

## Neumonía oculta en radiografías de tórax. A propósito de un caso clínico.

Maita Linares K

*Residente de Medicina de Familia FYC de cuarto año. C. S. Virgen de la Concha. Zamora. Unidad Docente de Zamora. Zamora (España).*

Marín Balbín J

*Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Carbajosa Alcántara M

*Licenciado Especialista Sanitario en Medicina de Familia y Comunitaria. C. S. Virgen de la Concha. Zamora (España).*

Alaejos Pascua I

*Licenciado Especialista Sanitario en Medicina de Familia y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Zamora (España).*

Correspondencia: [cattym1@hotmail.com](mailto:cattym1@hotmail.com)

### RESUMEN

Se comenta el caso de un paciente derivado por su Médico de atención primaria (MAP) a Urgencias por cuadro de vómitos y dolor abdominal, no objetivándose previamente en radiografías de tórax signos de condensación ni derrames. Con la finalidad de descartar una posible obstrucción intestinal se realiza un TAC, hallándose una neumonía bilateral.

Se realiza una breve descripción de las zonas ocultas de la radiografía postero-anterior de tórax.

### PALABRAS CLAVE

Neumonía oculta, Radiografía de tórax

### ORIGINAL

#### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 85 años, que acudió a Urgencias derivado por su MAP por vómitos oscuros y dolor

abdominal de unas horas de evolución y afebril ; como antecedentes hipertensión arterial , EPOC, dislipemia y tromboembolismo pulmonar en tratamiento con Spiriva, Hidroclorotiazida, Sintrom.

Según informe de derivación del MAP, una semana antes estuvo en tratamiento con levofloxacino por una infección respiratoria.

En Urgencias el paciente se encuentra afebril, nauseoso, quejumbroso y a la exploración en tórax se objetivan crepitantes en bases pulmonares; el abdomen se observa distendido y a la auscultación los ruidos hidroaéreos se encuentran disminuidos, doloroso a la palpación con predominio de hipocondrio derecho. Durante su estancia en Urgencias se realizó radiografía de tórax sin observar signos de condensación ni derrames (tanto en radiografía de tórax en Urgencias y del Centro de Salud) y en la radiografía de abdomen abundantes heces y gas en marco colónico. Por el cuadro clínico del paciente se solicitó interconsulta a cirugía para descartar una posible obstrucción intestinal, indicando él cirujano la realización de una tomografía axial computarizada abdominal donde se evidenciaron extensas condensaciones basales bilaterales con broncograma aéreo como signos de neumonía.

Ingresó el paciente en el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de neumonía basal bilateral y posible íleo paralítico; durante su estancia cursó con un desgarro esofágico que se resolvió y el cuadro neumónico evolucionó favorablemente al tratamiento.

## COMENTARIO

La radiografía de tórax es la exploración radiológica más utilizada en los servicios de Urgencias. Es también una de las exploraciones más difíciles de interpretar porque requiere un elevado nivel de entrenamiento para su lectura, habiendo muchas técnicas sistemáticas para observar las estructuras anatómicas representadas, cambiantes en cada individuo. El concepto de normalidad es amplio y cada zona del tórax tiene una semiología específica.

Muchos médicos prefieren las radiografías postero-anterior (PA) de tórax porque creen que toda la información importante de la enfermedad pulmonar se aprecian en esta proyección y puede que tengan algo de razón pero sin olvidarse de los "puntos ciegos o zonas ocultas" que los tejidos blandos o estructuras óseas que pueden no mostrar la patología pulmonar que se está buscando<sup>1</sup>.

Es el caso de este paciente al que además de presentar patología en uno de los puntos ciegos de esta proyección, también presentó en los datos clínicos una de las causas de dolor abdominal de tipo referido y cuyo origen es torácico.

El dolor abdominal de tipo referido<sup>2</sup> puede originarse en el tórax, columna o genitales, y el hecho de sentirse en el abdomen puede causar problemas diagnósticos importantes. Siempre debe considerarse la posibilidad de un origen torácico, especialmente si el dolor procede de la parte alta del abdomen. Las causas más importantes<sup>2,3</sup> son infarto de miocardio (más frecuente en el infarto inferior), la pericarditis, neumotórax, pleuritis, empiema y las neumonías (neumonías de lóbulos inferiores).

En las radiografías de tórax de este paciente realizadas en el Centro de Salud y en Urgencias no se evidenciaron signos de condensación, visualizándose luego en el TAC extensas condensaciones basales bilaterales.

Establecer una sistemática de lectura y conocer las limitaciones que pueden producirse por las condiciones especiales de adquisición de las

imágenes<sup>4</sup> (paciente críticos, radiografías portátiles, los dispositivos médicos) es fundamental para una adecuada valoración de la radiografía simple de tórax en la Urgencia.

Todo examen radiológico de tórax debería incluir las proyecciones frontal y lateral para obtener máximo rendimiento diagnóstico, además permite mejorar la caracterización de los hallazgos.

Desde el punto de vista anatómico,<sup>5</sup> la búsqueda de patología debe comprender las áreas de fácil visualización y también aquellas zonas que aparecen habitualmente "escondidas" en las proyecciones postero-anteriores o anteroposteriores del tórax.

El Dr. Marín según su experiencia y la referencia de los libros de texto<sup>1,6</sup> considera las siguientes zonas ocultas:

### - **Ápices pulmonares:**

Existen estructuras óseas que hacen que aumente la densidad del parénquima pulmonar de dicha área se encuentra la porción anterior de la primera costilla, que se superpone al arco posterior de la tercera y cuarta costilla y las clavículas. También no es infrecuente observar cierto engrosamiento de la pleura apical muchas veces sin importancia clínica.

Pueden quedar ocultas patología causada por tuberculosis, neoplasias como el tumor de Pancoast, infecciones por *Aspergillus*, etc

Para su correcta visualización se requiere la posición lordótica de la radiografía de tórax.

### -**El opérculo torácico:**

Las estructuras óseas como los bordes proximales de la epífisis proximal de la clavícula, la misma unión esterno-clavicular o el manubrio esternal pueden ocultar anomalías subyacentes como un crecimiento de la glándula tiroidea o la presencia de adenopatías, además de no permite detallar las estructuras vasculares de dicha área.

### -**Las escápulas:**

La superposición de las escápulas pueden incrementar la densidad del parénquima subyacente ocultando densidades de tejido blando como algún nódulo subpleural en dicha zona.

### -**Área subdiafrágica o paradiafrágica:**

Las lesiones pulmonares en ambas bases, posterior al plano de los diafragmas, son difíciles de apreciar. Esto probablemente ocurrió con el paciente del caso

presentado. También es difícil determinar abscesos subfrénicos o pequeños neumotórax. La proyección lateral es de gran ayuda en estos casos.

#### **-Hilios pulmonares:**

En la proyección PA, las estructuras hiliares prominentes pueden superponerse a lesiones anteriores o posteriores de densidad de partes blandas más cuando entran en contacto con las estructuras hiliares.

En estos casos es útil la proyección lateral.

#### **-Área retrocardiaca:**

Cuando la técnica no penetra estructuras no se pueden observar estructuras ni lesiones retrocardiacas principalmente en el lóbulo inferior izquierdo. Pueden quedar ocultas lesiones como hernia de hiato, neoplasias, lesiones óseas en columna dorsal y condensaciones como se ha referido

#### **-Ángulos cardio-frénicos:**

Aunque sólo pueden ocultar lesiones si existe ocupación importante por grasa epicárdica o subepicárdica pudiendo ocultar lesiones a nivel posterior.

#### **-Ángulos costo-frénicos:**

También su ocupación con derrame pleural hace difícil observar lesiones a nivel del parénquima pulmonar incluso tan sutiles como las líneas B de Kerley, incluso presencia de atelectasias u otras condensaciones.

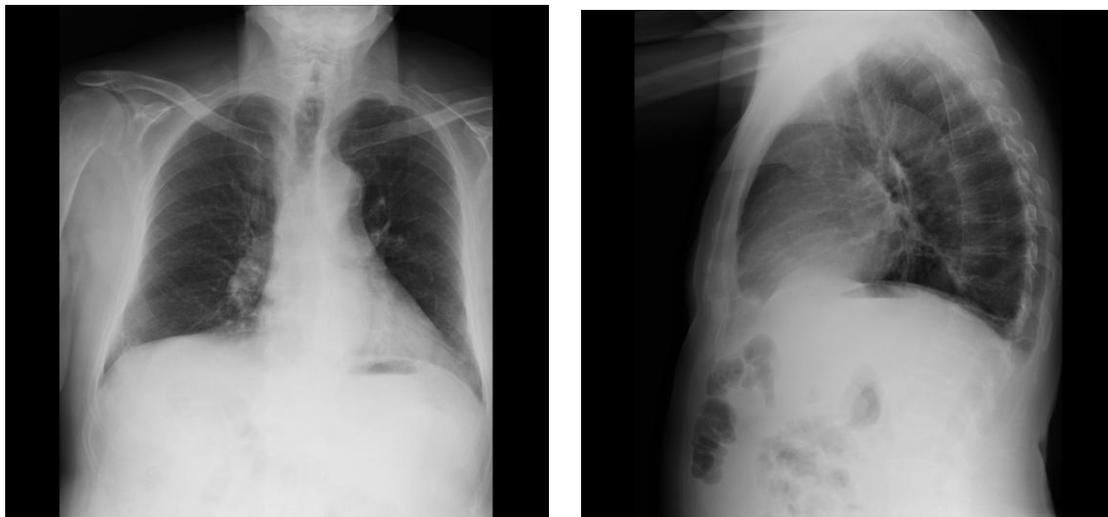
El examen de la radiografía de tórax debe ser sistemático, pero es necesario identificar las variantes de la normalidad que pueden simular patología, así como conocer las "zonas ocultas".

Aunque la radiografía de tórax es menos sensible y en muchas ocasiones es necesaria la Tomografía Computarizada, la primera aproximación diagnóstica es a través de las radiografías.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A, editores. Técnicas de imagen, anatomía radiológica y semiología general. En: Mata JM, Gayete A, Pallardó Y, editores. Radiología Esencial. Vol 1. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p.81-92.
2. Rodríguez García JL. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Madrid: Marbán libros.2010.
3. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 17a ed. México: McGraw-Hill; 2008.
4. Kundel HL. Perception errors in chest radiography. Semin Resp Med. 1989; 10 (3):203-10.
5. Linderman RC, Moëne BK. Caso Clínico-Radiológico Pediátrico. Rev Chil Enferm Respir. [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2014 Nov 19]; 23(2): 132-4. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482007000200008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000200008&lng=es).
6. Pedrosa CS, Casanova R, editores. Anatomía radiológica del tórax. En: Casanova R, Hernandez S, Dieguez E, editores. Diagnóstico por Imagen. Vol 1. 2a ed. Madrid: McGraw Hill; 1997.p. 247-84.
7. Berlin L. Does the "missed" radiographic diagnosis constitute malpractice? Radiology.1977; 123(2): 523-27
8. Avery L, Novelline RA. Chest trauma. En: Soto JA, Lucey BC, editors. Emergency radiology: the requisites. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2009. p. 60 - 78

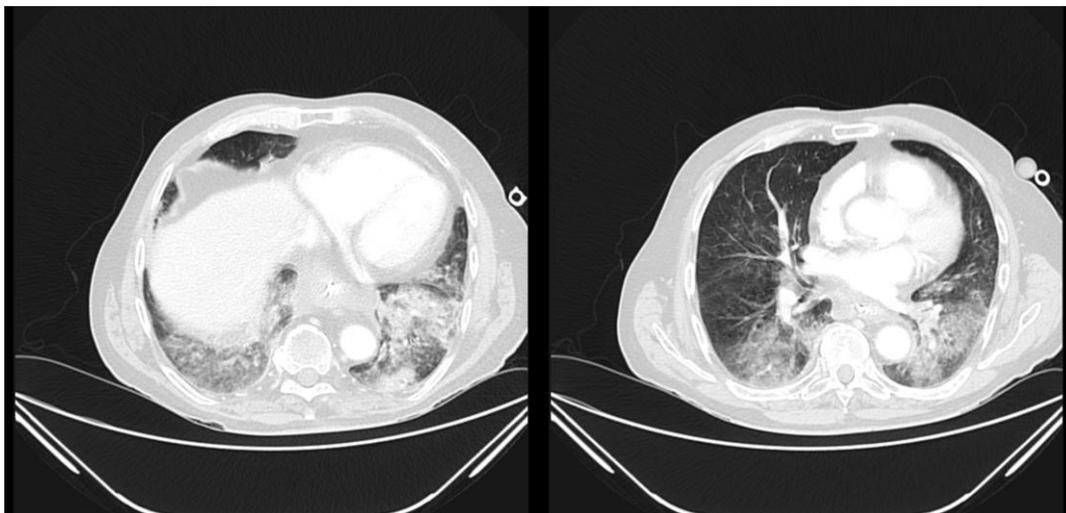
**TABLAS Y FIGURAS**



**Figura 1.** Radiografías PA y lateral de tórax del Centro de Salud



**Figura 2.** Radiografía PA de tórax de Urgencias



**Figura 3.** TAC torácico de Urgencias