

CASOS CLÍNICOS

Aspergilosis pulmonar crónica - Un repaso de la patología por las imágenes

Martín Pesce, Loto Rodrigo, Pacini Leandro

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente de 65 años que consulta por cuadro clínico de meses de evolución caracterizado por tos sin expectoración.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Tabaquista de jerarquía (30 p/y)HTA no tratada

Examen físico

Hipoventilación global con rales crepitantes difusos y soplo tubárico en ambos ápices pulmonares.

Tratamiento

Se comienza tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados.

Evolución y/o resolución del caso

Tras el tratamiento instaurado el paciente presenta mejoría de su sintomatología y continua en seguimiento clínico - imagenológico al día de la fecha.

Discusión / Conclusiones

La aspergilosis es una enfermedad micótica causada por *Aspergillus* especie, generalmente *A. fumigatus*. *Aspergillus* es un género de hongos ubicuos del suelo. Las manifestaciones histológicas, clínicas y radiológicas de la aspergilosis pulmonar se determinan por el número y la virulencia de los organismos y la respuesta inmune del paciente. La aspergilosis pulmonar se puede subdividir en cinco categorías: la aspergilosis saprofitica (aspergiloma), la reacción de hipersensibilidad (aspergilosis broncopulmonar alérgica), la aspergilosis semi-invasiva (necrotizante crónica), la

aspergilosis invasiva de la vía aérea (traqueobronquitis aguda, bronquiolitis, bronconeumonía, aspergilosis broncopulmonar obstructiva), y la aspergilosis angioinvasiva.

Referencias

- Greene R. The pulmonary aspergilloses: three distinct entities or a spectrum of disease. *Radiology* 1981; 140:527-530. McAdams HP, Rosado-de-Christenson ML, Templeton PA, et al. Thoracic mycoses from opportunistic fungi: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 1995; 15:271-286. Primack SL, Hartman TE, Lee KS, Muller NL. Pulmonary nodules and the CT halo sign. *Radiology* 1994; 190:513-515.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hallazgos en tomografía de tórax en el seguimiento a 4, 8 y 12 meses después de una neumonía grave por COVID-19

Fernando Guillén Ortega, Pola-Zambrano Jorge, Palomeque-Ramos Carlos, Tamayo Lorena, Escobar-Sibaja Lizeth E.

Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México

Introducción

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) o SARS-CoV-2, se ha convertido en una pandemia mundial. La TC de tórax ha jugado un papel crucial en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con neumonía COVID-19, publicaciones recientes han descrito que el 94% de los pacientes hospitalizados tienen hallazgos persistentes en el parénquima pulmonar en las tomografías computarizadas al alta. El propósito del presente estudio fue evaluar los cambios pulmonares en tomografías computarizadas de tórax de seguimiento a los 4, 8 y 12 meses de pacientes que se recuperaron de graves neumonías por COVID-19.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional. Fue realizado en el Hospital general dr Belisario Domínguez del ISSSTE. Se incluyeron pacientes hospitalizados por COVID-19 que cuentan con tomografía de tórax de hospitalización y de seguimiento dentro del primer año post COVID, durante enero 2020-marzo 2022. Se dividieron en tres grupos: grupo 1, pacientes con tomografía de tórax dentro de los 0-4 meses post COVID-19; grupo 2, 4-8 meses; grupo 3, 8-12 meses.

Resultados

Se estudiaron 27 pacientes, con predominio del género masculino, de edad promedio 56 años. La mayor parte requirió apoyo con ventilación mecánica no invasiva. Seis presentaron alguna superinfección concomitante. La estancia hospitalaria promedio fue de 15 días (Cuadro 1). El patrón tomográfico predominante de ingreso fue el mixto con afectación >75%. Se observó como patrón de convalecencia el vidrio despulido sutil. Ocho pacientes presentaron remisión completa (Figura 1).

Conclusiones

A pesar de lo aparatoso que puede ser al inicio el patrón tomográfico, con grandes áreas de pulmón comprometido, la resolución suele ocurrir de manera paulatina. En promedio se requieren de 6 meses para observar cambios significativos de las lesiones iniciales. En esta serie de casos hasta un tercio presento resolución al 100%.

CASOS CLÍNICOS

Amiloidosis nodular pulmonar secundaria a Síndrome de Sjögren

Randall Rojas Varela, R; Montero-Arias, MF; Arrieta-Vega, D; Arroyo-Wong, L; Casco-Jarquín, AM¹.

Hospital México, Caja Costarricense del Seguro Social

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Femenina, 63 años, sana, consulta por dolor torácico opresivo, alta intensidad, 6hrs evolución

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Asistente administrativa, APnP negativo. Vivienda en región urbana con todos los servicios. No área endémica para enfermedades. Desconocida enferma. Sin AGO y AQx. Madre con hipertensión arterial sistémica.

Examen físico

Aspecto acorde a género y edad. No déficit neurológico. Cabeza y cuello normal. Tórax simétrico, sin particularidades. Tietze positivo. Ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen no patológico. Extremidades normales. No adenomegalias. TA: 137/77 mmHg, FC: 109 lpm, FR: 16 rpm, T: 36 grados. SatO2 aire ambiente: 97%, post caminata: 93%.

Tratamiento

Prednisona 10mg / día PO Omeprazol 20mg / día PO hs Hidroxicloroquina 400 mg / día PO

Evolución y/o resolución del caso

En discusión de sesión multidisciplinaria se solicita: Broncoscopia: No lesiones endobronquiales. Biopsia por criosonda en LID y LSD (no concluyente) TBNA de estación 7 (negativo por malignidad). Laboratorios complementarios: ANA +. Anti-RO y Anti-LA +Biopsia glándula salival (sublingual): Sialoadenitis linfocítica severa (grado 4 de Chisholm-Mason) Biopsia percutánea de nódulo en lóbulo superior izquierdo: positivo para amiloidosis (tinción Rojo Congo positivo).

Discusión / Conclusiones

La literatura médica mundial indica que aproximadamente un 9 - 20% de las personas portadoras de SSjo pueden presentar involucro pulmonar (1,2). Hasta el año 2016, a nivel mundial únicamente se habían descrito 37 casos de amiloidosis secundaria a SSjo, reflejándose esta radiológicamente por formaciones pulmonares nodulares con o sin calcificación (forma mas habitual), y destacándose además su posible asociación con neumonía intersticial linfoidea y enfermedad pulmonar multiquística (1,3).

Referencias

1. Flament T, Bigot A, Chaigne B, Henique H, Diot E, Marchand-Adam S. Pulmonary manifestations of Sjögren's syndrome. *European Respiratory Review*. 2016;25(140):110-123.2. Egashira R, Kondo T, Hirai T, Kamochi N, Yakushiji M, Yamasaki F. CT Findings of Thoracic Manifestations of Primary Sjögren Syndrome: Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics*. 2013;33(7):1933-1949.3. Baqir M, Kluka E, Aubry M, Hartman T, Yi E, Bauer P. Amyloid-associated cystic lung disease in primary Sjögren's syndrome. *Respiratory Medicine*. 2013;107(4):616-621.

CASOS CLÍNICOS

Linfangitis carcinomatosa pulmonar: énfasis en hallazgos radiológicos

Nataly Sofia Valdiviezo Allauca¹, Carmita del Rocío Urquiza Rodríguez², Daniel Esteban Ortega Larrea³, Stephany Soledad Martínez Hidalgo⁴

1. Médico Postgradista de Imagenología- Universidad Central del Ecuador
2. Médico General- Ecuador
3. Médico General- Ecuador
4. Médico General- Ecuador

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Se trata de una paciente femenina de 32 años sin antecedentes patológicos personales, residente en Riobamba, Ecuador, ocupación ama de casa; quien acude por cuadro clínico caracterizado por disnea de grandes esfuerzos 3 meses de evolución, acompañado de dolor torácico intensidad 7/10, cefalea holocraneana, en las últimas 24 horas disnea evoluciona a medianos esfuerzos, se añade síncope; razón por lo que acude a nuestra casa de salud.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Ninguno.

Examen físico

Al examen físico: signos vitales, tensión arterial: 130/90 mmHg, frecuencia cardiaca: 96 lpm, frecuencia respiratoria, 25 rpm temperatura 36,5 °C, saturación de oxígeno 87% aire ambiente, que revierte con 2 litros por cánula nasal a 94%. Se constató paciente eutrófica, corazón ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulmones murmullo vesicular levemente disminuido en bases y escasos crepitantes en base pulmonar izquierda.

Tratamiento

Actualmente la paciente se encuentra recibiendo su tercer ciclo de quimioterapia sistémica con una respuesta hasta ahora favorable.

Evolución y/o resolución del caso

Su pronóstico viene determinado por la evolución de la quimioterapia, siendo actualmente favorable.

Discusión / Conclusiones

Carcinomatosis linfagítica es el término que se le da a la diseminación tumoral a través de los vasos linfáticos del pulmón y se observa con mayor frecuen-

cia como consecuencia de un adenocarcinoma. Sólo alrededor del 6-8 % de las metástasis pulmonares son causadas por carcinomatosis linfagítica. Nuestro caso presentado es excepcional, debido a que nuestra paciente acudió con clínica de disnea, se evidenció en varios exámenes de imagen nódulos pulmonares y engrosamiento del intersticio broncovascular en un principio se pensó en tuberculosis, brucelosis, histoplasmosis, pero los resultados daban siempre negativo. Se tomó la decisión de hacer más exámenes de extensión donde fue evidente una adenopatía cervical, que tras su biopsia nos dio como resultado un linfoma del manto. El linfoma del manto representa el 7% de los linfomas no Hodgkin del adulto.

Referencias

- Herold CJ, Bankier AA, Fleischmann D. Lung metastases. Eur Radiol 2014; 6: 596-606. Moubax K, Wuyts W, Vandecaveye V, et al. Pulmonary lymphangitic carcinomatosis as a primary manifestation of gastric carcinoma in a young adult: a case report and review of the literature. BMC Res Notes 2021; 5: 638. Bruce DM, Heys SD, Eremin O. Lymphangitis carcinomatosa: a literature review. J R Coll Surg Edinb 2018; 41:7-13.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Caracterización de patrones tomográficos y su asociación a desenlaces clínicos en COVID-19 severo: un análisis exploratorio

Pombo Luis, Zaballa Juan Ignacio, Castro Matías Horacio, Ferreyro Bruno, Mestas Nuñez Marcos, Seehaus Alberto, Maritano Furcada Joaquín

Introducción

La enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) fue declarada pandemia por la OMS en marzo de 2020, siendo un problema de salud prioritario a nivel mundial. La misma se caracteriza por presentar diferentes patrones a nivel histológico, entre los que predominan la neumonía organizativa (NO) y el daño alveolar difuso. Estudios de correlación radiológica-histopatológica han demostrado una correlación del 60 al 90% entre ambos métodos para el diagnóstico de NO. Recientemente se observó beneficio en el uso de corticoides para el tratamiento de la neumonía por COVID-19 y planteándose como hipótesis el efecto de ellos en cuadros de NO, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar los tipos de patrón tomográfico en pacientes con COVID-19 severo y la asociación de ellos con outcomes clínicos en contexto de tratamiento corticoideo.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en un centro de atención terciaria en Buenos Aires, Argentina, entre junio de 2020 y enero de 2021. Se incluyeron pacientes que presentaron neumonía severa o crítica por COVID-19 (confirmada por PCR para SARS-CoV-2 o serología al momento del cuadro) que presentaran una TCAR de tórax dentro los 14 días desde el diagnóstico. Los datos demográficos, clínicos y de laboratorio se obtuvieron de la historia clínica electrónica hospitalaria. Los sujetos se clasificaron según el diagnóstico de NO en la TCAR, la cual se definió como: a) opacidades en vidrio esmerilado parcheadas predominantemente subpleurales o broncovasculares, consolidaciones o ambas; b) afección lobular caracterizada por un puntaje tomográfico total igual o menor a diez; c) patrón perilobular; d) signo de halo inverso.

Resultados

Se incluyeron 80 sujetos en el estudio. La mediana de edad fue de 75 años y el 46% eran mujeres. El 44% de los sujetos requirió UCI, con una mediana de estancia de 11 días, de los cuales el 58% requirió ventilación mecánica. La mortalidad para toda la cohorte fue del 31%. Los hallazgos más comunes en la TCAR de tórax fueron: opacidades en vidrio esmerilado (97,5%), opacidades lineales (73,8%), patrón perilobular (67,5%) y consolidación (65%) con una distribución casi completamente bilateral (97,5%) y multilobar (98,8%). Se obtuvo consenso diagnóstico de NO en el 88,8% de los sujetos (n = 71). Cuando se clasificaron según la confianza diagnóstica, la mayoría de los sujetos (81,6%) tenían un diagnóstico de alta confianza de NO. Encontramos una asociación significativa entre un resultado combinado (muerte/necesidad de UCI) y neumonía organizativa (p = 0,013). Un modelo multivariado que incluyó nivel de compromiso pulmonar, edad, IMC y sexo presentó un OR de 0,79 (IC 95% 0,01-0,93) de muerte o necesidad de UCI en sujetos que presentaban un patrón de NO.

Conclusiones

El patrón tomográfico de neumonía organizativa fue predominante en esta cohorte y se asoció a mejor pronóstico a corto plazo.

CASOS CLÍNICOS

Hallazgo incidental post-COVID-19: Síndrome de Mounier Kuhn.

María Belen Noboa Sevilla, Almeida J, Montenegro P, Ramos J.

Hospital Pablo Arturo Suárez – Quito - Ecuador.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Varón de 56 años que cursó con neumonía por SARS-Cov-2, posteriormente con cuadro de tos más bronco-rea mucopurulenta y hemoptisis.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Ninguno

Examen físico

Pulmones con murmullo vesicular disminuido, crepitantes basales bilaterales de predominio derecho, roncus diseminados y acropaquias.

Tratamiento

Recibió voriconazol, meropenem y ciprofloxacina, guiado por cultivos, además tratamiento sintomático a base de codeína y broncodilatadores (SAMA)

Evolución y/o resolución del caso

Una vez cumplido el esquema de tratamiento se presenta mejoría del cuadro, con remisión completa de hemoptisis, a la espera de resolución quirúrgica por micetomas.

Discusión / Conclusiones

El síndrome de Mounier Kuhn es una patología congénita rara, caracterizada por traqueobroncomegalia, ocasionado por atrofia de las fibras elásticas longitudinales y el adelgazamiento de la muscularis mucosa de la tráquea y los bronquios centrales. Su prevalencia es mayor en hombres, con una edad promedio de 58 ± 18 años. El diagnóstico es radiográfico y consiste en identificar un diámetro de la tráquea mayor a 3 cm, y de los bronquios derecho e izquierdo mayores a 2.4 y 2.3 cm, respectivamente. Es común la presencia de bronquiectasias cilíndricas, infecciones respiratorias recurrentes y tos crónica. Su tratamiento es clínico, requiriendo en algunos casos abordaje quirúrgico.

Referencias

- Schmitt P, Dalar L, Jouneau S. Respiratory Conditions Associated with Tracheobronchomegaly (Mounier-Kuhn Syndrome): A Study of Seventeen Cases. 2016; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/1234567>.

org/10.1159/000445029.Castro H, Wainsteina E, Roza O, Las
Heras M. Síndrome de Mounier-Kuhn. Atención Primaria. 2019;
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.02.011>.

