

## Caso radiológico pediátrico

NATALIA PINOCHET R.\* y CRISTIÁN GARCÍA B.\*\*

### Historia clínica

Paciente sexo femenino de 9 años sin antecedentes mórbidos de importancia, consulta por cuadro de tres días de evolución, caracterizado por tos seca, mialgias, fiebre controlada de hasta 38° C, sin otros síntomas. Al examen físico, está

febril, con temperatura axilar de 38,5° C y el examen pulmonar es negativo, al igual que el resto del examen, segmentario.

Se solicita Radiografía (Rx) de tórax antero-posterior (AP) y lateral para descartar una neumopatía aguda (Figura 1).

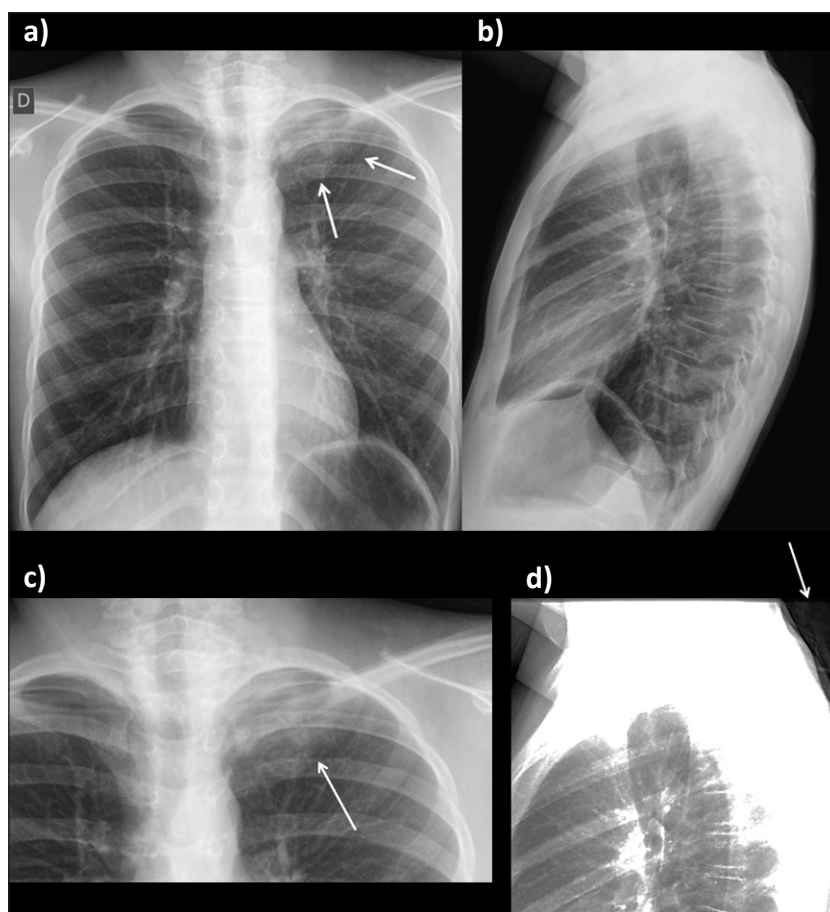


Figura 1.

¿Cual es su diagnóstico?

\* Médico egresada Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

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

## Hallazgos radiológicos

Las Figuras 1a y 1b muestran una opacidad tenue y mal definida en el vértice del hemitórax izquierdo, que si bien sólo es visible en la proyección AP, podría ser interpretada como un foco de neumopatía aguda (flechas). Sin embargo, al mirar con más detalle y modificar el contraste y el brillo de la imagen (puede hacerse con una ampolleta), se demuestra en la proyección lateral una imagen que corresponde al cabello de la niña (Figuras 1c,1d), (flechas), que es responsable de la opacidad descrita en el vértice del hemitórax izquierdo.



Figura 2.

Se repitió el examen levantando el cabello de la niña y ya no fue evidente la opacidad del hemitórax izquierdo.

## Diagnóstico

Examen sin hallazgos patológicos.

Pseudoneumopatía izquierda secundaria a artefacto determinado por sobreproyección del cabello de la niña.

## Discusión

No todas las opacidades anormales visibles en la radiografía de tórax se originan en los pulmones o en el mediastino. Algunas pueden corresponder a artefactos, en especial aquellas estructuras extratorácicas que pueden ser confundidas con patologías intratorácicas<sup>1-3</sup>.

Algunas pueden corresponder a sobreproyección de estructuras como pegamento o adhesivo de electrodos, la ropa del paciente, la ropa de la cama o camilla, los dedos de la persona que sostiene al paciente. También pueden corresponder a estructuras normales de la pared torácica, de la cabeza o del cuello, como el cabello, el tejido mamario, las mamas o pezones<sup>3,4</sup>.

Estos artefactos pueden ser confundidos con estructuras anormales, como neumonía, masas pulmonares o mediastínicas y motivar conductas terapéuticas erradas e innecesarias<sup>1,3</sup>.

En el caso de las trenzas de pelo, cuando son múltiples, pueden sospecharse en la Rx (Figura 2). En el caso de las trenzas individuales (tipo cola de caballo) o el pelo corto o plegado, puede ser más difícil reconocer que se trata de un artefacto<sup>1,3,4</sup>. En todos los casos, la proyección lateral

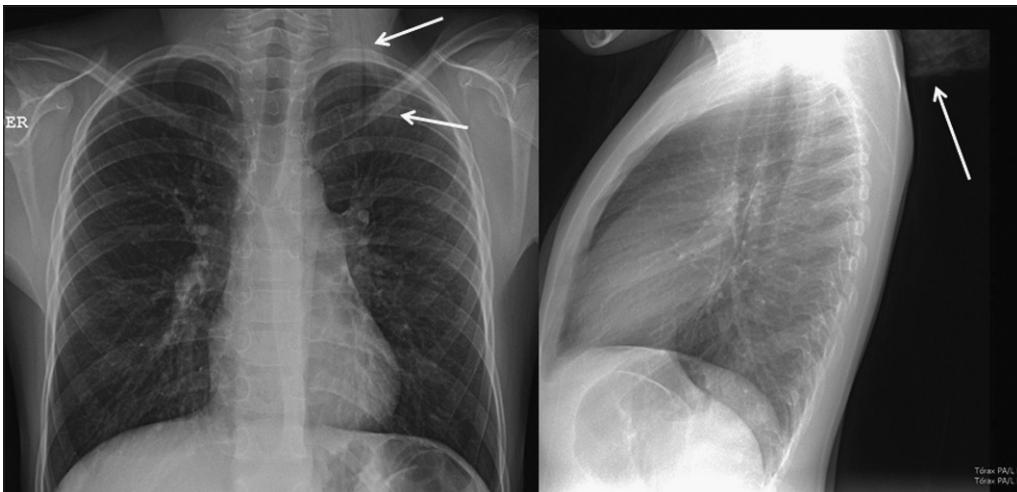


Figura 3.

es la que confirma que se trata del cabello, al proyectarse en situación posterior, dorsal a la pared posterior del tórax. En general, el pelo húmedo es más evidente que el pelo seco y el aire puede estar atrapado en una trenza y ser visto como líneas radiolúcidas (Figura 3)<sup>3-5</sup>.

La extensión de la opacidad más allá del ápice pulmonar y hacia el cuello, debe hacer pensar que corresponde a un artefacto, donde a diferencia de una verdadera masa de tejidos blandos, sus márgenes todavía serán bien definidos<sup>2,3</sup>.

La presencia de una opacidad con un margen muy bien definido o una que se proyecta tanto sobre el pulmón como en los tejidos blandos adyacentes, debe motivar la exploración visual de la pared torácica<sup>4,5</sup>.

Cuerpos extraños en el cabello, en la piel o en el cuero cabelludo, también pueden simular patología. Masas de partes blandas de la pared del tórax (tumores, hemangioma, etc), también pueden simular patología intratorácica<sup>3-5</sup>.

La persona que toma el examen, debe asegurarse de que el pelo largo esté fuera del haz primario de Rayos X<sup>5</sup>.

Es muy importante que el radiólogo o el clínico que observe o interprete la radiografía, estén al tanto de este tipo de artefactos y sepa reconocerlos, para así evitar errores diagnósticos y conductas terapéuticas innecesarias.

## Bibliografía

- 1.- ELLIS S M, FLOWER C. En: The WHO manual of diagnostic imaging. Radiographic, Anatomy and Interpretation of the chest and the pulmonary System. Editors Ostensen H, Pettersson H. 2006. WHO Press, World Health Organization, Geneva, pp 27-34. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546778\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546778_eng.pdf) (Consultado el 25 de Octubre de 2012).
- 2.- PUDDY E, HILL C. Interpretation of the chest radiograph. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain 2007; 7: 71-5. Disponible en: <http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/7/3/71.full> (Consultado el 30 de Octubre de 2012).
- 3.- VAN GELDEREN F. Understanding X-Rays: A Synopsis of Radiology. Springer-Verlag, Berlin 2004, pp. 12, 101, 559. Disponible en [http://books.google.cl/books/about/Understanding\\_X\\_Rays.html?id=N1Osd61lgYC&redir\\_esc=y](http://books.google.cl/books/about/Understanding_X_Rays.html?id=N1Osd61lgYC&redir_esc=y) (Consultado el 25 de Octubre de 2012)
- 4.- WIKIRADIOGRAPHY. Notes on Paediatric Chest Radiography. Disponible en: <http://www.wikiradiography.com/page/Notes+on+Chest+Radiography> (Consultado el 25 de Octubre de 2012).
- 5.- An Introduction to Chest Radiography For Student Radiographers. Disponible en: [http://www.e-radiography.net/nickspdf/Chest\\_intro.PDF](http://www.e-radiography.net/nickspdf/Chest_intro.PDF) (Consultado el 25 de Octubre de 2012).

---

Correspondencia a:  
 Dr. Cristián García B.  
 Departamento de Radiología. Facultad de Medicina.  
 Pontificia Universidad Católica de Chile.  
 Marcoleta 367. Santiago.  
 E-mail: [cgarcia@med.puc.cl](mailto:cgarcia@med.puc.cl)