

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

Opacificación basal derecha

J.M. Merino Mujika, B. Urtiaga Basarrate, J.M. Basurko

Hospital de Basurto. Bilbao.

Caso clínico:

Paciente, mujer, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con Higrotona. Alopecia areata recidivante, imputada a trastorno psíquico.

Desde al menos 10 años antes se conocía portadora de alteración radiográfica en base pulmonar derecha, que se había etiquetado, tras consultas a varios especialistas, como parálisis frénica. No presentaba ninguna sintomatología respiratoria ni otras alteraciones significativas.

Con motivo de un reconocimiento periódico su nuevo médico evidenció en la exploración clínica, matidez, disminución del murmullo vesicular y de las vibraciones en campo medio inferior derecho. Solicitó una nueva radiografía de tórax, indicando la conveniencia de estudiar nuevamente la imagen, a pesar de que la imagen radiológica era muy similar a la que presentaba años anteriores, apareciendo signo de la silueta tanto con corazón y diafragma, nivel superior oblícuo con extremo costal más elevado (figura 1).

Preguntas

¿Qué diagnóstico le parece más probable?

- 1.–Derrame pleural
- 2.–Parálisis diafragmática
- 3.–Neoplasia pulmonar
- 4.–Ninguno de ellos
- 5.–Cualquiera de ellos

¿Solicitaría alguna prueba complementaria?

Figura 1

Comentario:

El hallazgo de una opacificación pulmonar de las características descritas sugiere la existencia de un derrame pleural crónico atípico, de etiología probablemente benigna, cuyas causas más frecuentes sería, entre otras, derrames por contacto con asbesto, mesotelioma benigno, pseudoquilotórax, fibrotórax de etiología diversa, etc. (1-3). Los síntomas clínicos en estos casos pueden ser variables, e incluso, oligo o asintomáticos (4).

En el caso descrito, dado el tiempo desde que se conocía la imagen, se pensó en un principio en la posibilidad de un derrame pleural atípico crónico, desestimándose como primera medida diagnóstica la toracentesis.

Se solicitó un TAC torácico (figura 2), cuyo informe fue: Masa intratorácica que ocupa la totalidad de la base del hemitórax derecho, con protrusión a través del mediastino posterior hacia el hemitórax contralateral. Existen zonas calcificadas y otras de baja densidad, así como drenajes venosos anómalos hacia las arterias intercostales. Derrame pleural asociado y colapso prácticamente total del lóbulo inferior derecho. Se solicitó asimismo una resonancia magnética nuclear con resultados superponibles a los del TAC, siendo la sospecha diagnóstica de mesotelioma benigno, sin poder descartar otras patologías.

Se indicó la conveniencia de realizar toracotomía diagnóstica, propuesta que fue aceptada por la paciente, siendo el diagnóstico anatomicopatológico de mesotelioma pleural benigno.

Bibliografía

1. Antman KH, Corson JM. Benin and malignant pleural mesothelioma. *Clin Chest Med* 1985; 6:127-140.
2. Winterbauer RH. Derrames pleurales no neoplásicos. En: Alfred P. Fishman. *Tratado de Neumología*; Ed. Doyma; 2.^a ed. 1991; vol 3; 1986-2002.
3. Sassoon CS, Light RW. Chylothorax and Pseudochylothorax. *Clin Chest Medicine* 1985; 6: 163-171.
4. Briselli M, Mark EJ, Dickersin GR. Solitary fibrous tumors of the pleura. Eight new cases and a review of 360 cases. *Cancer* 1981; 47: 2678-2689.

Figura 2