

Dos casos de atelectasia redonda

Martínez Muñoz, J.*
Sanmartín Leiro, M.**

RESUMEN

Se presentan dos casos de atelectasia redonda. Esta lesión se caracteriza por:

- a) Imagen redonda u oval.
- b) Engrosamiento pleural sobre el que se implanta la imagen anterior.
- c) «Cola de cometa» formada por vasos y bronquios, que se incurvan de abajo hacia arriba y penetran por el polo inferior.
- d) Angulos agudos en la unión de la imagen redonda a la pleura.

Su interés radica, ya que es benigna, en no confundirla con patología tumoral y evitar la toracotomía.

ABSTRACT

Two cases of «round atelectasis» are presented. This lesion is characterised by:

- a) Round or oval image.
 - b) Pleural Thickening upon which encroaches the former image.
 - c) «Comet tail» formed by vessels and bronchi, curved from the bottom upwards and entering from the lower pole.
 - d) Acute angles in the pleural junction of the round image.
- Its interest, being a benign lesion, is avoiding mistaking it for tumor and the subsequent thoracotomy.

INTRODUCCION

Con el nombre de atelectasia redonda, y también con las denominaciones de pseudotumor pulmonar, pleuroma y pulmón plegado, se describe una forma poco frecuente de colapso pulmonar que presenta aspecto redondeado (1-10). El interés de la atelectasia redonda radica en que puede confundirse con el cáncer de pulmón y en que muestra signos radiológicos lo suficientemente claros como para hacer el diagnóstico correcto.

CASO 1

VARON de 21 años, no fumador. Tres semanas antes de su ingreso tenía tos seca, dolor en hemitórax derecho, que aumentaba con la inspiración profunda, y febrícula. Matidez y marcada disminución del murmullo vesicular en base y región axilar inferior derechas. Tuberculina (2 U. de PPD-RT 23) positiva de 24 m/mV. de S. 35/50. Líquido pleural obtenido por toracocentesis: densidad 1024, color amarillo limón, proteínas totales 47 g. x 1.000, glucosa 0,62 g x 1.000, LDH 1.100 U (normal 500 U.), 1.800 células por m/m³, de las que el 90% son linfocitos; el cultivo ordinario para gérmenes, la bacilos-

* Comandante Médico. Jefe de la Clínica de Pulmón y Corazón.

** Comandante Médico. Servicio de Radiodiagnóstico.

Hospital de Marina de San Carlos, San Fernando (Cádiz).

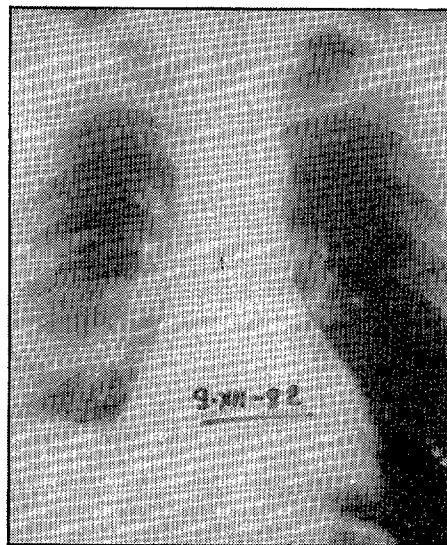


Fig. 1.—Radiografía PA de tórax de entrada. Derrame pleural derecho.

copia y el cultivo del Lowenstein resultaron negativos. La radiografía PA de entrada (Figura 1) muestra derrame pleural derecho de moderada cuantía.

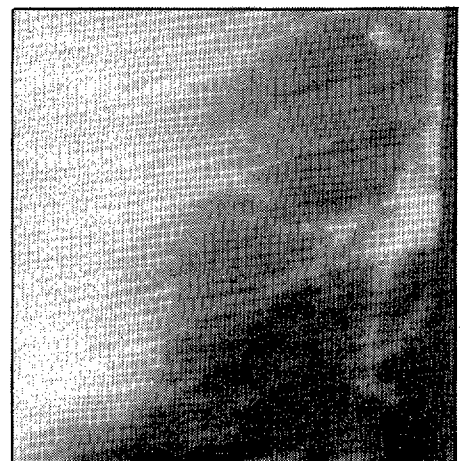
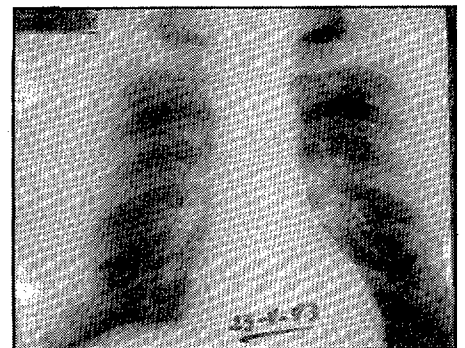


Fig. 2.—Radiografía PA de tórax a los cinco meses de tratamiento. A: Sinequía mínima del seno costofrénico derecho; engrosamiento pleural localizado azilar derecho en el que se implanta en ángulo agudo imagen ovalada de 3,5 cm. B: Detalle.

Con el diagnóstico de pleuresía tuberculosa se impone tratamiento de rifampicina 600 mg/d., hidrazidas 300 mg/d. durante 9 meses, adicionando los dos primeros meses 1.400 mg/d. de etambutol; toda la medicación oral y en una sola toma con el desayuno.

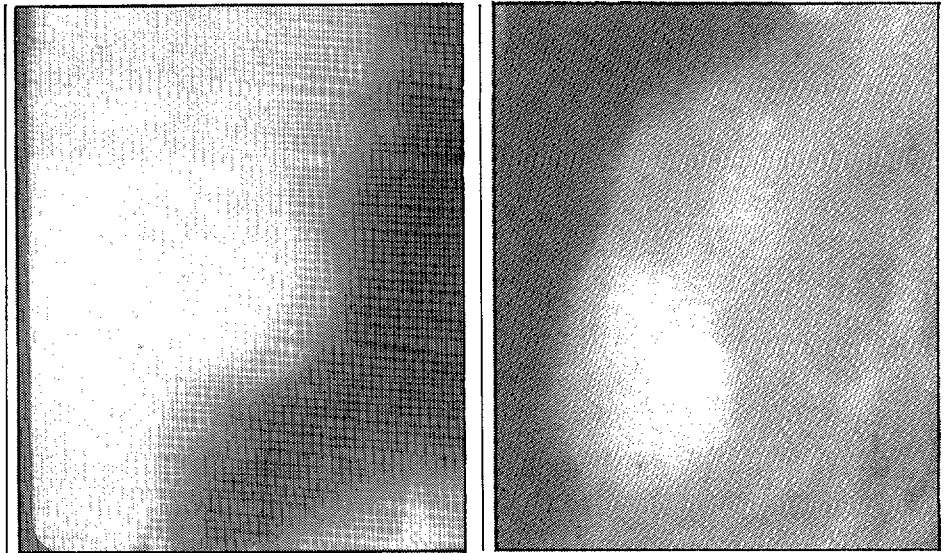


Fig. 3.—Misma fecha que la figura 2 A y B: Tomografías AP y oblicua posterior derecha, respectivamente. Por el polo inferior de la imagen redondeada penetran ramas vasculares que se incurvan desde abajo y adentro hacia arriba y afuera.

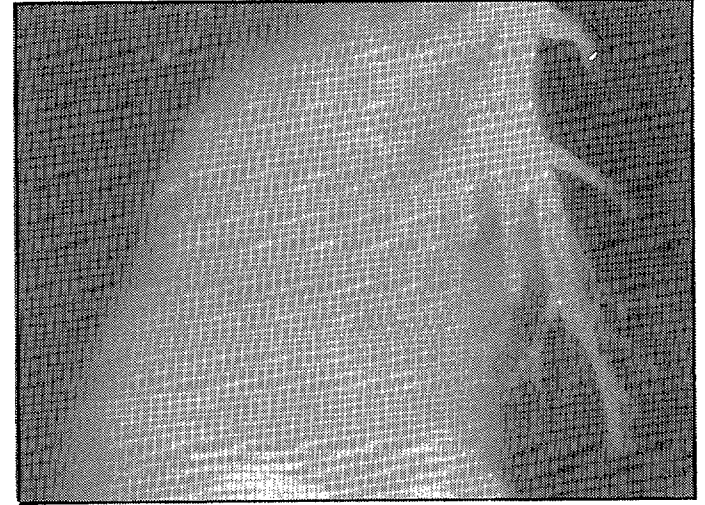


Fig. 4.—Dos días después de las figuras 2 y 3. A y B: Broncografías AP y oblicua posterior derecha. Arborizaciones procedentes del bronquio segmentario basal anterior derecho se dirige, sin penetrar, y con discreta incurvación de abajo y adentro hacia arriba y afuera, al polo inferior de la imagen redondeada.

A los cinco meses de tratamiento el derrame pleural se ha reabsorbido y se observa engrosamiento pleural axilar derecho (Figura 2), en la que tiene su base una imagen redondeada, algo ovalada, de 3,5 cm. de diámetro mayor, con ángulo agudo de implantación tanto superior como inferiormente. En las tomografías AP y oblicuas posteriores derechas (Figura 3) se aprecia nítidamente la imagen redondeada y cómo le entran por su polo inferior vasos que se incurvan desde abajo y adentro hacia arriba y afuera. Finalmente, en las broncografías AP y oblicua posterior derecha (Figura 4), ramas bronquiales procedentes del bronquio segmentario basal anterior derecho se dirigen al extremo inferior de la imagen redondeada, sin penetrar en ella, incurvándose suavemente de abajo y adentro hacia arriba y afuera.

CASO 2

VARON de 50 años. Fumador de 20 pitillos diarios desde los 19 años. Reconocimiento psicofísico rutinario por razón de edad. Asintomático. Exploración física sin ha-

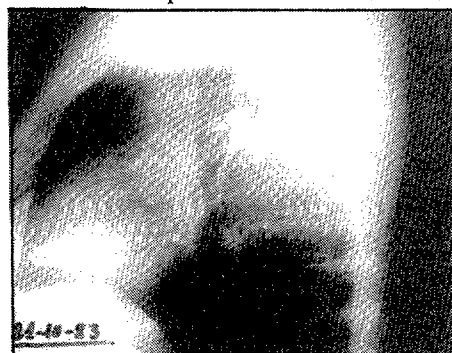
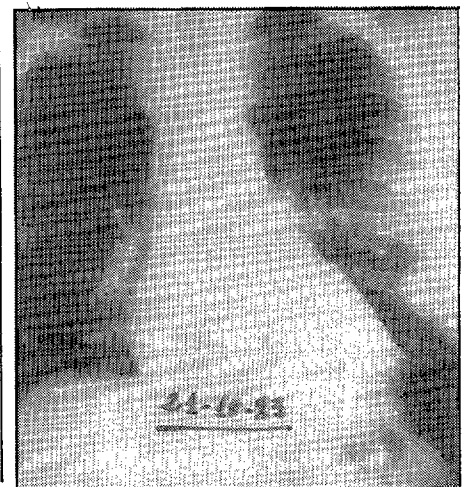


Fig. 5.—A: Radiografía lateral izquierda de tórax. La imagen patológica se localiza en llingula. B: Radiografía PA de tórax. Imagen redondeada, de borde nítido, y base en tercio medio de pleura axilar izquierda, con aspecto intraparenquimatoso por ser agudos los ángulos de implantación.

llazgos patológicos. Analítica dentro de la normalidad. En las radiografías PA y lateral izquierdas de tórax (Figu-



ra 5, A y B) se aprecia imagen redondeada, de 3 cm. de diámetro, borde nítido, de base en pleura axilar izquierda y localización anterior y baja, territorio lingular, con ángulo agudo de implantación, sobre todo en el polo superior. Las tomografías AP (Figuras 6 y 7) realizadas con tres meses de intervalo no muestran variación de tamaño y ponen de manifiesto la entrada de vasos por el polo inferior, tras incurvarse desde abajo y adentro hacia arriba y afuera, y que semejan la cola de un cometa.

COMENTARIOS

Quizá fueran Roche y Daumet (11) los primeros que describieron los colapsos pulmonares parciales conocidos actualmente por atelectasias redondas. La patogenia es discutida (12, 13) y no es propósito de esta comunicación, pero coinciden distintos autores en la existencia de derrame pleural previo cuya etiología puede ser tuberculosa, por asbestosis, insuficiencia cardiaca congestiva, infarto de pulmón, síndrome postinfarto de miocardio o inespecífica (9, 12, 13).

En general, los portadores de atelectasias redondas son asintomáticos o presentan síntomas achacables a la enfermedad que produjo el derrame pleural.

La atelectasia redonda en sí es un proceso benigno, habitualmente permanece estacionaria de tamaño, pero ocasionalmente se reduce e incluso puede llegar a desaparecer.

Los signos radiológicos de la atelectasia redonda (1, 2, 5, 11, 12), si están presentes, sobre todo con antecedentes de pleuresía tuberculosa o asbestosis, son suficientes para un diagnóstico correcto, que evitará realizar investigaciones agresivas y, sobre todo, una toracotomía innecesaria. Hay cuatro signos típicos. a) Imagen redonda u oval, de borde nítido o borroso, lisa o lobulada, de 2,5 a 5 cm. de diámetro. b) Engrosamiento pleural, sobre el que se apoya la imagen anterior. c) Vasos y bronquios que penetran por el polo inferior, incurvándose de abajo hacia arriba y que recuerdan

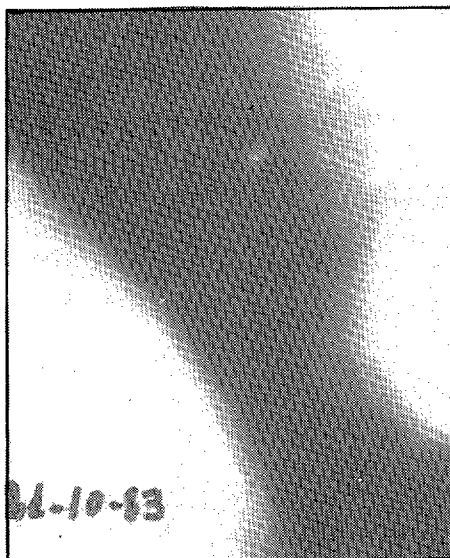


Fig. 6.—Tomografía AP. Unos vasos, que semejan a la cola de un cometa, penetran por el polo inferior de la imagen redondeada tras incurvarse hacia arriba y afuera desde abajo y adentro.

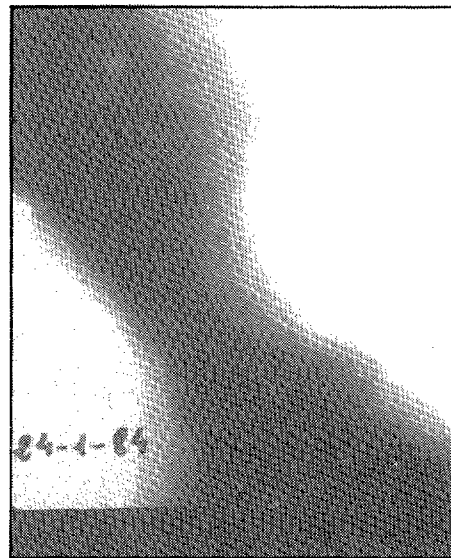


Fig. 7.—Tomografía AP tres meses después de la figura 6. No hay cambios.

una cola de cometa. d) Angulos agudos en la unión de la imagen redonda con la pleura engrosada, lo que indica lesión intrapleural, a diferencia de las lesiones extrapleurales que presentan ángulos obtusos. La localización suele ser en los lóbulos inferiores.

Una vez realizado el diagnóstico de atelectasia redonda, la conducta terapéutica es expectante, dada la benignidad del proceso. Muchos portadores de atelectasia redonda (13) han sido sometidos a toracotomía innecesaria cuando no se conocía con claridad esta entidad. La mayoría de veces el cirujano se limita a realizar decorticación de la pleura engrosada sobre la

zona atelectática, con lo que el pulmón se reexpande y desaparece la imagen redondeada. En algún caso se ha descrito recurrencia tras la operación (5).

De los dos casos presentados, uno cumple todos los requisitos para el diagnóstico de atelectasia redonda, presencia de los cuatro signos radiológicos y antecedentes inmediatos de pleuresía tuberculosa. El otro caso tiene tres de los signos radiológicos y carece totalmente de sintomatología y antecedentes, por lo que, convenientemente informado el paciente, se le someterá a revisiones periódicas cada tres meses durante dos años. Uno de los casos está ilustrado con broncografías, que son poco frecuentes en la literatura (5).

BIBLIOGRAFIA

- Hanke, R.: «Rundatektasen (Kugel- und Walzenatektasen)». *RoFo*, 1971, 114: 164-83.
- Kretzschmar, R.: «Über atelaktatische Pseudotumoren der Lunge». *RoFo*, 1975, 122: 19-29.
- Brune, J.; Bosly, A.; Bory, R.; Perinetti, M.; Wiesendanger, T.; Galy, P.: «Condensations parenchymateuses pulmonaires arrondies post-pleuretiques mecanisme physiopathologique». *Lyon Medical*, 1974, 231: 605-9.
- Sinner, W. N.: «Pleuroma — a cancer-mimicking atelectatic pseudotumor of the lung». *RoFo*, 1980, 133: 578-85.
- Schnider, H. J.; Felson, B.; Gonzalez, L. L.: «Rounded atelectasis». *AJR*, 1980, 134: 225-32.
- Bénard, Y.; Mandard, J. C.; Evrad, C.; Leménager, J.: «Opacité ronde pseudotumorale par atélectasie (A propos d'une observation)». *Rev. Fr. Mal. Respir.*, 1973, 1: 1171-7.
- Blesovsky, A.: «The folded lung». *Br. J. Dis. Chest.*, 1966, 60: 19-22.
- Hillerdal, G.; Hemmingsson, A.: «Pulmonary pseudotumors and asbestos». *Acta Radiol. (Diagn.)* (Stockh.), 1980, 21: 615-20.
- Stark, P.: «Round atelectasis: Another pulmonary pseudotumor». *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1982, 125: 248-50.
- Payne, C. R.; Jaques, P.; Kerr, I. H.: «Lung folding simulating peripheral pulmonary neoplasm (Blesovsky's syndrome)». *Thorax*, 1980, 35: 936-40.
- Roche, G.; Parent, J.; Daumet, P.: «Atelectasis parcellaires du lobe inferieur et du lobe moyen au cours du pneumothorax thérapeutique». *Rev. Tuberc. (Paris)*, 1956, 20: 87-94.
- Hanke, R.; Kretzschmar, R.: «Round atelectasis». *Seminars in Roentgenology*, 1980, 15: 174-82.
- Dernevik, L.; Gatzinsky, P.; Hultman, E.; Selin, K.; William-Olsson, G.; Zettergren, L.: «Shrinking pleuritis with atelectasis». *Thorax*, 1982, 37: 252-8.