



CASO DEL MES

SEICAT

Autores: Ainhoa Viteri
 Silvia Cisneros
 Iñigo Lecumberri

Servicio: Radiodiagnóstico.

Hospital: *Hospital Universitario Basurto. Bilbao.*



PRESENTACIÓN

- Varón de 62 años
- Trabajó en una fundición durante más de 30 años
- Exfumador de 2 paquetes/día desde 2007
- Hipertenso. Isquemia arterial aguda de la extremidad inferior izquierda por trombosis arterial en 2008 tratada con trombectomía.
- En tratamiento con enalapril, atorvastatina, ácido acetilsalicílico y fentanilo transcutáneo.

- Noviembre de 2013:
 - Se diagnostica de carcinoma epidermoide del trígono retromolar T4a N2b M0.
 - Se realiza TCMD de estadificación e inicia tratamiento con quimio-radioterapia radical.

- Marzo de 2014:
 - Refiere tos y expectoración purulenta de un mes de evolución.
 - Se realiza TCMD para valorar la respuesta al tratamiento, con respuesta parcial a nivel orofaríngeo y cervical.

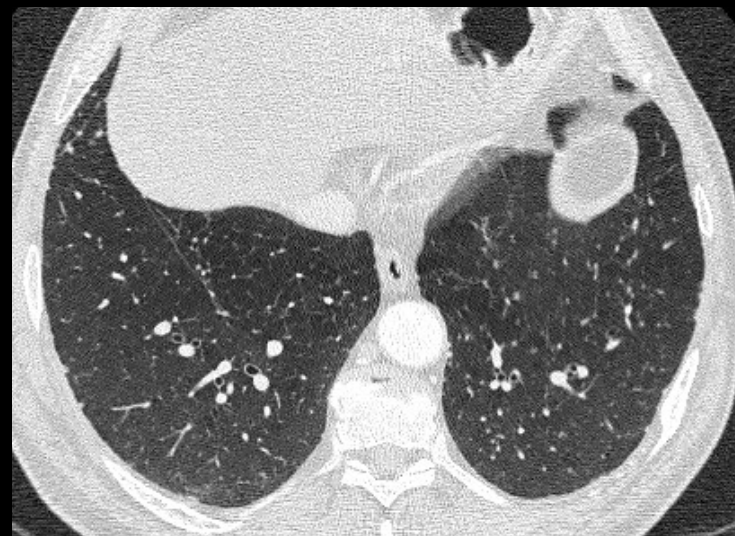
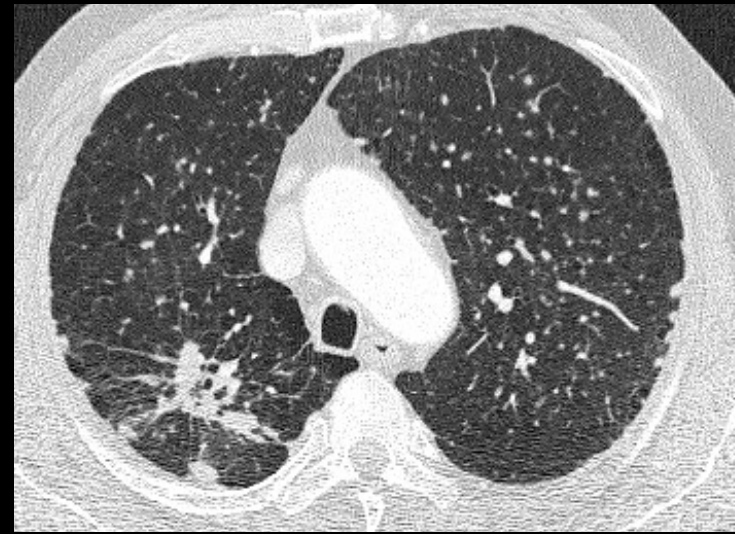
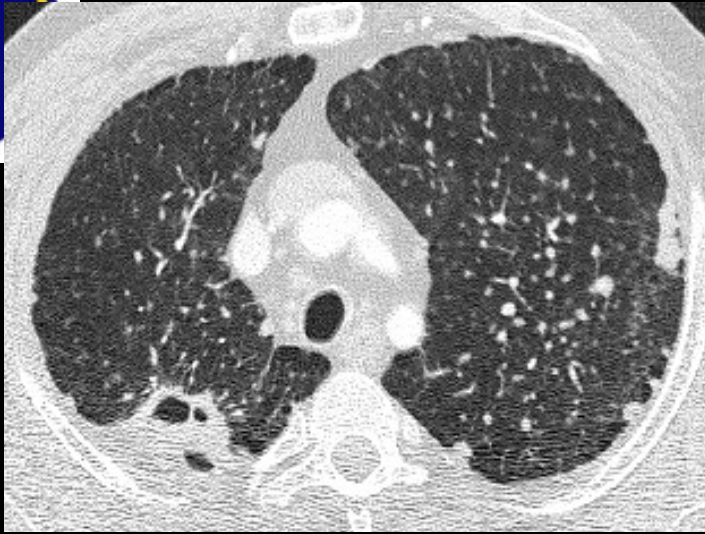


Figura 1. TCMD con contraste IV, ventana de pulmón (para estadificación de carcinoma de orofaringe)

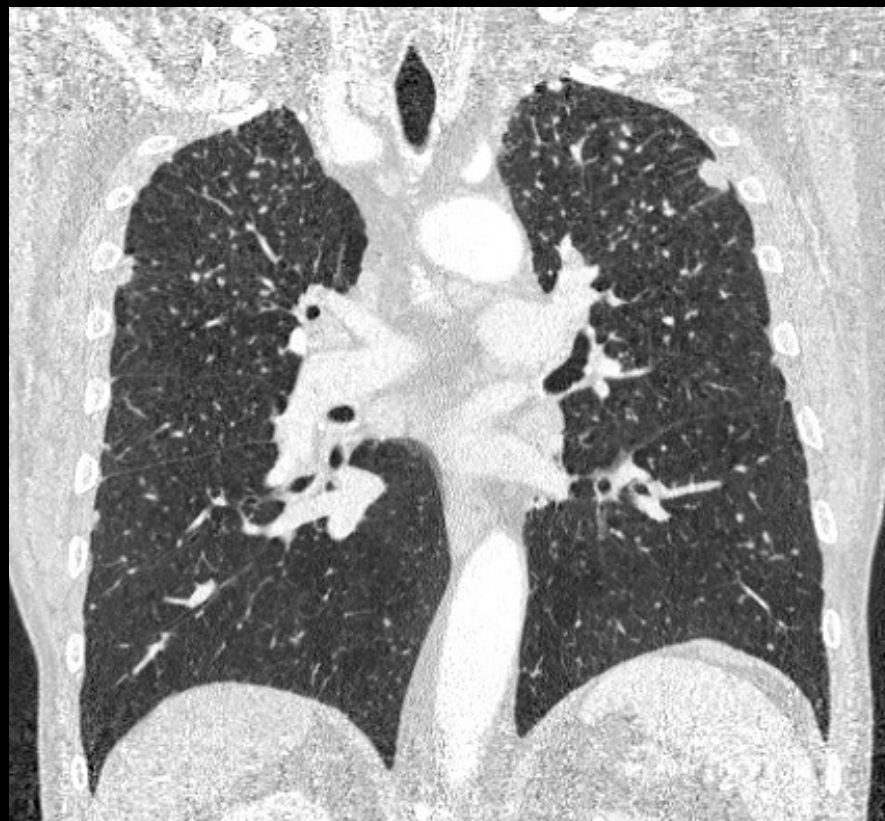


Figura 2. TCMD, reconstrucciones coronales

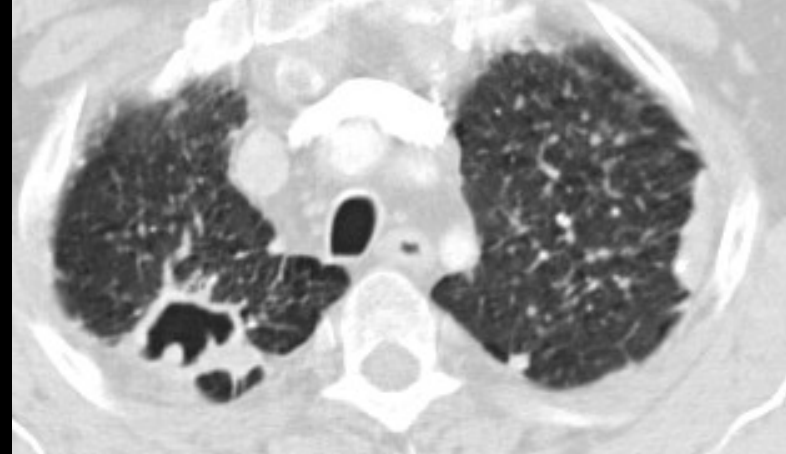
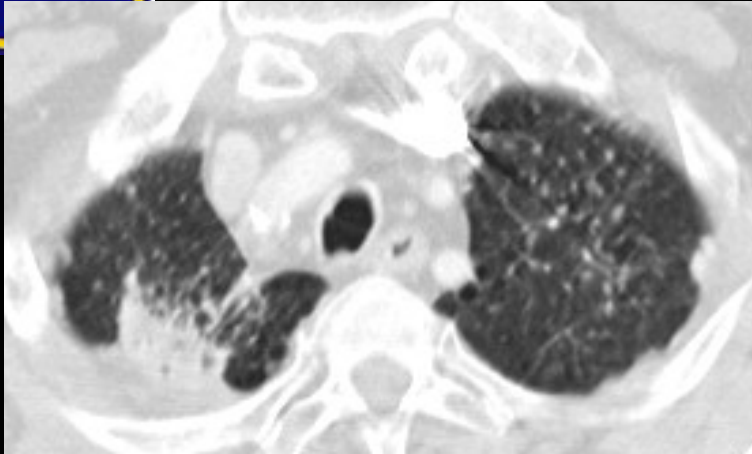


Figura 3. TCMD con contraste IV, ventana de pulmón, 4 meses después

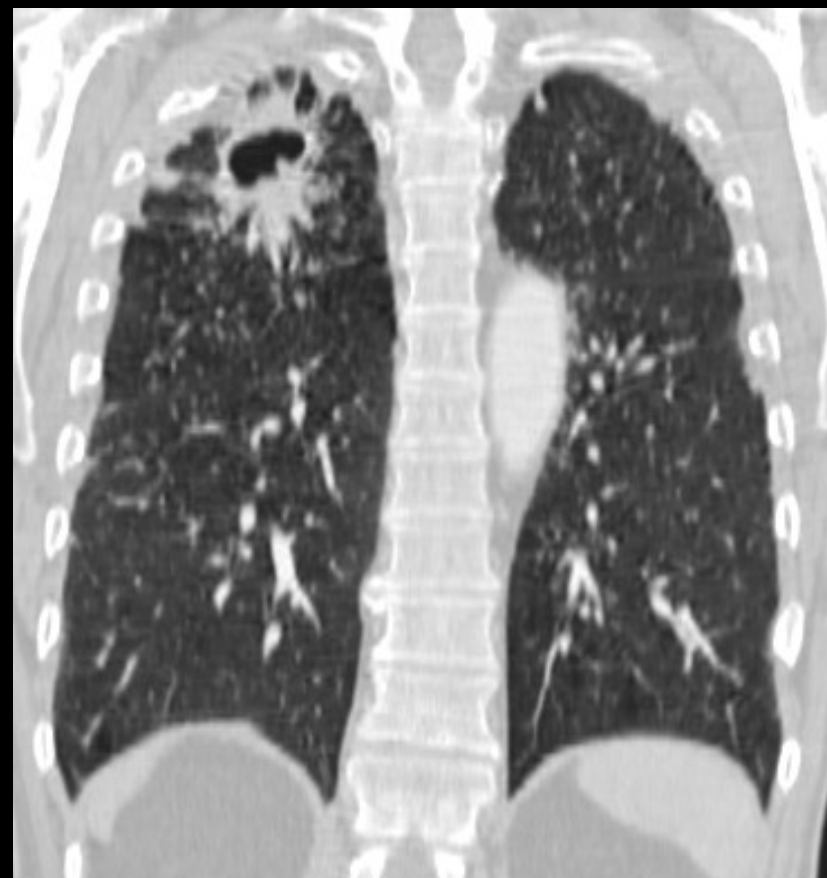
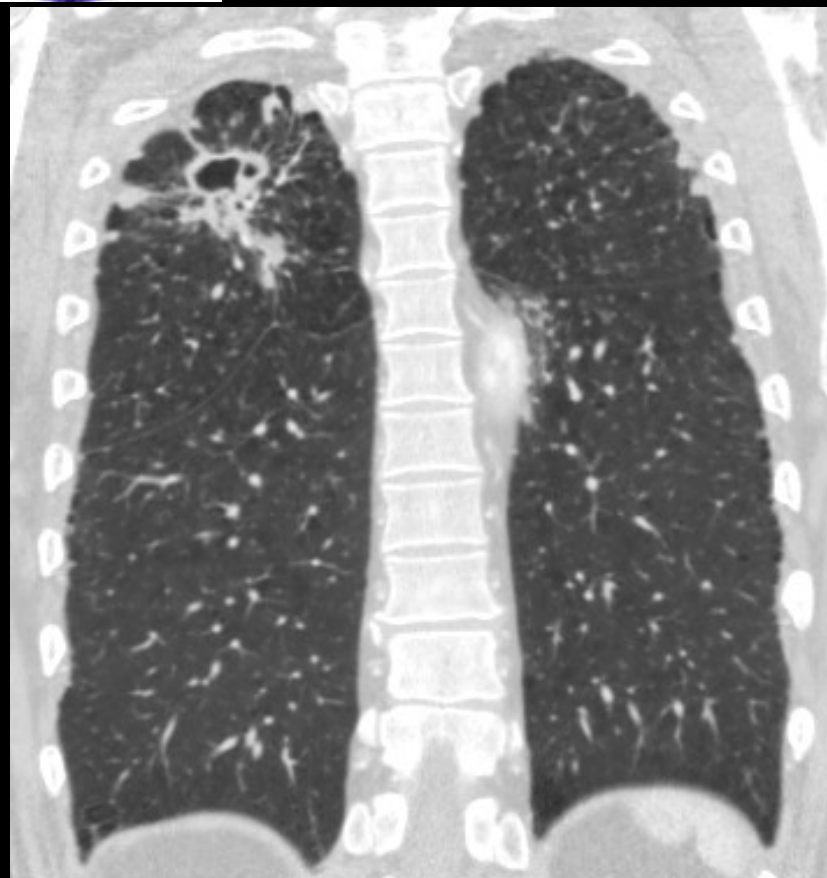


Figura 4

TC noviembre 2013



TC marzo 2014



LECTURA RADIOLOGICA 1

TCMD Noviembre 2013 (Figuras 1 y 2):

- Nódulos milimétricos de distribución linfangítica (centrolobulillares y subpleurales) simétrica, con predominio en los lóbulos superiores.
- Pseudoplasmas bilaterales más gruesas en los lóbulos superiores.
- Nódulo cavitado en el segmento apical del LSD, en contacto con la superficie pleural y con tractos de aspecto fibrocicatricial.



LECTURA RADIOLOGICA 2

TCMD Marzo 2014 (Figura 3):

- Continúan identificándose múltiples nódulos pulmonares centrolobulillares milimétricos, de predominio en los campos superiores, con nódulos subpleurales confluentes y placas pleurales con bordes espiculados, en relación con silicosis.
- La lesión cavitada en el ápex derecho ha crecido de tamaño y ha aumentado la cavitación (Figura 4).



DISCUSIÓN

- En el estudio inicial se observó un patrón radiológico de nódulos y pseudoplasmas que, con los antecedentes de exposición laboral del paciente, llevaron al diagnóstico de neumoconiosis (silicosis).
- La imagen en el vértice derecho podría corresponder a un conglomerado silicótico.
- Evolutivamente, el paciente comenzó a presentar tos y expectoración. Además el nódulo experimentó un crecimiento rápido y asimétrico y cavitación progresiva. Estos hallazgos obligaron a descartar la infección tuberculosa activa (silicotuberculosis) y la neoplasia.
- Se realizaron cultivos que fueron positivos para micobacterias. El paciente recibió tratamiento específico con buena evolución clínica y radiológica.



DIAGNÓSTICO FINAL

Silicotuberculosis



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD (1)

- La silicosis es una enfermedad fibrosante pulmonar causada por la inhalación de cristales de sílice. Es la neumoconiosis más frecuente en nuestro medio.
- La historia laboral es clave para sospecharla y diagnosticarla.
- Los pacientes con silicosis presentan con frecuencia problemas asociados. Entre ellos, la infección por tuberculosis, que afecta a la cuarta parte de estos pacientes.
- Los hallazgos más típicos de la silicosis no complicada son los micronódulos centrolobulillares de predominio en los lóbulos superiores, las pseudoplaquetas y las adenopatías hiliares y mediastínicas.
- Los hallazgos más frecuentes de la silicosis complicada son los conglomerados silicóticos y la afectación pleural.
- La cavitación de un conglomerado silicótico debe hacer sospechar infección tuberculosa activa.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD (2)

- La tuberculosis pulmonar es un grave problema de salud mundial por su alta incidencia y su morbi-mortalidad. Está causada por *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo aeróbico ácido-alcohol resistente transmitido por vía aérea. Este germen es fagocitado en los alveolos por los macrófagos, que acaban formando granulomas.
- Característicamente, los granulomas suelen presentar necrosis central (caseosa) y contener bacilos viables que permanecen clínica y microbiológicamente latentes durante años.
- La reactivación de dichos focos se llama tuberculosis postprimaria. Afecta predominantemente a los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos superiores, y a los segmentos superiores de los lóbulos inferiores (zonas con menor tensión de oxígeno y menor drenaje linfático). Es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos o con condiciones asociadas.
- En los pacientes con silicosis es tres veces más frecuente que en la población general y llega a afectar a la cuarta parte de los pacientes. Por este motivo, algunas guías recomiendan la profilaxis en los pacientes con silicosis y tuberculina positiva.
- La inflamación y necrosis progresivas características de la reactivación tuberculosa causan comunicación con la vía aérea y formación de cavidades. Además, puede diseminarse por vía endobronquial al mismo u otros lóbulos, y por vía hematógena dando lugar a la tuberculosis miliar.



INTERÉS DOCENTE

- La silicotuberculosis es una causa importante de morbimortalidad entre los pacientes con silicosis, pero está infradiagnosticada. El crecimiento asimétrico y/o la cavitación de un conglomerado silicótico es un signo de sospecha.



BIBLIOGRAFÍA

- González Vázquez M, Trinidad López C, Castellón Plaza D, Calatayud Moscoso del Prado J, Tardáguila Montero F. Silicosis pulmonar: Hallazgos radiológicos en la tomografía computarizada. *Radiología*. 2013;55:523-32.
- Chong S, Lee KS, Chung MJ, Han J, Kwon OJ, Kim TS. Pneumoconiosis: Comparison of imaging and pathologic findings. *Radiographics*. 2006;26:59-77.
- Kim KI, Kim CW, Lee MK, Park CK, Choi SJ, Kim JG. Imaging of occupational lung disease. *Radiographics*. 2001;21:371-91.
- Rosenman KD, Reilly MJ, Rice C, Hertzberg V, Tseng CY, Anderson HA. Silicosis among foundry workers. *Am J Epidemiol*. 1996;144:890-901.
- Barboza CE, Winter DH, Seiscento M, Santos Ude P, Terra Filho M. Tuberculosis and silicosis: Epidemiology, diagnosis and chemoprophylaxis. *J Bras Pneumol*. 2008;34:961-8.
- Jeong YJ, Lee KS. Pulmonary tuberculosis: Up-to-date imaging and management. *AJR*. 2008;191:834-44.