciente de 58 años con antecedentes de hipotiroidismo, enfermedad renal crónica e insuficiencia mitral conocida hace 4 años quien consultó por cuadro de 2 meses de tos seca de predominio en decúbito, expectoración hemoptoica ocasional, disnea NYHA III, ortopnea, disnea paroxística nocturna y dolor torácico pleurítico derecho. Al ingreso se evidenciaron estertores de predominio en hemitór-

rax derecho, soplo meso-telestístico grado V/VI en foco mitral irradiado a axila sin signos de congestión periférica. Se tomó radiografía de tórax que mostró opacidad parenquimatosa derecha mal definida en vidrio esmerilado de localización central compatible con edema pulmonar unilateral en alas de mariposa, hallazgo que se confirmó con tomografía. Se realizó ecocardiograma transesofágico con prolapso severo de la valva posterior de la válvula mitral y ruptura de cuerda tendinosa. El paciente fue llevado a reemplazo valvular mitral mecánico por técnica de mínima invasión con hallazgo macroscópico de válvula de aspecto mixomatoso y cambios degenerativos severos en el estudio histopatológico. Los hallazgos imagenológicos revirtieron en el posoperatorio y al control de 2 meses se encontraba asintomático.



Conclusiones: El edema pulmonar unilateral es una entidad ampliamente relacionada con insuficiencia mitral severa, siendo su localización más frecuente el lóbulo superior derecho. Esta entidad se relaciona independientemente con mayor mortalidad y retraso en el diagnóstico respecto a la presentación bilateral.

129. PULMÓN HIPERLUCENTE. PRIMER CASO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO

C. Rosero, M. Chico, M. Rosero y L. Meza

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

Introducción: El enfisema unilateral, enfisema lobular o pulmón hiperluciente, fue descrito por primera vez en 1953 por Swyer y Jamesen y un año más tarde por McLeod. Enfermedad poco frecuente secundaria a bronquiolitiasis obliterante en 3,8 a 4,3%, causa atelectasia, cicatrización y al final bronquiectasias, o post infecciosa que puede dañar bronquios y bronquiolos en forma simultánea. La mayoría de los pacientes son asintomáticos o presentan infecciones pulmonares a re-

petición, disnea o hemoptisis. Los hallazgos radiológicos incidentales incluyen atrapamiento aéreo lobar o pulmón hiperlúcido unilateral en espiración, más disminución de la actividad broncovascular pequeña sombra hilar y leve desplazamiento del mediastino. Presentamos el primer caso “de pulmón hiperlúcido” descrito en la literatura del Servicio de Neumología.

Material y métodos: Descripción de caso clínico.

Resultados: Paciente masculino de 26 años, con antecedente de Infección por virus de la inmunodeficiencia humana desde el 2014, estadio B2 según CDC, sin complicaciones pulmonares en tratamiento con TARMA, al momento carga viral < 20 copias y CD4 de 497 células, disnea grado III por MRC, sin exposición laboral o ambiental. Exámenes de laboratorio en parámetros de normalidad excepto la gasometría que mostro insuficiencia respiratoria tipo I. El cultivo del lavado bronco alveolar reportó *Stenotrophomonas maltophilia* multisensible, resto de estudios negativos. EKG taquicardia sinusal con eje desviado a la derecha y complejos auriculares prematuros (fig. 1). Radiografía de tórax mostro hiperinsuflación del pulmón izquierdo, desplazamiento del mediastino y tráquea al lado derecho (fig. 2). La tomografía de tórax evidenció pulmón hiperlúcido izquierdo con disminución considerable de vascularización (fig. 3) que se confirma con angiotomografía (fig. 4). La espirometría y prueba de ventilación voluntaria máxima registraron patrón restrictivo severo.

Conclusiones: El síndrome de Swyer-James-MacLeod se caracteriza por hiperclaridad de un lóbulo o un pulmón debido a disminución de la vascularización pulmonar y distensión de los espacios alveolares que pueden acompañarse de bronquiectasias. En este caso estos hallazgos fueron evidenciados en la radiografía simple como en la tomografía y angiotomografía de tórax (figs. 2 a 4).



Figura 1. Electrocardiograma imagen taquicardiasinusal 128 latidos por minuto, eje desviado a la derecha y complejos auriculares prematuros.



Figura 2. Radiografía simple de Toráx. Hiperinsuflación del pulmón izquierdo asociado a desplazamiento de mediastino y tráquea al lado derecho.



Figura 3. Tomografía simple de tórax. Pulmón izquierdo hiperlúcido de, en pulmón derecho se aprecian área de vidrio deslustrado con acentuación del intersticio axial mediastino rotado.



Figura 4. Angiotomografía de tórax. Pulmón izquierdo hiperlúcido de con ausencia de vascularización, además se aprecia en forma bilateral presencia de opacidades basales compatibles con derrame pleural leve.

130. PÉRDIDA DE VASOS DE LA CIRCULACIÓN PULMONAR EN FUMADORES CON BRONQUIECTASIAS

A.A. Díaz, D.J. Maselli, F. Rahaghi, C. Come, A. Yen, E. Maclean, Y. Okajima, C. Martínez, T. Yamashiro, D. Lynch, W. Wang, G. Kinney, G. Washko y R. San José

Division of Pulmonary and Critical Care Medicine and Department of Radiology. Brigham and Women's Hospital. Harvard Medical School.

Introducción: Estudios histológicos de la circulación pulmonar en sujetos con bronquiectasias (BE) avanzadas han demostrado una pérdida de vasos pulmonares. Nuestro objetivo fue evaluar la pérdida de vasos de la circulación pulmonar con tomografía axial computarizada (TAC) en sujetos con BE radiográfica leve a moderada y estimar sus implicancias clínicas.

Material y métodos: Se identificó la presencia de BE y evaluó su severidad con una escala visual en las TACs de 485 fumadores del estudio COPDGene. Además, se midieron parámetros clínicos, la función pulmonar y la prueba de la caminata de los 6 minutos (PC6M). Se segmentaron y midieron los vasos pulmonares intraparenquimatosos con el método de imágenes de las partículas desarrollado en nuestro laboratorio (Estepar. AJRCCM. 2013;188:231). Se usó la razón entre el

volumen sanguíneo de los vasos pulmonares $< 5 \text{ mm}^2$ de área transversa (VP5) y el volumen de sangre pulmonar total (VPT) como una medida de la pérdida de los vasos pequeños, con valores bajos de la razón VP5/VPT indicando una mayor pérdida de vasos. Los valores de VP5/VPT se determinaron a nivel lobar. Se utilizó análisis de regresión para estimar las diferencias de VP5/VPT (como %) entre sujetos con y sin BE (controles).

Resultados: En 77 (15,9%) se identificaron BE, que en promedio fue leve (promedio de severidad 4,3 sobre 40 puntos posibles). En modelos multivariados, aquellos con BE radiográfica en los lóbulos inferiores presentaron una mayor pérdida de vasos pulmonares pequeños que los controles ($\beta = -2,5\%$, $p < 0,0001$) (fig.). Los resultados fueron similares en sujetos con y sin enfisema. En sujetos con BE, aquellos con pérdida de vasos pulmonares pequeños (definida como VP5/VPT menor que la media) mostraron valores más bajos de VEF1 ($1,63 \pm 0,67 \text{ L}$ vs $2,12 \pm 0,70 \text{ L}$, $p = 0,008$) y PC6M ($378 \pm 117 \text{ mt}$ vs $451 \pm 89 \text{ mt}$, $p = 0,005$) que aquéllos sin pérdida de vasos.

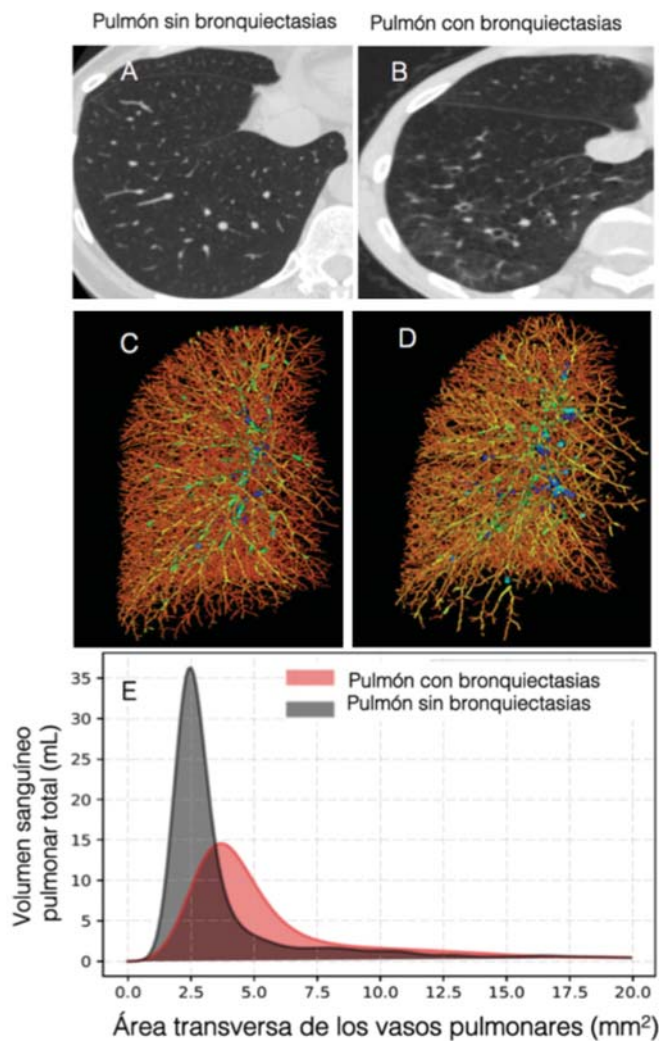


Figura 1. Ilustración de la pérdida de vasos pulmonares pequeños en bronquiectasias (BE). Los paneles superiores (A-B) muestran un corte axial del lóbulo inferior derecho (LII) de un sujeto con (B) y sin BE (A). Los paneles del medio (C-D) muestran la reconstrucción del árbol vascular pulmonar intraparenquimatoso de los mismos sujetos. Note la falta de vasos pulmonares en el LII del sujeto con BE (D). El panel E muestra el volumen sanguíneo de los vasos pulmonares de LII en función del tamaño de los mismos. Note que el volumen sanguíneo de los vasos pulmonares distales ($< 5 \text{ mm}^2$) es notablemente más bajo en el pulmón con BE (en rojo) que sin BE.

Conclusiones: Fumadores con BE radiográfica leve presentan pérdida de los vasos pulmonares distales, la cual se asocia con un mayor deterioro de la función pulmonar y de la capacidad de ejercicio.

131. IMÁGENES TORÁCICAS EN UN PACIENTE CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES Y SÍNDROME TORÁCICO AGUDO

M. García y A. Bierhals

Programa de Radiología. Hospital Clínico UC-Christus. Pontificia Universidad Católica de Chile Cardiothoracic Imaging Section. The Mallinckrot Institute of Radiology. Washington University.

Introducción: La anemia de células falciformes (ACF) es una anemia hemolítica secundaria a la síntesis de hemoglobina anormal que deforma los eritrocitos, lo que predispone a oclusión microvascular e infartos. Se ha reportado una prevalencia subestimada en Latinoamérica, con tamizajes nacionales limitados a Brasil y Costa Rica. El síndrome torácico agudo (STA) es una complicación frecuente y potencialmente letal de la ACF con un cuadro clínico que simula neumonía. En ciertos casos, los hallazgos imagenológicos orientan al diagnóstico de STA, por lo que es importante reconocerlos.

Material y métodos: Reporte de un caso. Metodología: datos clínicos e imágenes del sujeto de estudio y revisión narrativa.

Resultados: Paciente masculino afroamericano de 28 años con antecedente de AFC consulta por dolor torácico. En la radiografía de tórax (fig. 1) destacó la aparición de múltiples focos de condensación bilaterales, osteonecrosis en ambas cabezas humerales y morfología en "H" de los cuerpos vertebrales, secundario a infarto de médula ósea. La tomografía computada de tórax (fig. 2) demostró múltiples focos de relleno alveolar con densidad en vidrio esmerilado, bilaterales, periféricos y cuneiformes, compatibles con infartos pulmonares.

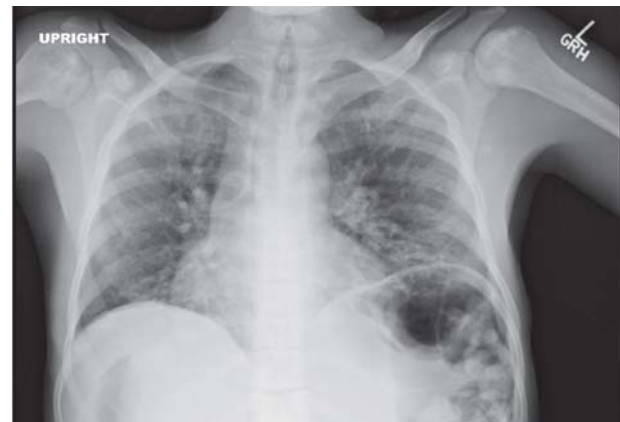


Figura 1.

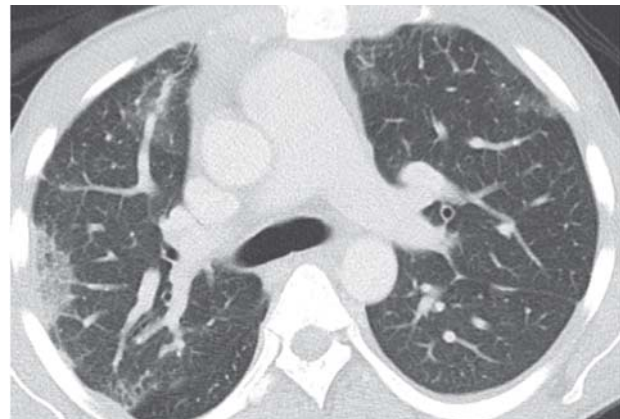


Figura 2.

Conclusiones: Se presentaron manifestaciones torácicas características de la AFC en imágenes, no solo en el parénquima pulmonar, sino también en estructuras óseas de la caja torácica. En general, en el contexto de un STA, la radiografía de tórax muestra hallazgos indistinguibles de una neumonía multifocal. En este caso, la distribución periférica con morfología en cuña y densidad en vidrio esmerilado de los focos en la tomografía computada de tórax orientó al diagnóstico de infartos pulmonares.

132. VALIDACIÓN DE LA ECOGRAFÍA LARÍNGEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

A. Arruti, A. Munyo, K. Genta, G. Decastro, M. Rebella, J.P. Arcos, F.J. Hurtado y M. Baz

Hospital de Clínicas.

Introducción: Con el fin de evaluar la precisión de nuestra herramienta de investigación, la ecografía laríngea (US), tuvimos como objetivo el validarla contra la fibro-laringoscopia (FLC), considerada como el estándar de oro.

Material y métodos: Los movimientos de la glotis fueron evaluados mediante FLC (FI RBS Pentax®, Hoya Corporation, Pentax Life Care Division, Tokyo, Japón) y US (SonoSite M-Turbo®, Sonosite Inc, WA, EEUU) simultáneamente. Los videos se sincronizaron para la comparación, grabados y medidos posteriormente. Las fases inspiratorias y espiratorias del ciclo respiratorio se verificaron por visualización directa durante los registros y también por los registros de sonido durante el análisis de los videos (fig.) Los métodos utilizados para la evaluación del estrechamiento espiratorio de la glotis (GNR) fueron aquellos previamente descritos. Los datos se expresaron como promedio \pm desvío estándar, luego se realizó una correlación de Spearman y un test de Bland-Altman. Se considero de significación un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Estudiamos 10 pares de videos de 8 pacientes con EPOC estable y asma, edad (años) $62,8 \pm 9,4$, genero (M/F) 0/8, VEF1s basal

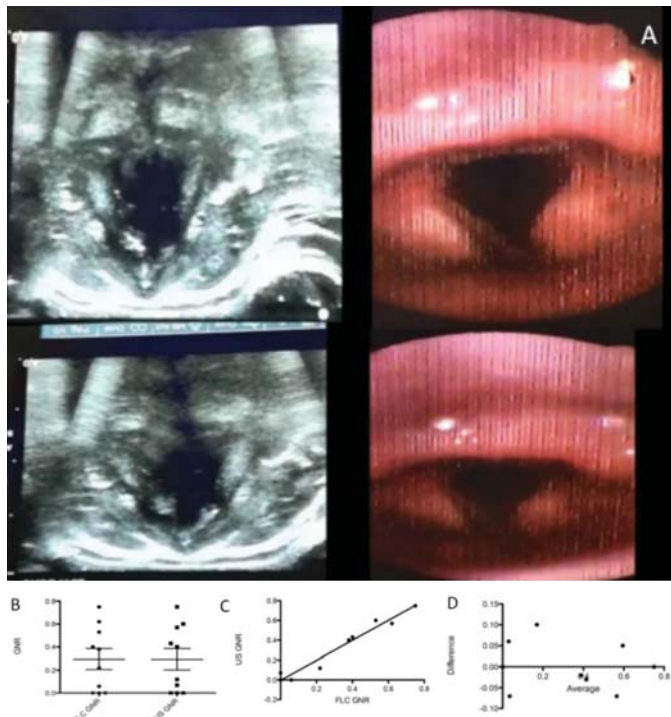


Figura 1. A. Fotos del cierre glótico medido simultáneamente mediante US y FLC. B. Gráfico BOX-Plot de las medidas del GNR mediante FLC y US. C. Correlación de Spearman entre las medidas del GNR mediante FLC y US. D. Análisis de Bland-Altman de las medidas de US y FLC.

(% predicto) $66,5 \pm 30,4$. El GNR fue de $0,30 \pm 0,03$ vs $0,29 \pm 0,29$, ($p = NS$) medido por US y FLC respectivamente. La correlación entre las medidas fue elevada ($r = 0,94$, $p = 0,0002$). La concordancia entre las medidas fue elevada ('bias' de 0,002 y desvío estándar del 'bias' de 0,05) (fig.).

Conclusiones: Concluimos, que en nuestras manos, las medidas eco-gráficas de las cuerdas vocales en pacientes con EPOC y asma, mostraron un elevado nivel de correlación y concordancia, comparadas con aquellas de la FLC.

133. UTILIDAD DEL SCORE DE SEVERIDAD DEL TRAUMA TORÁCICO PARA PREDECIR EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) EN PACIENTES CON TRAUMA CERRADO

A. Espinoza y E. Torres

Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

Introducción: En el HEALFM, el 40% de los motivos de consulta a la sala de emergencia son los traumatismos torácicos cerrados, de los cuales al 100% de los pacientes se les indica radiografía de tórax y al 80% tomografía. Estos traumatismos registran un alto porcentaje de mortalidad (37%). También, los pacientes que no presentan lesiones que comprometen la vida de forma inmediata pueden desarrollar SDRA, y estos en muchas ocasiones, se asocian a estancias hospitalarias más largas, aumento de costos y peor calidad de vida relacionada con la salud a largo plazo. Por tanto, introducir el score de severidad del trauma torácico, sería una herramienta para la detección temprana del desarrollo del síndrome de distrés respiratorio agudo, y a la vez para reducir la morbilidad, mortalidad y utilización de recursos asociados con este síndrome. Objetivo general: determinar la utilidad del score de severidad del trauma torácico, para predecir el desarrollo de SDRA, en pacientes con trauma cerrado del HEALFM, desde julio a septiembre de 2017.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, de tipo de pruebas diagnósticas, transversal. Para conocer la asociación entre los parámetros del score y el desarrollo del síndrome de distrés respiratorio agudo, se usó la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson. Se calculó sensibilidad y especificidad al score para predecir el desarrollo del síndrome de distrés respiratorio agudo.

Resultados: El hallazgo más frecuente en el traumatismo torácico cerrado fueron las contusiones pulmonares, seguidas de las atelectasias y fracturas costales. El grado II fue el grado más frecuente que presentó síndrome de distrés respiratorio con un 28% (7), seguido del grado IV con un 20% (5). El índice de oxigenación fue el único parámetro del score, estadísticamente significativo que se asocia al desarrollo del síndrome de distrés respiratorio agudo (valor de $p 0,005$).

Tabla 1. Evaluación de la sensibilidad y especificidad del score de severidad del trauma torácico como predictor de la mortalidad en pacientes con trauma cerrado de tórax del HEALFM.

Prueba diagnóstica		Mortalidad		
		Fallecido	Vivo	TOTAL
SCORE	Positivo	15	16	31
	Negativo	0	11	11
	TOTAL	15	27	42
Parámetros		Cálculo	IC 95% (Inferior-Superior)	
Sensibilidad		100%	(79.61, 100)	
Especificidad		40.74%	(24.51, 59.27)	
Valor Predictivo Positivo		48.39%	(31.97, 65.16)	
Valor Predictivo Negativo		100.00%	(74.12, 100)	
Precisión de Diagnóstico		61.90%	(46.81, 75)	
Kappa de Cohen's		0.3293	(0.105 - 0.5537)	

Conclusiones: El score de severidad del trauma torácico posee una sensibilidad del 80%, especificidad del 35%, para predecir el síndrome de distrés respiratorio, con VPP 64,2% y VPN de 54,55%.

134. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA NEUMONÍA EN RELACIÓN CON LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

A. Espinoz y G. Guido

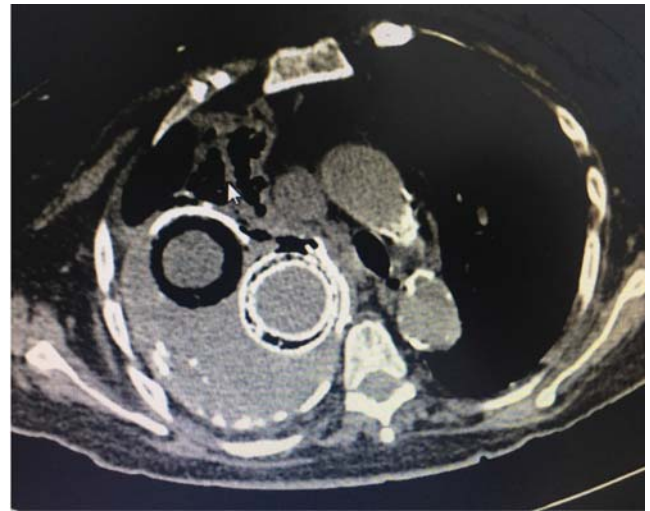
Hospital Manuel de Jesús Rivera.

Introducción: El propósito de este trabajo es conocer la utilidad de la ecografía de tórax y su correlación con la radiografía de tórax en el diagnóstico de neumonía, ya que a nivel nacional no se cuenta con un protocolo que sugiera a la ecografía de tórax como medio diagnóstico, siendo este más económico y más accesible. **Objetivo:** determinar la utilidad de la ecografía de tórax en neumonía en relación a la radiografía de tórax en pacientes ingresados en el Hospital Manuel de Jesús Rivera, agosto-septiembre 2017.

Material y métodos: Descriptivo, correlacional, retrospectivo, se valoró la correlación entre hallazgos ecográficos y la radiografía de tórax en 45 pacientes con diagnóstico de neumonía con prueba de concordancia de Kappa de Cohen.

Resultados: Concordancia de 14 casos diagnosticados con fase de hepatización por ecografía y patrón de consolidación en ecografía, evidenciándose valor de Kappa de 0,13 y valor de p de 0,077, de 5 casos diagnosticados con derrame paraneumónico más absceso por ecografía y colección pleural más absceso en radiografía con valor de kappa de 0,43 y p de 0,0. De igual forma 3 casos diagnosticados con broncograma por ecografía y broncograma aéreo por radiografía, con valor de Kappa de 0,022, p de 0,482.

Conclusiones: La ecografía resulto tener buena concordancia al compararla con la radiografía como método de diagnóstico en neumonía, demostrando la hipótesis planteada.



135. PLOMBAJE PULMONAR. REPORTE DE CASO

E. Gualpa, W. Arias y G. Cruz

Hospital Quito Sur.

Introducción: El tratamiento de la tuberculosis pulmonar se ha modificado considerablemente; en reportes del siglo XX, uno de los métodos empleados era el colapso pulmonar de las zonas secuelas de la infección, que provocaba un estado de reposo del pulmón enfermo, contrarrestando las fuerzas elásticas y disminuyendo los movimientos respiratorios. Tuffier implementó la técnica del plombaje a finales del siglo XIX, la misma que fue evolucionando posteriormente.

Material y métodos: Reporte de caso.

Resultados: Mujer, 86 años, con antecedente de cirugía pulmonar durante su infancia, familiares desconocen etiología, pero refieren que se encontró hospitalizada en sanatorio médico durante mucho tiempo, acude a nuestra casa de salud por cuadro de tos y expectoración, se solicita radiografía de tórax, en la cual se evidencia: colapso del lóbulo superior derecho provocado por imágenes radiopacas de bordes definidos que ocupan dos tercios de pulmón. En TC de tórax se evidencia 3 imágenes redondeadas, de bordes bien definidos, con densidad de 60 a 100 UH compatibles con densidad de tejidos blandos.

Conclusiones: Antiguamente el tratamiento quirúrgico era de elección para las secuelas de tuberculosis, en nuestro caso se reporta el plombaje, utilizado a inicios del siglo XX, en el cual ocupaban diferentes materiales como nitrógeno, almohadillas de tejido adiposos, cera, gelatina, bolas de lucita, parafina, etc., mismo que presentan diferentes densidades en los estudios de imagen. Este tipo de tratamientos ya no se los realiza en la actualidad, por lo cual podemos encontrar

estos hallazgos en pacientes de edad avanzada y confundirse con cuadros respiratorios infecciosos agudos por médicos poco entrenados de atención primaria y de emergencias.