

Patrón en mosaico

Autor: Carlos Capuñay

Diagnóstico Maipú - Vicente López - Buenos Aires

Correspondencia:

E-mail: carloscapunay@diagnosticomaipu.com.ar

Al Editor:

En el último número de la RAMR he podido leer con sumo interés el ateneo del caso clínico “Desorden bronquiolar primario de difícil diagnóstico” presentado por la Dra. Naval y cols.¹, de sumo valor para el ejercicio del pensamiento médico diferencial, y en particular para poner énfasis en la importancia de realizar una correcta interpretación de los diferentes patrones radiológicos del compromiso pulmonar.

Estamos frente a un caso clínico que una vez más nos hace ver lo complejo de la patología pulmonar y lo esencial que para el diagnóstico temprano y correcto es la adecuada interpretación de los estudios complementarios tanto funcionales como imagenológicos, sin nunca olvidar la clínica, el examen físico ni los antecedentes personales y/o familiares. Pero si hilamos fino en la descripción del caso y las exposiciones realizadas, los estudios funcionales respiratorios y la TACAR tuvieron la clave del diagnóstico que la anatomía patológica finalmente determinó.

Como especialista en imágenes me parece importante poner énfasis en dos aspectos puntuales que quedaron muy bien reflejados en la discusión y análisis de este caso. Por un lado, lo fundamental de contar con estudios radiológicos “bien realizados” desde el punto de vista técnico que nos permitan aprovechar al máximo el aporte de cada modalidad diagnóstica. En el caso expuesto, las placas radiológicas iniciales fueron deficientes (descentradas; no abarcaban la totalidad del tórax), limitando su aporte y llevando a un diagnóstico inicial erróneo. Por otro lado, recalcar el valor de realizar una correcta interpretación de los hallazgos imagenológicos, derivando en conductas médicas más eficientes, evitando tratamientos innecesarios y la prolongación en el tiempo de las tomas de decisiones.

Como fue expresado por el Dr. Fajre, la TACAR nos pone de manifiesto un patrón “de atenuación en mosaico”, en donde vemos alternancia de regiones de menor y mayor atenuación densitométrica². Lo interesante de este patrón es que puede representar tres escenarios diferentes: a) enfermedad vascular oclusiva; b) enfermedad obliterante de la pequeña vía aérea; c) focos de enfermedad intersticial. Cuál sector representa el área comprometida

y cuál el área sana es fundamental para orientarnos en el diagnóstico diferencial y en esta disquisición es donde entran en el análisis dos elementos: los vasos pulmonares y los cortes en espiración. La vasculatura pulmonar, tanto en la patología de la pequeña vía aérea como en la oclusiva pulmonar, está disminuida en las áreas de menor atenuación densitométrica, aunque por mecanismos diferentes (TEP crónico con obstrucción al flujo arterial; vasoconstricción hipóxica). Los cortes en espiración nos permiten diferenciar uno de otro. En el caso de existir atrapamiento aéreo por compromiso bronquiolar constrictivo, la diferencia de densidades se acentúa ya que el aire queda retenido en las áreas de menor densidad y en las áreas de mayor densidad, donde no existe patología de la vía aérea, el aire sale del alvéolo y la densidad del pulmón aumenta. Cuando la etiología es vascular oclusiva, durante la espiración el aire sale normalmente de los alvéolos tanto de las áreas de menor como de mayor densidad, por lo cual no existe diferencia entre los cortes en inspiración y espiración. En el último de los escenarios, cuando existe patología intersticial, la vasculatura no muestra diferencias de calibre entre las distintas áreas así como tampoco la espiración con la inspiración.

Como concluye la Dra. Naval, el paciente nos deja una gran experiencia en el ejercicio de los diagnósticos diferenciales y nos hace ver la importancia que la visión multidisciplinaria tiene hoy en día en el manejo de nuestros pacientes.

Conflictos de intereses: El autor declara no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Naval N, Ciliberti A, Ortiz Mayor SM, et al. Desorden bronquiolar primario de difícil diagnóstico. RAMR 2014; 2: 171-182.
2. Hansell DM, Bankier AA, MacMahon H, McLoud TC, Müller NL, Remy J. Fleischner Society: glossary of terms for thoracic imaging. Radiology. 2008; 246:697-722.
3. Rossi A, Attinà D, Borgonovi A, Buia F, De Luca F, Guidalotti PL, Fughelli P, Galiè N, Zompatori M. Evaluation of mosaic pattern areas in HRCT with Min-IP reconstructions in patients with pulmonary hypertension: could this evaluation replace lung perfusion scintigraphy? Eur J Radiol. 2012; 81:e1-6.