

Caso Clínico del Mes

FEBRERO 2019

Dr. Ignacio Erbetta

Residente 3° año

Centro Rossi

Argentina

DEPARTAMENTO DE

Imágenes • ALAT

imagenes@alatorax.org

Centro  **Rossi**

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 36 años de edad.

Control por antecedentes de asma, en tratamiento con Seretide.

Ex tabaquista de 20 p/y.

Asintomática al momento del estudio.

No otros antecedentes.

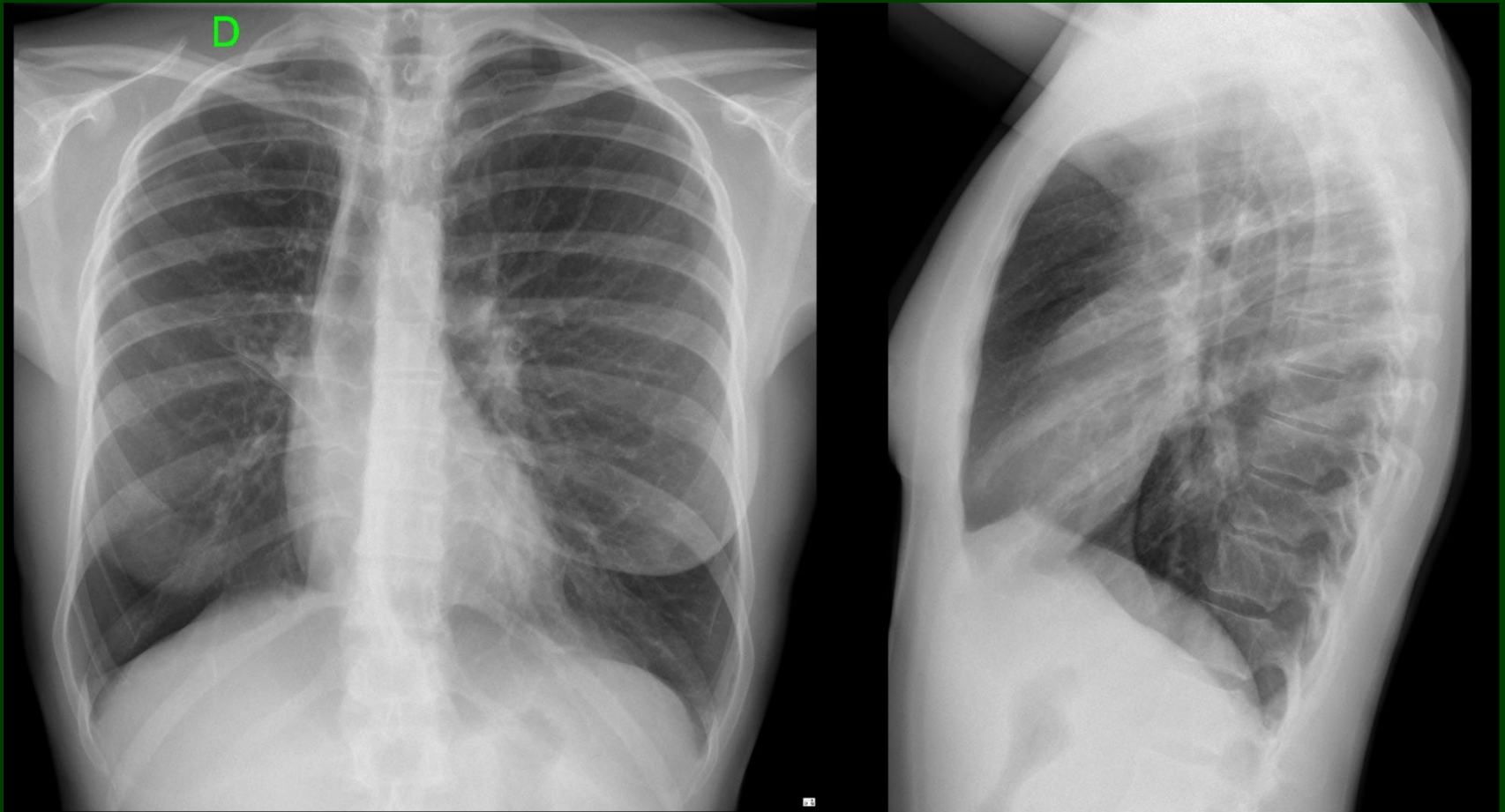


Fig. 1. Radiografía de Torax frente y perfil. Signos radiológicos de atrapamiento aéreo en hemitórax derecho con aumento del espacio claro retroesternal. Leve refuerzo del intersticio en región perihiliar. Imagen radiolúcida quística infraclavicular derecha y leve tracción homolateral del hilio y de la cisura menor.

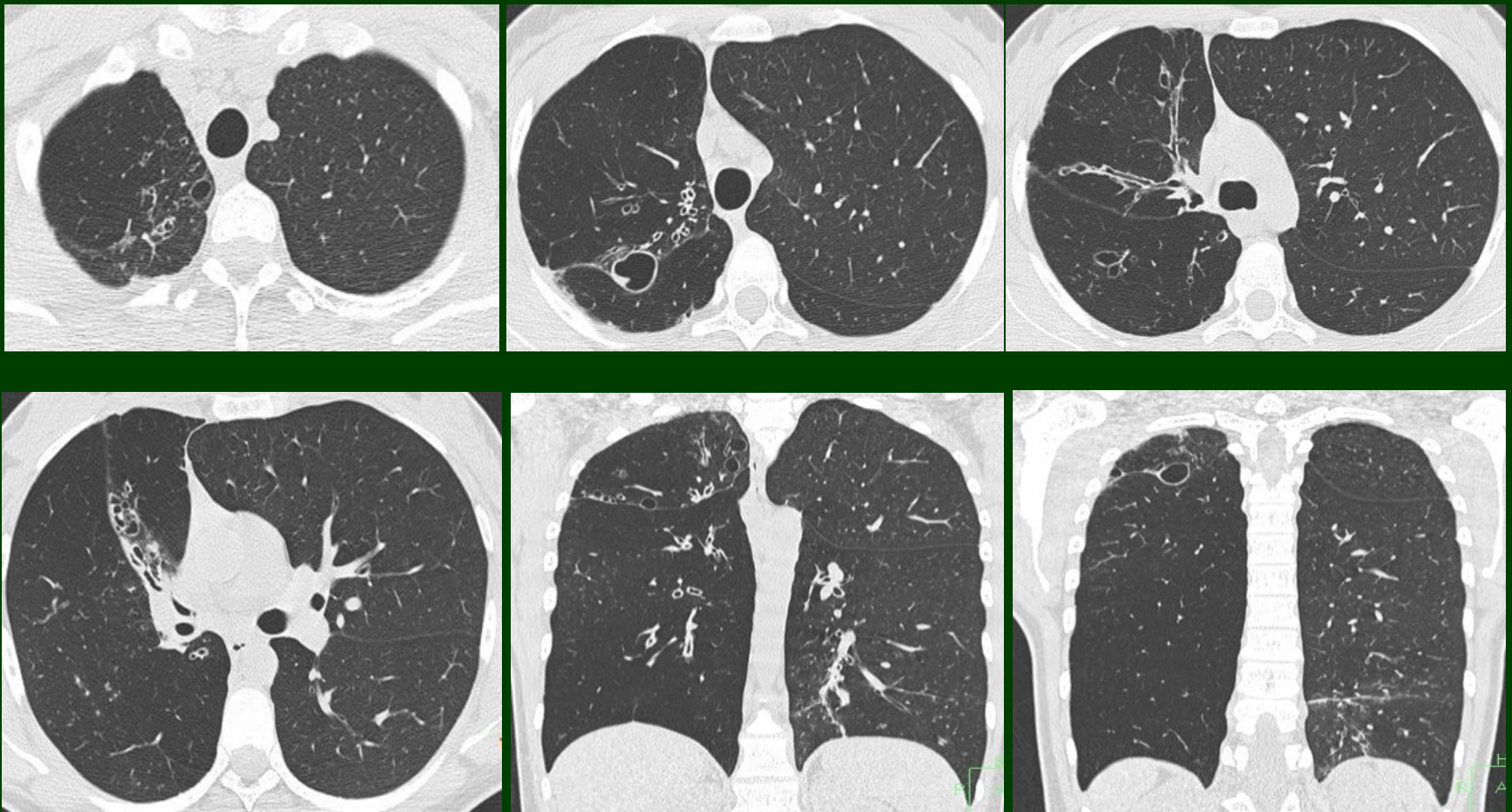


Fig. 2. Tomografía Axial Computada de Tórax, cortes axiales y reconstrucciones coronales. Marcada disminución de la atenuación en el hemitórax derecho, con prominencias bronquiales en rango ectásico y engrosamiento de sus paredes de aspecto inflamatorio.



Fig. 3. Tomografía Axial Computada de torax en espiración máxima. Áreas de atrapamiento aéreo manifiesto a nivel del hemitórax derecho y en menor cuantía en el lóbulo inferior izquierdo, en probable relación a signos indirectos de compromiso de la vía aérea.

Discusión

En un paciente asintomático que presenta hiperlucencia unilateral en una radiografía, con una tomografía computada que muestra áreas multifocales de baja atenuación, así como bronquiectasias y atrapamiento aéreo, el diagnóstico a considerar es el síndrome de Swyer-James.

Las bronquiolitis virales en la infancia pueden generar cuadros obstructivos caracterizados por fibrosis peribronquiolar, lo que deriva en la destrucción de la pequeña vía aérea, dando lugar a una bronquiolitis constrictiva (síndrome de Swyer-James).

Discusión

Entre los **diagnósticos diferenciales** se destacan el de asma, bronquiectasias y el enfisema panlobulillar.

En su **patogénesis**, se propone la liberación de citoquinas proinflamatorias en respuesta a una infección de las vías aéreas, dando como resultado final degradación de la matriz, deposición de colágeno, proliferación de los fibroblastos y fibrosis peribronquial. Como consecuencia, se da una obstrucción del lecho capilar pulmonar, con la consecuente disminución del flujo sanguíneo hacia los segmentos asociados.

Discusión

Si bien los pacientes cursan mayormente en forma asintomática, pueden reconocerse sibilancias, tos productiva y disnea de esfuerzo.

La severidad clínica estará determinada por el grado de injuria epitelial y la inflamación, es decir dependerá del porcentaje de parénquima pulmonar afectado.

El tratamiento es principalmente sintomático, donde predomina el uso de corticoides sistémicos y/o inhalados para las sibilancias y la tos crónica. Sólo se recurrirá a un tratamiento quirúrgico en casos de infecciones recurrentes debido a bronquiectasias.

Bibliografía

- Dillman JR et al: Expanding upon the unilateral hyperlucent hemithorax in children. Radiographics. 31(3):723-41, 2011
- Xie BQ et al: Ventilation/perfusion scintigraphy in children with post-infectious bronchiolitis obliterans: a pilot study. PLoS One. 9(5):e98381, 2014
- Milanese G et al: Lung volume reduction of pulmonary emphysema: the radiologist task. Curr Opin Pulm Med. 22(2):179-86, 2016
- Macías Robles, B; Martínez Mengual, M; Amador Tejón, M; López Fonticiella. Síndrome de Swyer-James-MacLeod o pulmón hiperclaro unilateral. An. Med. Interna (Madrid), 23 (11), 2006
- Mehra S, Basnayake T, Falhammar H, Heraganahally S, Tripathi S. Swyer-James-MacLeod syndrome-a rare diagnosis presented through two adult patients. Respirology Case Reports. 5(5), 2017

DEPARTAMENTO DE

Imágenes • ALAT

imagenes@alatorax.org