

NECROSIS PULMONAR POSTERIOR A TEP

Reporte de un caso

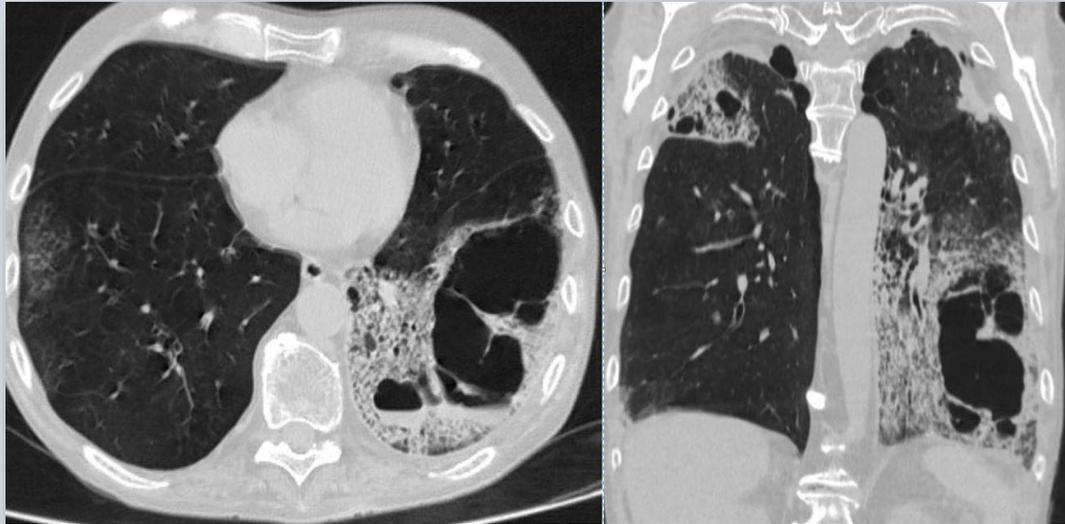
Autores: Dra. Colliá María Fernanda, Dr. Agustín Maggi Larentis, Dra. Verónica Piccioni, Dra. Marcela A Semelis, Médicos especialistas en Diagnostico por imágenes.
Dra. Natalia Santoro, jefa del Servicio.

Hospital Médico Policial Churruca-Visca
CABA, Argentina



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS:

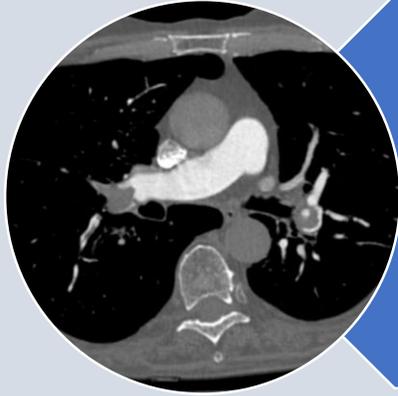
En Angiotac de tórax (ventana de parénquima) realizada a los 15 días posteriores, se observa imagen cavitada en el lóbulo inferior izquierdo con nivel hidroaéreo, Presenta base pleural y apunta hacia el hilio pulmonar. Dado el antecedente de tromboembolismo pulmonar se interpreta como área de infarto pulmonar cavitado. (1)(2)(3).



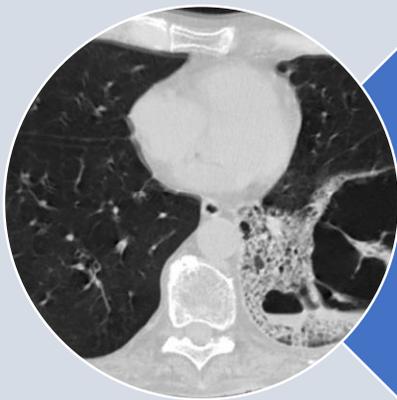
En Angiotac de tórax (ventana mediastínica) realizada al reingreso, se observa defecto de relleno de ramas primarias y segmentarias y subsegmentarias de manera bilateral. Compatible con TEP de evolución aguda.



DISCUSION:



El infarto pulmonar como consecuencia de un TEP es una complicación que ocurre entre un 10-15% y se produce por combinación de una circulación pulmonar y bronquial inadecuadas, sobre todo en trombos de arterias periféricas-terminales, siendo importante el tamaño de la arteria ocluida en la aparición del infarto. Se asocia a pacientes con patología cardiovascular subyacente).



De todos los infartos pulmonares solo se cavitan el 5-10%. La cavitación se produce por necrosis coagulativa isquémica.

La TC suele consistir en un aumento de la densidad de morfología triangular de base pleural y de tamaño mayor de 2 cm a predominio de lóbulos inferiores.

CASO CLINICO:

- Paciente masculino de 68 años, tabaquista activo, con antecedentes de Ca. De pulmón en plan de tratamiento.
- Cursa disnea súbita de 48 horas de evolución. Fue diagnosticado con TEP bilateral y recibió tratamiento anticoagulante.
- Concorre nuevamente a los 15 días posteriores con tos y expectoración de 36 horas de evolución . Se constata infección por COVID.

CONCLUSION:

- Resulta relevante el conocimiento de las posibles complicaciones del tromboembolismo pulmonar al momento de plantear los diagnósticos diferenciales de áreas necróticas/cavitadas, para la pronta resolución de los casos debido a que difiere la terapéutica.

BIBLIOGRAFIA:

- (1)- Kuhlman JE, Reyes BL, Hruban RH et al. Espacios anormales llenos de aire en el pulmón. Radiografías 1993; 13:47-75.
- (2)- Lee KH, Lee JS, Lynch DA, Song KS, Lim TH. El diagnóstico diferencial radiológico de enfermedades pulmonares difusas caracterizadas por múltiples quistes o cavidades. J Comput Assist Tomogr 2002; 26:5-12.
- (3)- Koyama M, Jonhkoh T, Honda O et al. Enfermedad pulmonar quística crónica: precisión diagnóstica de la TC de alta resolución en 92 pacientes. AJR 2003; 180:827-835.

