

## Nódulo pulmonar evanescente

### *An evanescent pulmonary node*

Germán Javier Málaga Rodríguez<sup>1</sup>, Estela Mogrovejo<sup>2</sup>, Enma Marín Bermúdez<sup>2</sup>

El derrame pleural es generalmente secundario a una enfermedad pulmonar subyacente y para que se produzca, es necesario un desequilibrio entre la formación y reabsorción del líquido pleural<sup>1,2</sup>. El derrame pleural es visible radiológicamente a partir de 75 ml, o 50 ml en una radiografía lateral<sup>3,4</sup> se puede apreciar los derrames pleurales libres o loculados y estar localizados en áreas típicas o atípicas. Las localizaciones atípicas pueden ser: Acumulación mediastinal, subpulmonar y cisural<sup>4</sup>. Usualmente, el diagnóstico se basa en los hallazgos radiográficos y algunas veces es necesario el uso de exámenes adicionales como: la ecografía torácica que puede ayudar a confirmar el diagnóstico y servir de guía en el abordaje<sup>3,5,6</sup> y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) la que se solicita cuando existe sospecha de patología pulmonar asociada o cuando se requiere la diferenciación entre lesiones pleurales y parenquimales. El derrame pleural puede ser de tipo inflamatorio y no inflamatorio (trasudado), denominándose este último: efusión pleural. Entre las causas de efusión pleural, la secundaria a insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), es la causa más común<sup>3,4</sup>. Frecuentemente las efusiones pleurales por ICC son bilaterales (75%), las efusiones unilaterales ocurren generalmente en hemitórax derecho las cuales pueden ser intrafisurales, dando imágenes tipo “pseudotumor” o “tumor evanescente”<sup>3,4</sup>.

El objetivo de la presente galería es mostrar las imágenes de un paciente varón de 85 años natural de Huánuco, procedente de Lima, cuyo único antecedente de importancia era la exposición a humo de leña a largo de su vida. Las imágenes radiológicas iniciales impresionaron “lesiones nodulares” en el campo pulmonar derecho, planteándose un amplio diagnóstico diferencial, que incluyó entre las opciones a procesos neoplásicos e incluso la de un quiste hidatídico. El diagnóstico final resultó ser un derrame pleural de aspecto nodular confirmado por TAC, así como por la evolución y evaluación de radiografías posteriores. El manejo del paciente incluyó el uso de diuréticos e inotrópicos y su evolución favorable, coincidió con la

resolución radiológica de las imágenes nodulares. Al final persistieron el patrón intersticial, patrón alveolar y cardiomegalia, propias de la enfermedad del paciente.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6ta ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999. 783 p.
2. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ava ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001. 1771 p.
3. A Medford, N Maskell. Pleural effusion. Postgrad Med J. 2005 Nov;81(961):702-10.
4. Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Hernández Blasco L, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Rodríguez Panadero F, et al. Diagnosis and treatment of pleural effusion. Arch Bronconeumol. 2006 Jul;42(7):349-72.
5. Grimberg A, Shigueoka D, Nagib A, Ajzen S, Iared W. Diagnostic accuracy of sonography for pleural effusion: systematic review. Sao Paulo Med J. 2010;128(2):90-5.
6. Rahman NM, Singanayagam A, Davies HE, Wrightson JM, Mishra EK, Lee YC, Benamore R, Davies RJ, Gleeson FV. Diagnostic accuracy, safety and utilisation of respiratory physician-delivered thoracic ultrasound. Thorax. 2010 May;65(5):449-53.

### CORRESPONDENCIA

Germán Javier Málaga Rodríguez

Recibido: 02/06/11

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 03/07/11

1 Médico Internista Asistente del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

2 Médico Cirujano. Egresado de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

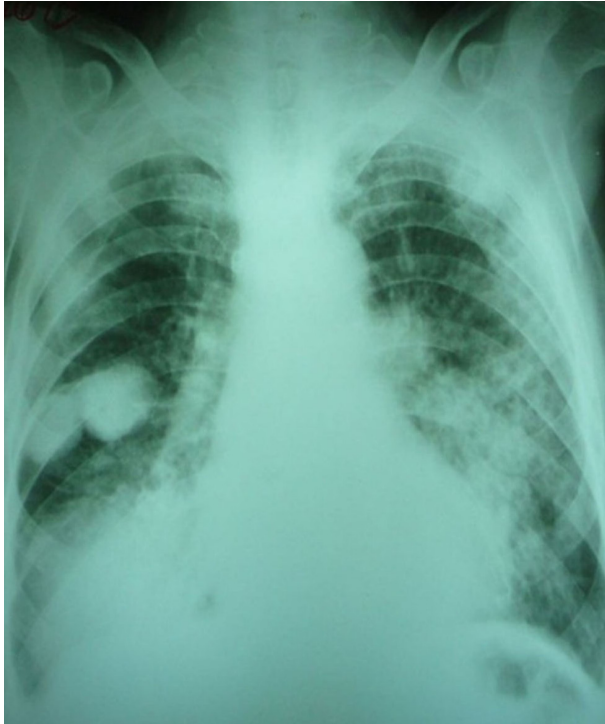


Figura 1.

Radiografía de Tórax Frontal, día del ingreso. Reportada como: Compromiso alveolar basal derecho y paracardiaco izquierdo. Imágenes nodulares radiopacas adyacentes en área de cisura menor. Neumología informa esta radiografía como: Hemitórax derecho con bordes no delimitados, 2 lesiones nodulares de 4x4 cm en la cisura, e impresión radiopacidad basal derecha. A descartar: tumor fantasma asociado a cuadro de Congestión Pulmonar vs. Neoplasia vs. Hidatidosis Pulmonar.

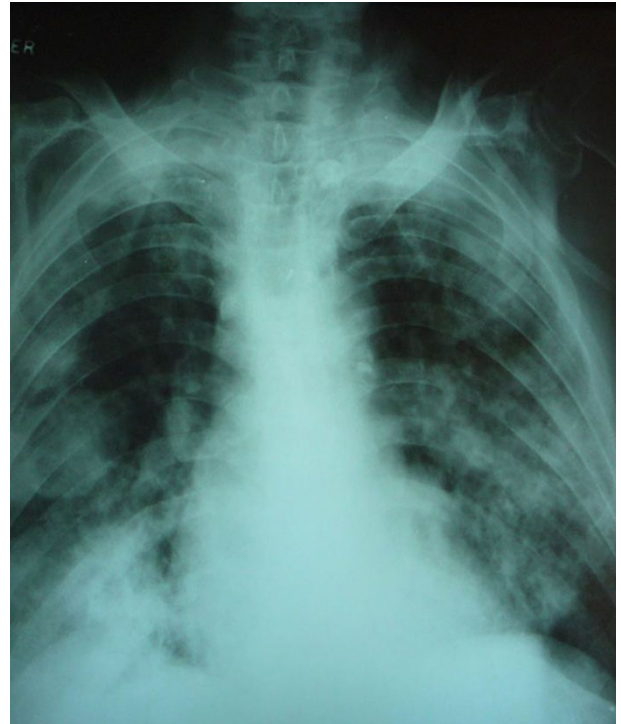


Figura 2.

Radiografía de Tórax Frontal, día 2. Reportada como: Bronconeumonía bilateral a predominio derecho, donde se aprecia derrame pleural intercostural con aspecto nodular, atenuación de lesiones cisurales.

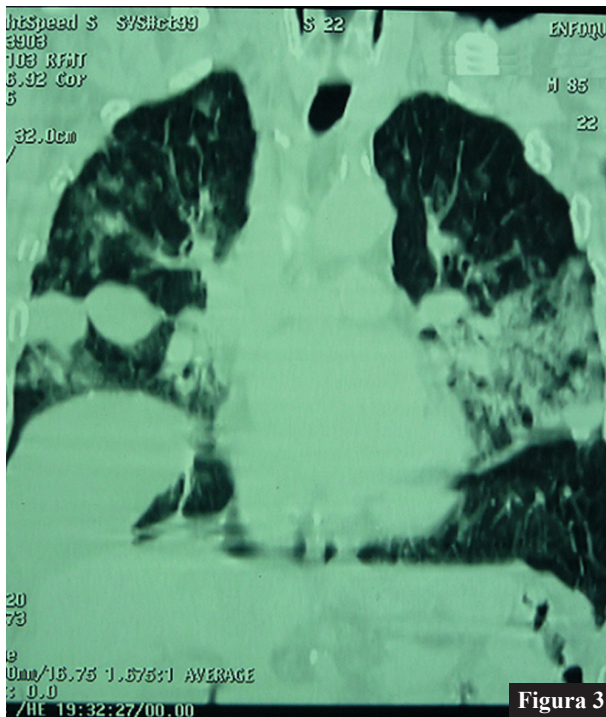


Figura 3 y Figura 4. TAC de Tórax, día 2, reportada como: compromiso alveolar segmentario en ambos campos pulmonares con imágenes de diseminación broncogenas, sugestivo de proceso específico. Efusión pleural bilateral con colecciones loculadas a nivel de las cisuras a predominio derecho.



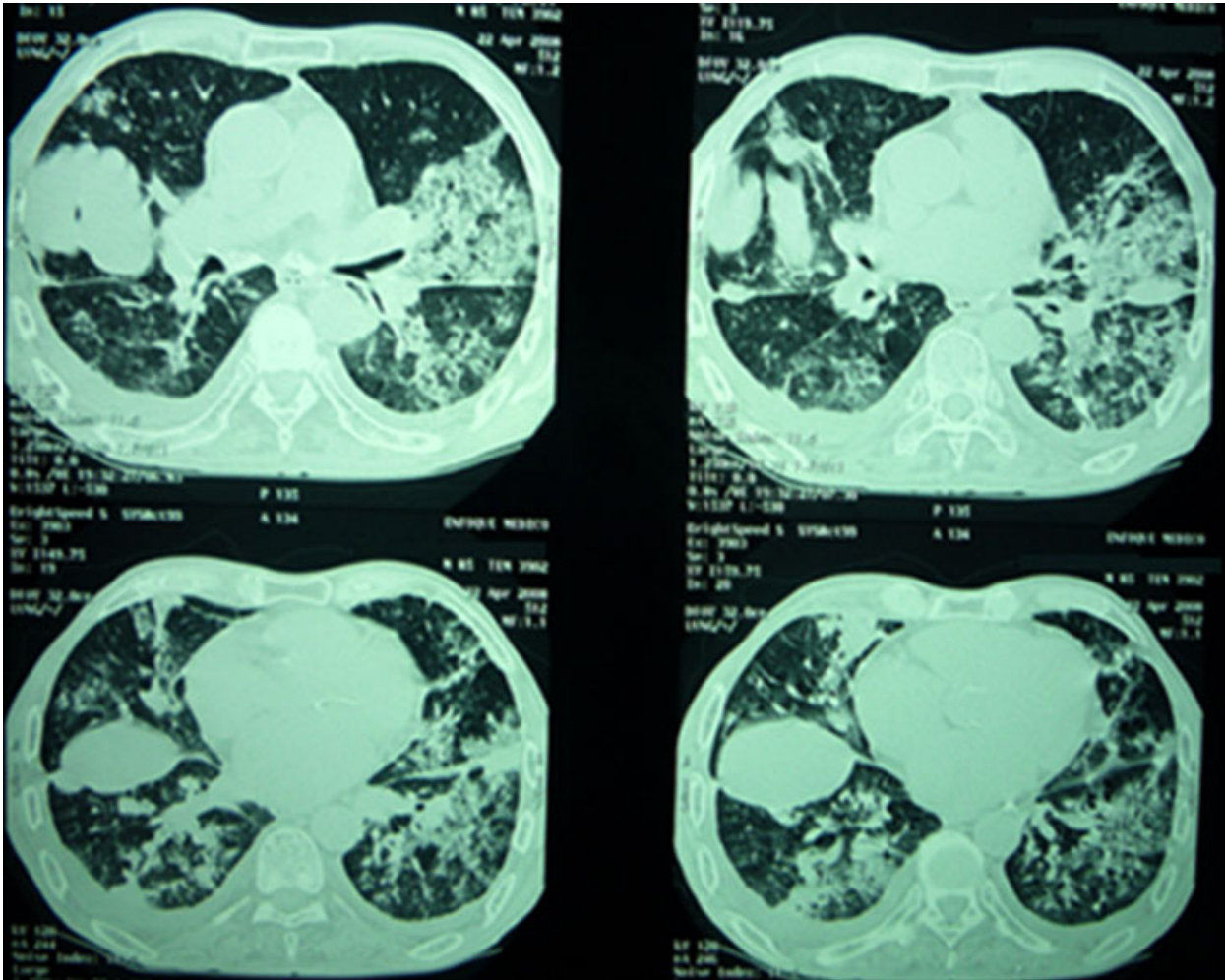
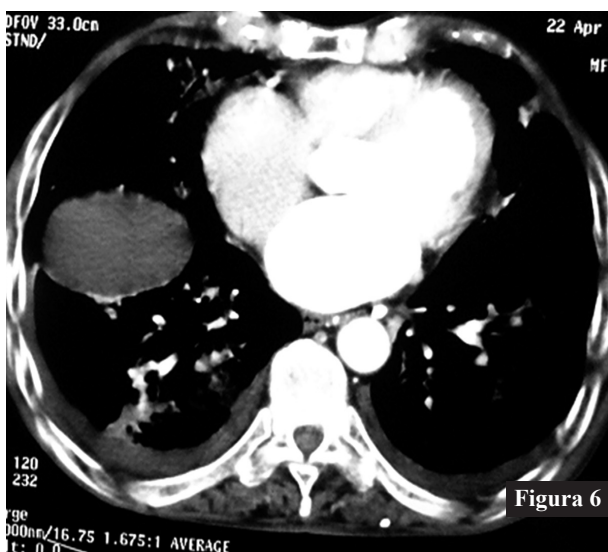
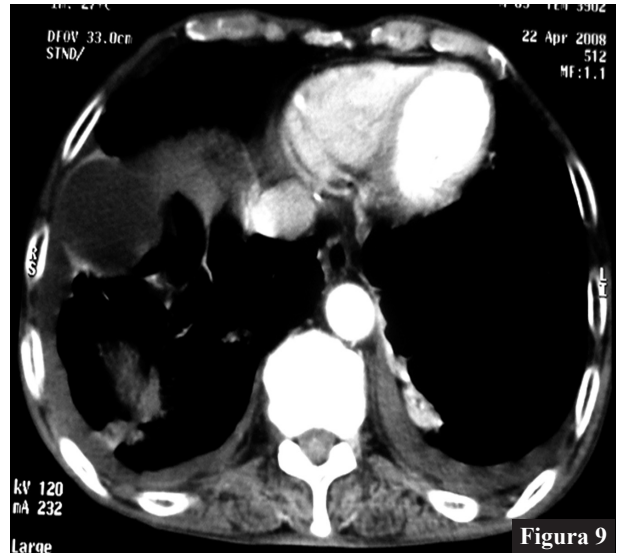
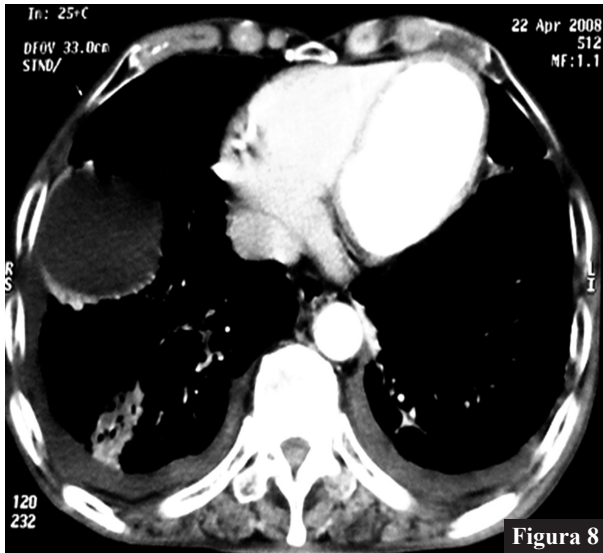


Figura 5. TAC de tórax en corte transversal. Se aprecian las colecciones loculadas en campo pulmonar derecho.





Figuras 6, 7, 8 y 9. TAC de tórax, día 2 de hospitalización, cortes transversales. Se aprecia el derrame loculado en diferentes cortes, pudiéndose delimitar adecuadamente.



Figura 10. Radiografía de Tórax Frontal, día 12, reportada como: obturación costofrénica bilateral, cardiomegalia. Engrosamiento de cisura menor. Patrón intersticial difuso en ambos campos pulmonares y áreas de proceso alveolar bilateral. Las imágenes nodulares ya no se aprecian en el campo pulmonar derecho. Esta es la última radiografía que se tomó al paciente previa al alta. El tratamiento se basó en inotrópicos y diuréticos. La mejora radiológica fue a la par de una notable mejoría clínica.

## Fé de erratas

- En Acta méd. peruana v.28 n.1 Lima ene./mar. 2011 pag 58

Dice: **CORRESPONDENCIA** /Carlos Rozza Bejarano/ ralvarezcarrasco@yahoo.com

Debe decir: **CORRESPONDENCIA** / Ricardo Álvarez Carrasco/ ralvarezcarrasco@yahoo.com