ATELACTASIA REDONDA COMO HALLAZGO RADIOLOGICO EN PACIENTE CON SOSPECHA CLINICA DE ASMA.

AUTORES:

Dr. Luis Alonso González Sánchez (1). Dra. Ana María Burgos Montero (1). Dra. Pilar Gajate Fernández (1), Dra. Berta Ruiz León (1), Dra. Estefanía Moreno Mata (1), Dra. María Angeles Galindo Andúgar (2).

- (1)Servicio de Alergología. Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.
- (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España..

OBJETIVOS / INTRODUCCION:

Mujer de 57 años, con antecedentes de hipotiroidismo, sin hábitos tóxicos y amigdalectomizada. Remitida a Alergología por cuadro de conjuntivitis intermitente, rinitis persistente leve, prurito sine materia y, sin aparentes desencadenantes, episodios de disnea, disfonía, afonía, tos y autoescucha de sibilancias. Se exacerba con cambios de temperatura e irritantes bronquiales inespecíficos. Con metales no preciosos (bisutería), presenta lesiones compatibles con dermatitis de contacto, así como con tintes capilares. No reacciones adversas con fármacos ni alimentos. Molestias abdominales postpandriales, inespecíficas, sin correlaciones alimentarias, no alteraciones en ritmo intestinal ni productos patológicos.

Se realizan prick-tests con batería de aeroalérgenos habituales, espirometría basal, radiografía de tórax, pruebas epicutáneas (batería estándar europea) y analítica de sangre.

RESULTADOS:

Espirometría: FEV1: 62%, FVC: 69%, FEV1/FVC: 0.67.

Radiografía de tórax: signos de atrapamiento aéreo, patrón retículointersticial de predominio en mitades inferiores de ambos campos pulmonares. (Figuras 1 y 2).

Analítica: sin alteraciones significativas, salvo TSH 7,06

Test epicutáneos: resultaron positivos parafenildiamina y sulfato de níquel.

Prick- tests: negativos.

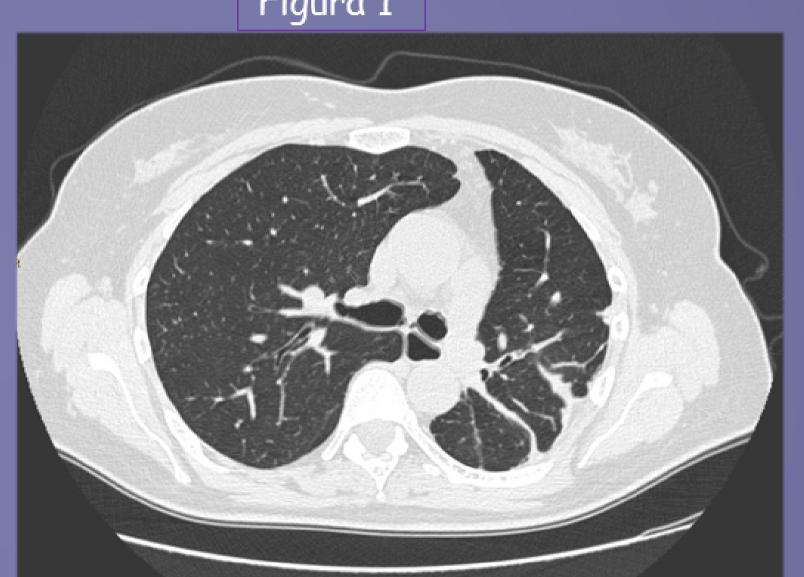
A raíz de los resultados se solicita <u>TAC</u> de tórax. En el TAC destacan la presencia de placas pleurales en lóbulo medio y pleura de lóbulo inferior izquierdo, con bronquiectasias y estructuras broncovasculares rodeadas a dichas placas, compatibles con atelectasia redonda; pérdida de volumen difusa en pulmón izquierdo respecto al contralateral que presenta hiperinsuflación compensadora. (Figuras 4-6).

EVOLUCION:

A tenor de los resultados, la paciente fue remitida para valoración a ORL, Neumología, Neurología, Endocrinología y Digestivo. Tras estudio exhaustivo fue diagnosticada de: Enfermedad celíaca (origen de molestias abdominales), Enfermedad de la motoneurona (ELA de inicio bulbar), como causa de la disfonía. En seguimiento durante 2 años con controles radiológicos seriados (RX y TAC) sin cambios radiológicos significativos, así como fibrobroncospia sin alteraciones significativas.







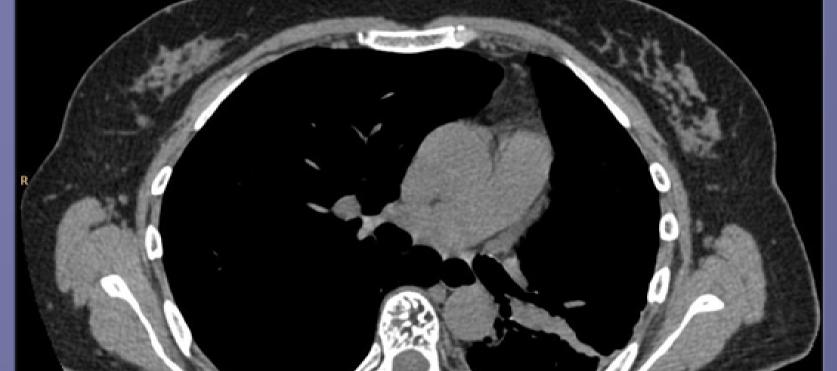


Figura 2



Figuras 4, 5 y 6. En sentido horario y descendente.





CONCLUSIONES:

Presentamos un caso de atelectasia redonda como hallazgo radiológico en un paciente con sospecha clínica inicial de asma. Descrita por primera vez por Loesche en 1928, es una forma de colapso pulmonar periférico no relacionado con la anatomía segmentaria. Típicamente en la Rx. simple de tórax se presenta como una masa de base pleural, bien definida, generalmente de localización posterior y en los lóbulos inferiores adyacente a un área de engrosamiento pleural. Puede presentar broncograma aéreo. Característicamente los vasos y bronquios tienen una apariencia curvilínea hacia el hilio desde la lesión (signo de la cola de cometa).. Si bien la causa no es clara, comúnmente se asocia con una enfermedad pleural exudativa,. Típicamente se ve en exposición al asbesto. Otras causas incluyendo TBC, infarto pulmonar, uremia, neumotórax terapéutico, etc. En este caso, la sospecha clínica recae en una posible TBC (no documentada). A destacar la disfonía como síntoma debut de la ELA y la celiaquía larvada.

BIBLIOGRAFIA:

- 1. Gispert P. et al. Atelectasia redonda del pulmón. Una lesión benigna producida por el amianto. *Med Clin (Barc).* 2005;124(7):256-8.
- 2. Jara B, De Miguel J, Abad N, López R, Juretschke, MA, Gómez D. Atelectasias redondas. Rev Clin Esp. 2001;201:303-7.
- 3. Galant J, Martí-Bonmatí L, Domingo M, Vilar J, Piquer A, Ferrer D, et al. Atelectasias redondas nodulares: apariencia en tomografía computarizada y resonancia magnética. Arch Bronconeumol. 1994;30:449-53.



Innovando en la investigación