

NOTAS RADIOLÓGICAS

Caso Radiológico Adulto

SERGIO TRUJILLO V.*, SARA CHERNILO S.* y EDUARDO SABBAGH P.**

ANTECEDENTES CLÍNICOS

A.T.Q. varón de 35 años, quien dos meses previos a su ingreso, comienza a presentar compromiso del estado general, baja de peso no cuantificada, tos con esputo mucoso, sin fiebre y con diaforesis nocturna. Consulta un médico, quien con el resultado de la radiografía de tórax (Figura 1) y luego de obtener tres baciloscopías negativas, decide iniciar terapia empírica para tuberculosis. Un mes después, por presentar progresión radiológica, el paciente

es enviado a nuestro Servicio. A su ingreso estaba afebril, con discreta disnea de reposo. Al examen físico presentaba crépitos en ambos lóbulos superiores y se tomó una radiografía de tórax (Figura 2). Se confirmó HIV (+) y conducta homosexual.

Exámenes de laboratorio: hematocrito 36%, hemoglobina 12,2 g/dl, leucocitos 4.700/mm³, VHS 110 mm/h, linfocitos CD₄ < 200/mm³, LDH 497 U/L (VN 0-480 U/L) y gasometría arterial: pH 7,44; PO₂ 75 mmHg; PCO₂ 33,6 mmHg; SaO₂ 95%.

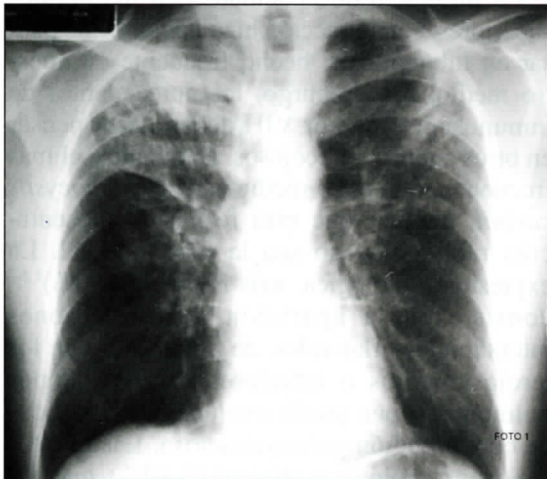


Figura 1. Radiografía de tórax en proyección pósterio-anterior (11 de enero, 2000).

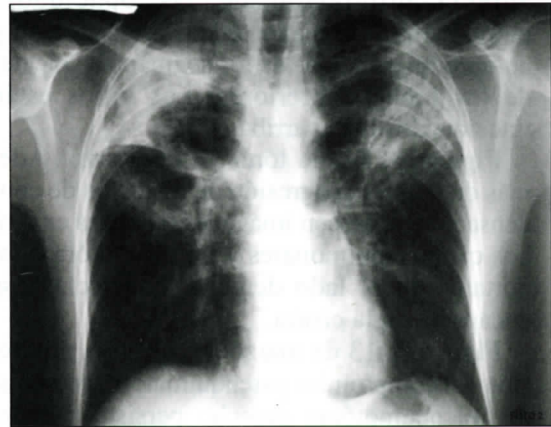


Figura 2. Radiografía de tórax en proyección pósterio-anterior (24 de febrero, 2000).

¿Cuál es su diagnóstico?

* Servicio de Medicina y

** Servicio de Radiología, Instituto Nacional del Tórax.

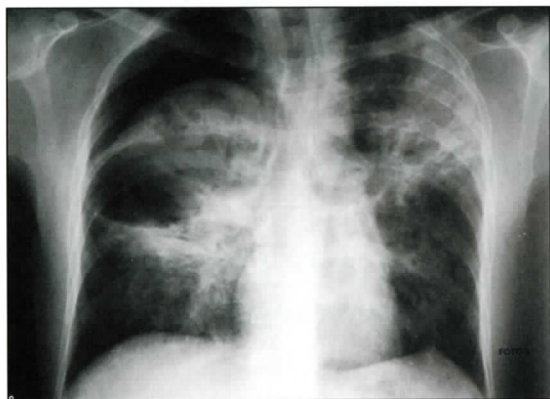


Figura 3. Radiografía de tórax en proyección pósterio-anterior (7 de marzo, 2000).

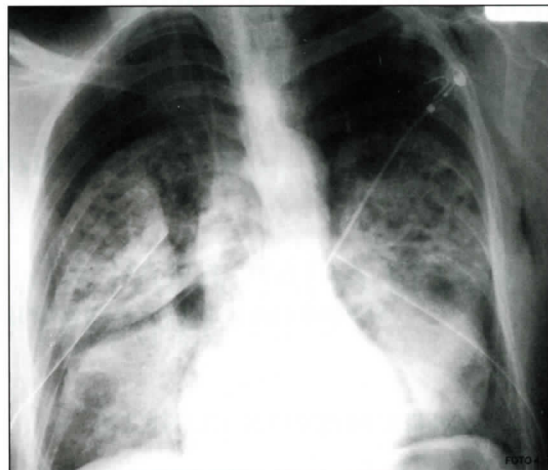


Figura 4. Radiografía de tórax en proyección pósterio-anterior (13 de marzo, 2000).

DESCRIPCIÓN RADIOLÓGICA

Figura 1. Rx de tórax, 11 de enero: Demuestra opacidades pulmonares segmentarias, mal definidas, con moderada disminución de volumen en los segmentos apicales y posteriores de ambos lóbulos superiores.

Figura 2. Rx de tórax, 28 de febrero: Se aprecia progresión de las opacidades pulmonares, con mayor grado de retracción y compromiso además de los segmentos apicales de los lóbulos inferiores. Los hilios están traccionados hacia arriba.

Figura 3. Rx de tórax, 7 de marzo: Además de notoria progresión de los focos de condensación, aparecen imágenes quísticas en ambos campos pulmonares y un neumotórax importante en el lado derecho, que incluso se encapsula en la cisura.

Figura 4. 13 de marzo: Se observa progresión del compromiso parenquimatoso, con quistes; el neumotórax derecho persiste y ahora se agrega neumotórax izquierdo.

DIAGNÓSTICO

Al paciente se le practicó una fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial, que demostró celularidad de predominio polimorfonuclear (70%), Koch negati-

vo y presencia de *Pneumocystis carinii*, iniciándose tratamiento habitual para *P. Carinii* con Trimetoprim (20 mg/kg día cada 6 horas/ Sulfametoxazol).

COMENTARIO

La presencia de opacidades en los lóbulos superiores, con retracción hizo inicialmente pensar en tuberculosis, hecho frecuente en nuestro medio. Sin embargo, los antecedentes de inmunosupresión por VIH deben hacer pensar en otros agentes infecciosos. Entre ellos, el más frecuente en nuestro medio es el *Pneumocystis carinii*, a pesar que esta forma de presentación radiológica no sea la más habitual. La expresión radiológica más frecuente (80%)^{1,2-3} consiste en la aparición de alteraciones intersticiales bilaterales, de predominio en los tercios medios e inferiores de los campos pulmonares, que puede evolucionar con focos de condensación parenquimatosa. Las presentaciones radiológicas atípicas (5-10%), que son cada vez más descritas en las publicaciones, son lesiones torácicas de predominio superior y pueden consistir en condensación unilateral, quistes⁴, nódulos uni o bilaterales, cavitación, ganglios mediastínicos, derrame pleural y neumotórax. El compromiso de lóbulos superiores remediando reactivación tuberculosa³⁻⁵

es menos frecuente. Se ha descrito más frecuentemente cuando estos pacientes usan como profilaxis, pentamidina inhalada⁶ en aerosol o dapsona⁷, lo que además hace menos sensible el lavado broncoalveolar en la detección de *Pneumocystis carinii*.

En este caso la biopsia transbronquial demostró la presencia de quistes de *Pneumocystis carinii* en el parénquima pulmonar.

EVOLUCIÓN

El paciente evolucionó en forma tórpida a pesar del tratamiento anti *Pneumocystis carinii*. Presentó neumotórax bilateral, insuficiencia respiratoria refractaria y falleció quince días después de su ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- GAMSU G, HECHT S T, BINNBERG F A, COLEMAN D L, GOLDEN J A. *Pneumocystis carinii* pneumonia in homosexual men. AJR 1982; 139: 647-51.
- 2.- MULLER N L, FRASER R S, COLMAN N C, PARÉ P D. Radiologic diagnosis of diseases of the chest. Saunders, Philadelphia, USA 2001; 145-50.
- 3.- KENNEDY C A, BIDWELL M. Atypical roentgenographic manifestations of *Pneumocystis carinii* pneumonia. Arch Intern Med 1992; 152: 1390-18.
- 4.- CHOW C, TEMPLETON P A, WHITE C S. Lung cyst associated *Pneumocystis carinii* pneumonia: radiographic, characteristics, natural history, and complications. AJR 1993; 527-31.
- 5.- MILLIGAN S A, STULBARG M S, GAMSU G, GOLDEN J A. *Pneumocystis carinii* pneumonia radiographically simulating tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1985; 132: 1124-6.
- 6.- CHAFFEY M H, KLEIN J S, GAMSU G. Radiographic distribution of *Pneumocystis carinii* pneumonia in patients with AIDS treated with prophylactic inhaled pentamidine. Radiology 1990; 175: 715-9.
- 7.- JAWAHAR D A, SUNIL D, MIARROSTAMI R, SAGADHAR H, ANANDARAO N. Bilateral upper-lobe cavitory *Pneumocystis carinii* pneumonia in a patient in dapsone prophylaxis. Am J Med Sci 1999; 317: 137-9.