

Caso Clínico del Mes

Agosto 2019

Dra. Nancy Bravo Briones

Centro Rossi

Argentina

DEPARTAMENTO DE

Imágenes • ALAT

imagenes@alatorax.org

Centro  **Rossi**

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 68 años,
con disnea de 1 año de evolución, afebril.
Ex tabaquista de 60 p/y.
Niega otros antecedentes de importancia.

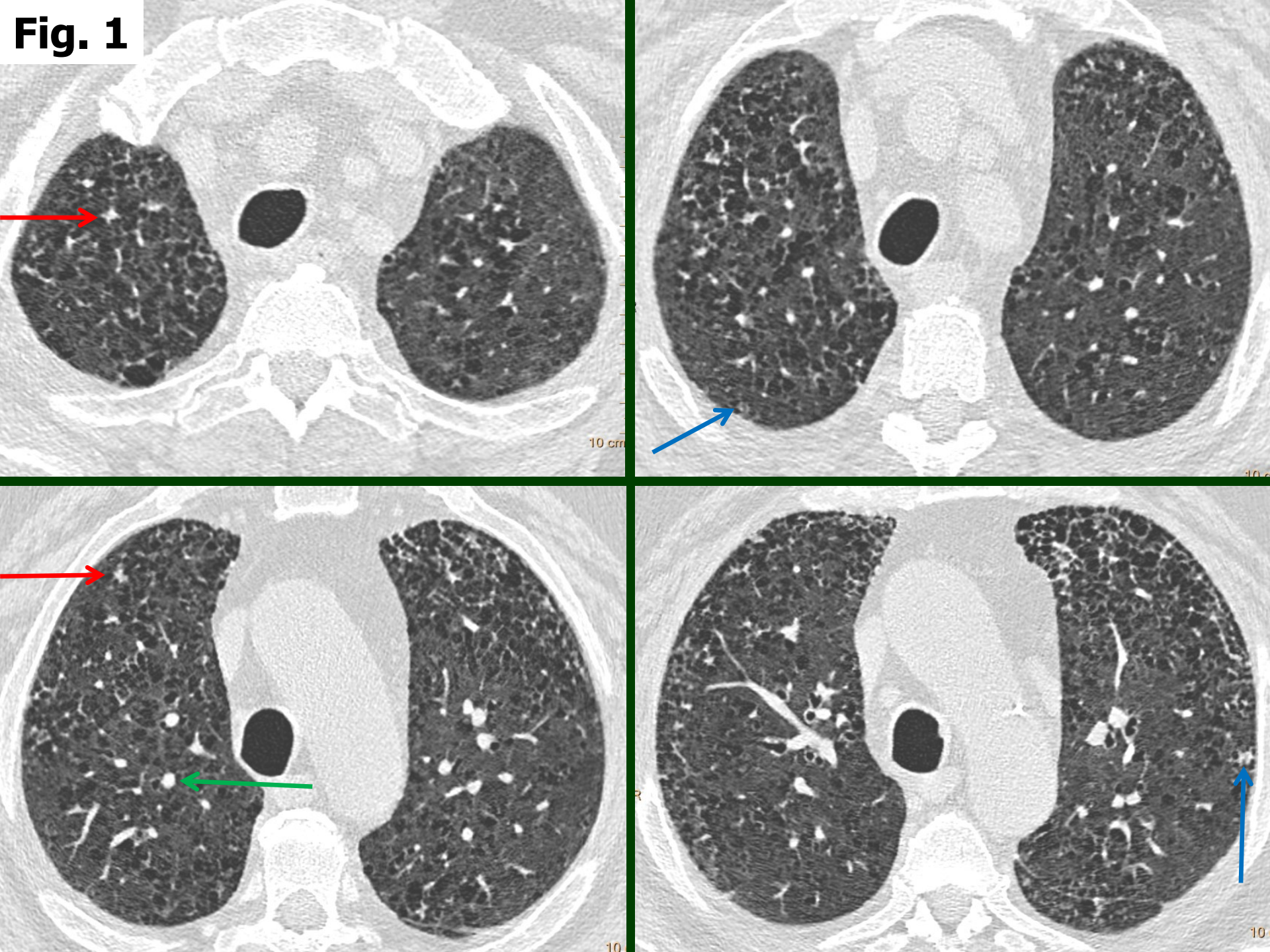


Fig. 2

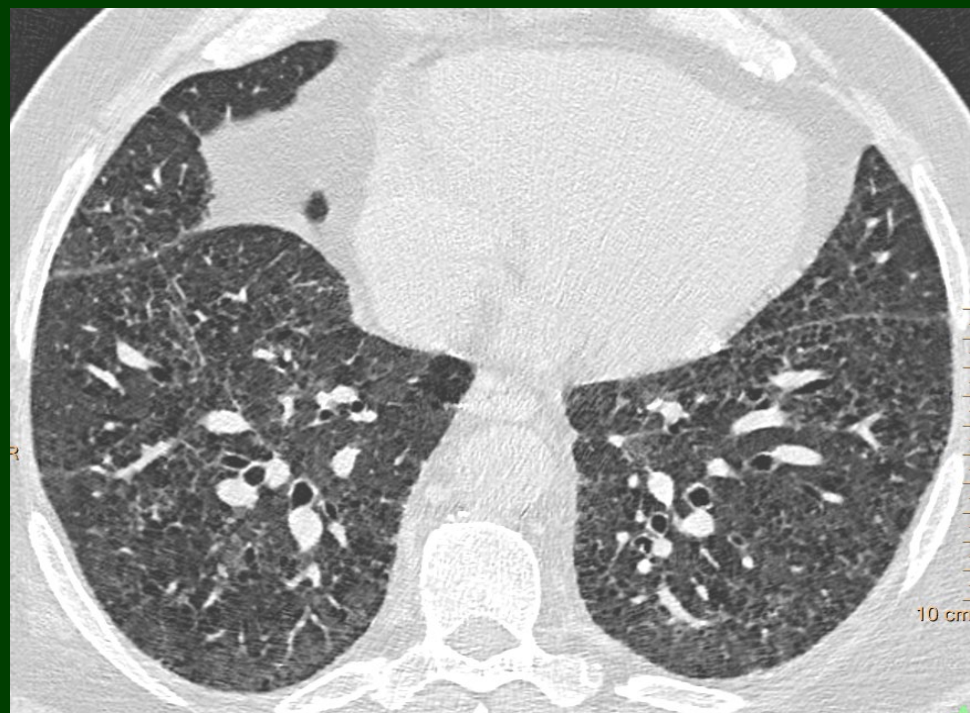
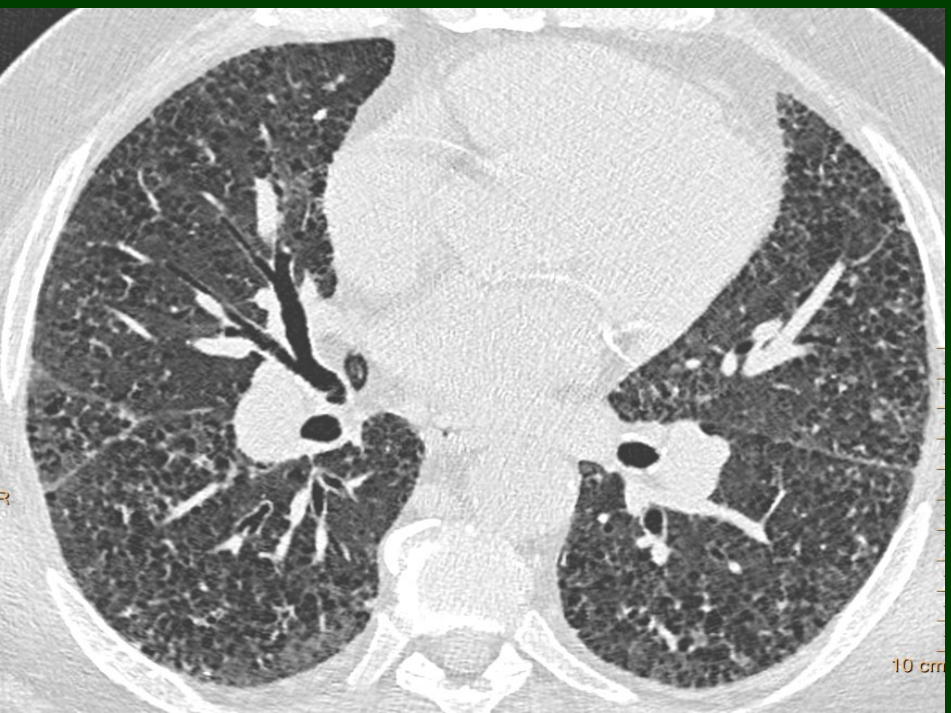
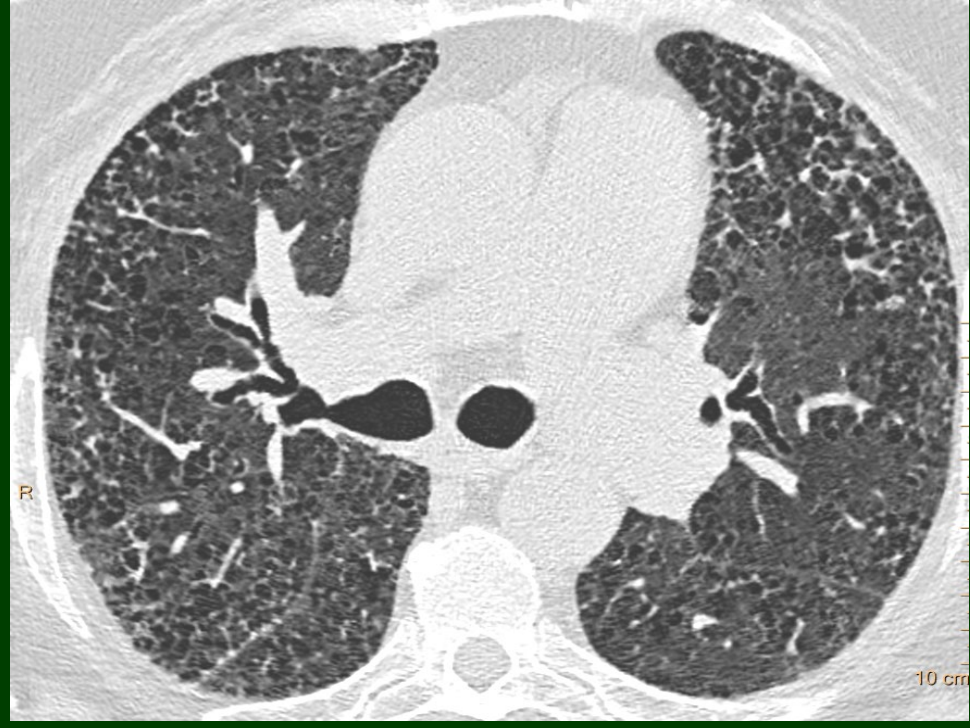
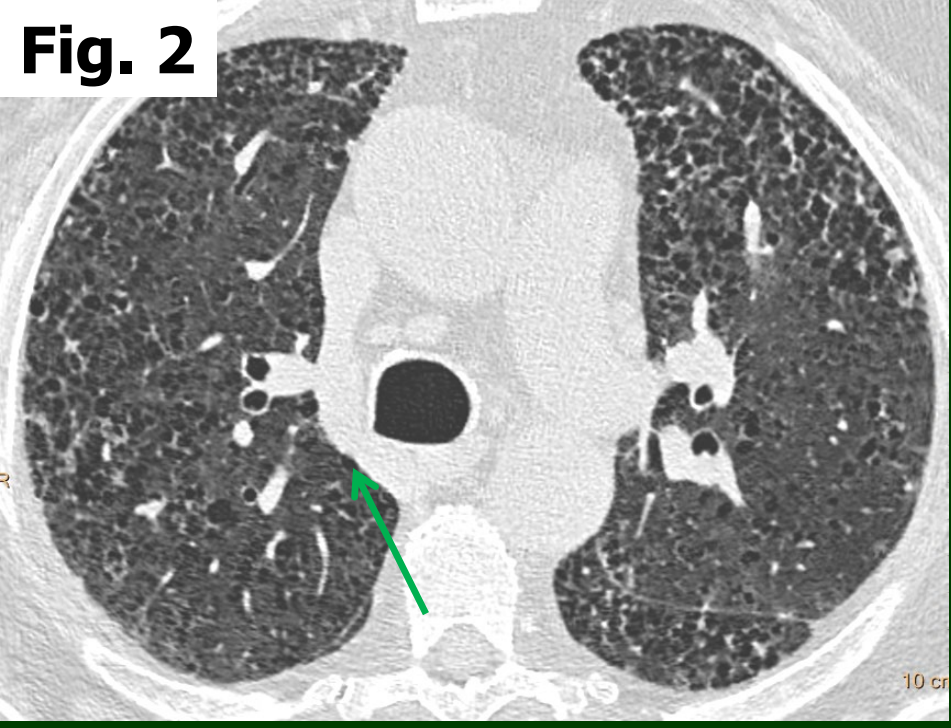
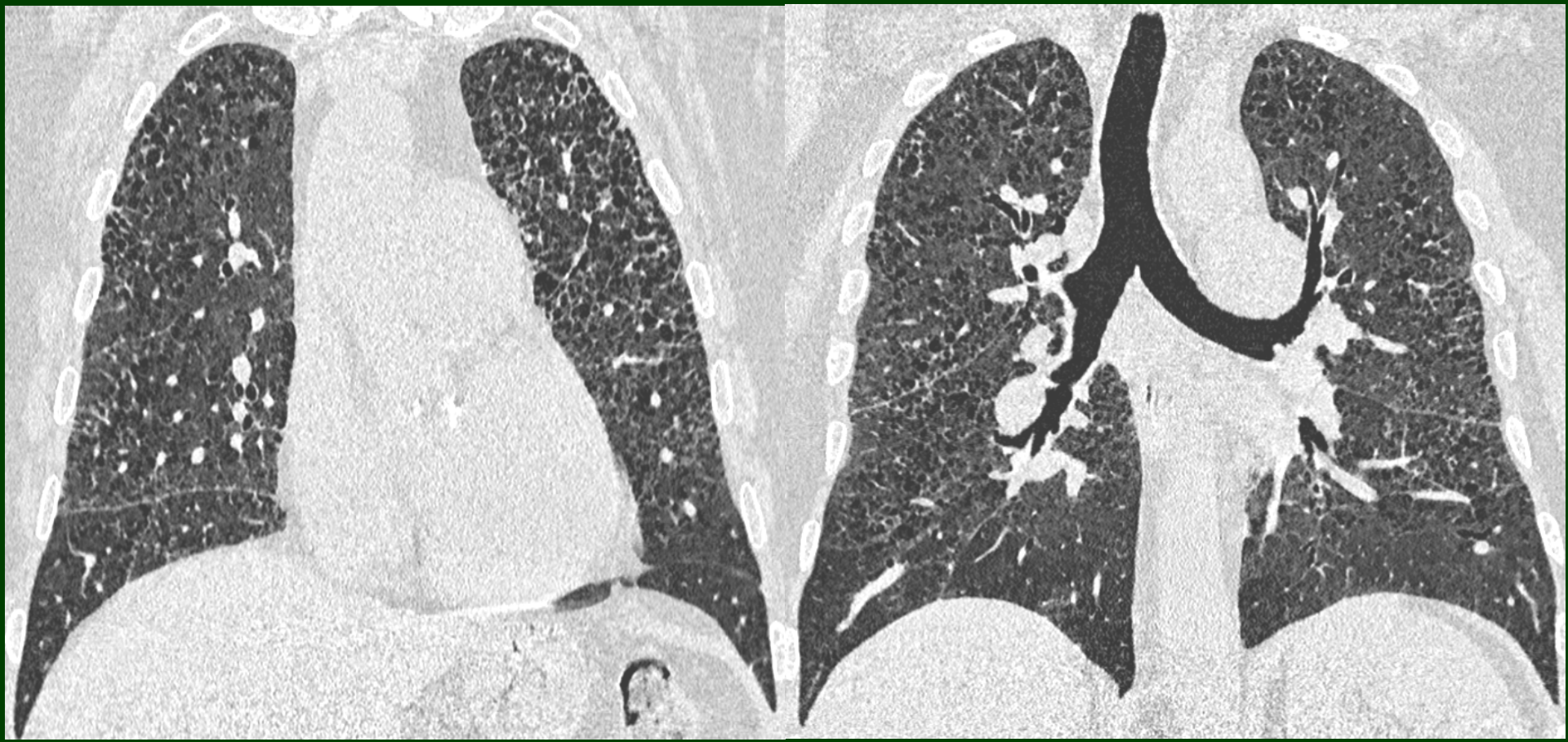


Fig. 3



Hallazgos tomográficos

Se muestran cortes axiales (Fig 1 y 2) y coronales (Fig 3) con ventana de parénquima, donde se observa en ambos hemitórax, a predominio de los lóbulos superiores y campo medio sin compromiso de los senos costofrénicos, múltiples imágenes quísticas asociadas a imágenes nodulillares bronquiocéntricas (flechas rojas), algunas de ellas con cavitación (flechas celestes), con parénquima sano interpuesto.

También se visualiza enfisema centrolobulillar y paraseptal (flechas verdes).

Dados estos hallazgos se deberá considerar espectro de entidades asociadas al hábito tabáquico (**histiocitosis de células de Langerhans**).

Discusión

La *histiocitosis de células de Langerhans (HCL)* pulmonar es una enfermedad granulomatosa centrada en el bronquio. Inicialmente genera proliferación e infiltración de la pared bronquiolar y vasos adyacentes por histiocitos de Langerhans y eosinófilos. La obliteración bronquiolar causa fibrosis progresiva de la pared alveolar, así como formación de quistes, con distorsión de la arquitectura pulmonar.

Existe una gran asociación entre la enfermedad y el hábito tabáquico.

Se da frecuentemente en adultos jóvenes.

El diagnóstico definitivo se establece por los hallazgos de la TCAR, la biopsia transbronquial y el lavado broncoalveolar (células CD1+ > 5% de las células de estirpe macrofágica).

Dentro de los hallazgos en la TC se encuentran:

- **Nódulos**, 1-10 mm, de distribución preferentemente centrilobular. Pueden estar cavitados. Es el hallazgo inicial y disminuyen a medida que progresa la enfermedad.
- **Quistes**, 2-20 mm, de forma redondeada, oval o irregular, con pared gruesa, que se adelgaza a medida que evolucionan. Tienden a confluir con el tiempo.
- El parénquima pulmonar entre dichas lesiones es de aspecto normal.
- Neumotórax, 15% de los casos.
- Atrapamiento aéreo focal, en estadios avanzados (fibrosis)
- Preservación de los volúmenes pulmonares, a diferencia de otras enfermedades intersticiales difusas

Bibliografía

1. Enfermedades quísticas del pulmón: hallazgos en la tomografía computarizada de alta resolución. J. Echeveste, M. Fernández-Velilla, M.I. Torres, M. Pardo, T. Berrocal y C. Martín-Hervás. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. Arch Bronconeumol. 2005;41(1):42-9.
2. SERAM 2012 / S-1444El papel de la TCAR en la enfermedad pulmonar quística difusa. A. Mesa Alvarez, A. Prieto, L. Raposo Rodríguez, S. González Sánchez, E. Nava Tomás, A. L. Muñoz; **DOI-Link:**<http://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-1444>

DEPARTAMENTO DE

Imágenes • ALAT

imagenes@alatorax.org