

Caso clínico-radiológico pediátrico

IAN NIKLITSCHK L.* y CRISTIÁN GARCÍA B.**

Radiological note: pediatric radiology case report

Historia clínica

Recién nacido de término de 39 semanas, adecuado para la edad gestacional. Embarazo controlado, fisiológico, nace por parto vaginal

espontáneo, APGAR 9-9 , peso 3.300 g al nacer.

Estando en buenas condiciones, al segundo día de vida presenta discreta dificultad respiratoria, por lo que se le solicita una radiografía (Rx) de tórax anteroposterior (AP portátil) (Figura 1a).

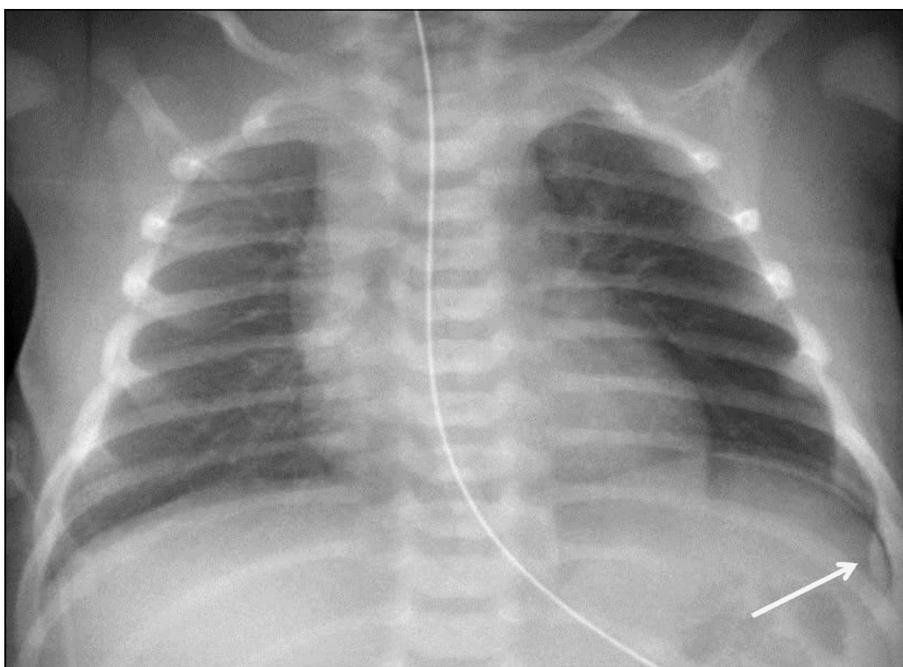


Figura 1a. Radiografía de tórax AP portátil.

¿Cuál es su diagnóstico?

* Egresado, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

** Profesor Titular, Departamento de Radiología Pediátrica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

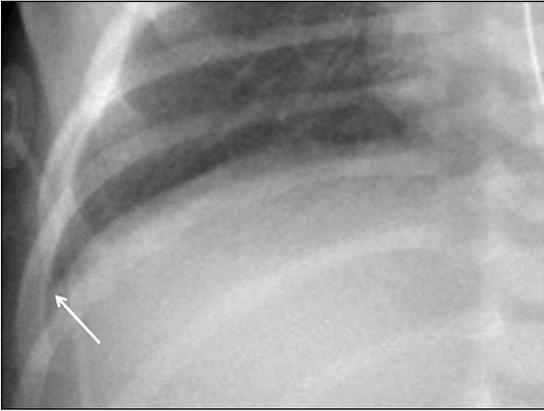


Figura 1b. Imagen magnificada y focalizada en el seno costofrénico lateral derecho muestra un seno de profundidad normal (flecha).

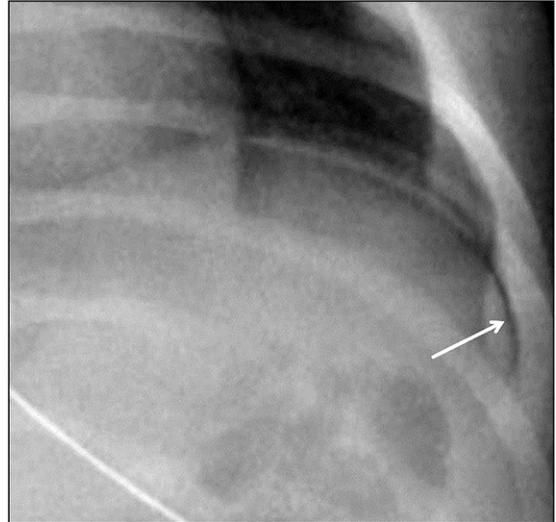


Figura 1c. Imagen magnificada y focalizada en el seno costofrénico lateral izquierdo, muestra zona radiolúcida que se extiende hacia el aspecto profundo del seno (flecha), secundario a un neumotórax (signo del surco profundo).

Hallazgos radiológicos

La Figura 1a muestra discreta mayor transparencia del pulmón izquierdo con respecto al derecho y asimetría de los senos costofrénicos laterales, con mayor profundidad y radiolucidez del seno costofrénico izquierdo. Estos hallazgos son compatibles con un neumotórax izquierdo, con signo del surco profundo. El examen muestra también escasas imágenes intersticiales centrales en ambos pulmones, clínicamente atribuibles a un pulmón húmedo o taquipnea transitoria. El corazón y las estructuras vasculares no presentan alteraciones.

Diagnóstico

Neumotórax izquierdo. Signo del surco profundo.

Discusión

El neumotórax es una entidad no infrecuente en niños hospitalizados, en especial en la Unidades de Cuidados Intensivos. Su reconocimiento depende del volumen de aire en el espacio pleural y de la posición del paciente. En la proyección anteroposterior (AP) el diagnóstico radiológico tradicionalmente se basa en la identificación de una fina opacidad lineal periférica que representa la pleura visceral, que separa las densidades determinadas por el aire en el espacio pleural y el pulmón. Esta observación, si bien es de gran uti-

lidad en Rx de tórax con el paciente en posición de pie, puede no ser identificable con el paciente en decúbito dorsal, salvo en un neumotórax de tamaño al menos moderado. De esta manera, hasta un 30% de los neumotórax pueden no ser detectados cuando el examen es obtenido con el paciente en decúbito dorsal. Cuando el paciente está en esta posición, la sensibilidad del examen aumenta en forma considerable cuando la proyección AP se complementa con una proyección lateral con rayo horizontal, ya que el neumotórax está en situación anterior por la posición del niño y es fácilmente detectable.

En la proyección AP en decúbito, el único signo de neumotórax puede ser una mayor transparencia del pulmón del mismo lado por su localización anterior (Figura 1a).

En esta posición, otro hallazgo de mucha utilidad diagnóstica es el signo del surco profundo, que se produce cuando el neumotórax se dispone en situación anterior, basal y lateral en la porción no dependiente del espacio pleural y distiende y profundiza el ángulo costofrénico lateral de ese lado (Figura 1a-c)¹⁻³.

Esto debe sospecharse cuando hay una asimetría de los ángulos costofrénicos laterales, por mayor profundidad y radiolucidez de uno de ellos, que puede extenderse hasta el hipocondrio del mismo lado y adoptar una morfología triangular (4). De este modo resulta relevante que las

Rx portátiles siempre incluyan toda la extensión de los ángulos costofrénicos y la región tóraco-abdominal².

Dado que la gran mayoría de los pacientes críticos pediátricos se controla con Rx de tórax AP portátiles tomadas en decúbito dorsal, el conocimiento del signo del surco profundo puede ser un importante aporte en el diagnóstico oportuno de neumotórax y debe ser buscado dirigidamente en caso de sospecharse esta entidad.

Bibliografía

- 1.- Kong A. The Deep Sulcus Sign. *Radiology* 2003; 228: 415-6.
- 2.- Pérez M, Moëne K, Bitar P. El signo del surco profundo. *Rev Chil Radiol* 2012; 18:85-7.
- 3.- Gordon R. The deep sulcus sign. *Radiology* 1980; 136: 25-7.
- 4.- Sabbar S, Nilles EJ. Images in clinical medicine. Deep sulcus sign. *N Engl J Med* 2012; 366: 552.

Correspondencia a:

Dr. Cristián García Bruce
Facultad de Medicina,
Depto. de Radiología Pediátrica,
P. Universidad Católica de Chile.
Email: cgarcia@med.puc.cl