

Rx Tórax: patrón intersticial y neumotórax. Causa y complicación en una misma imagen

Thorax Rx: interstitial pattern and pneumothorax. Cause and complication in the same image

Abraham Hidalgo Rodríguez: Médico de Familia. Centro de salud de Santa Fe, consultorio de Cijuela (Granada).

Correspondencia: abrahamhgo@gmail.com

La radiografía posteroanterior de tórax presentada (Figura 1) corresponde a una mujer de 67 años, que experimentó de manera abrupta un episodio de disnea aguda en el contexto de un neumotórax, con un diagnóstico previo de fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Esta imagen revela signos clásicos de neumotórax, como la retracción centrípeta del pulmón hacia el hilio pulmonar (creando la imagen de muñón pulmonar) y la ausencia de vasos pulmonares y bronquiolos en la zona afectada¹.

Simultáneamente, la radiografía muestra un patrón intersticial difuso y generalizado, que corresponde a una FPI. No obstante, el patrón característico de la FPI es intersticial con distribución bibasal y periférica subpleural². En este caso se puede observar una afectación de la enfermedad mucho más extendida.

La fibrosis pulmonar es una enfermedad crónica, progresiva y generalmente letal, que presenta desafíos significativos en su diagnóstico y detección temprana. Tal y como hemos apreciado, esta enfermedad deja una huella característica en las imágenes radiológicas, por lo que identificarlas de forma precoz ayudará a realizar lo antes posible el diagnóstico. Esto último es crucial, ya que marcará la

diferencia en el curso de la enfermedad y ayudará a mejorar la calidad de vida y mortalidad de estos pacientes al instaurar el tratamiento adecuado en cada caso^{3,4}.

Aunque el pronóstico de la FPI es impredecible, la tasa de mortalidad anual es alta, alcanzando



Figura 1. Neumotórax en paciente con diagnóstico previo de fibrosis pulmonar idiopática

Fuente: elaboración propia.

aproximadamente el 20 %². La supervivencia media después del inicio de los síntomas oscila entre 2 y 5 años, lo que la sitúa como una enfermedad más letal que muchos tipos de cánceres².

La FPI es la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) más frecuente y comparte similitudes clínicas y radiológicas con otras enfermedades del grupo, como la sarcoidosis y las neumonías intersticiales difusas. Esto se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial cuando identificamos estos signos y síntomas en nuestra práctica clínica⁵.

El diagnóstico de la FPI a menudo experimenta retrasos considerables, generalmente, entre 6 meses y 2 años desde el inicio de los síntomas². La asociación de la disnea a la edad o a la historia de tabaquismo en los fumadores (presente en más del 90 % de los pacientes), puede llevar a que los pacientes no busquen atención médica hasta semanas después del inicio de los síntomas².

En la exploración de pacientes con FPI, se destaca la presencia característica de estertores crepitantes finos inspiratorios bibasales bilaterales, presentes en más del 90 % de los casos². Menos frecuente, pero relevante, es el hallazgo de acropaquias o dedos en palillo de tambor (Figura 2), observado habitualmente en el 50 %-65 % de los casos².

El patrón espirométrico suele ser restrictivo (Figura 3) debido, sobre todo, a una disminución de la capacidad vital forzada (FVC, por sus siglas en inglés), manteniendo una relación volumen espiratorio máximo en el primer segundo/capacidad vital forzada (FEV1/FVC) normal o aumentada, aunque una espirometría normal no excluye el diagnóstico.

El TAC (Figura 4) reflejaba un patrón de neumonía intersticial usual (NIU): ausencia de lesiones extrapleurales con cambios fibróticos bilaterales periféricos y de predominio derecho, con componente fibroso subpleural, áreas de panalización y bronquiectasias de tracción. Los criterios radiológicos de NIU se resumen en la Tabla 1.

Se subraya la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar la rápida progresión de la enfermedad, que podría desencadenar complicaciones y, finalmente, la muerte del paciente^{3,4}. La insuficiencia respiratoria y las exacerbaciones agudas son las principales causas de mortalidad en pacientes con FPI, y no es infrecuente la aparición de complicaciones como el neumotórax, tal y como ocurre en la radiografía de tórax descrita².



Figura 2. Acropaquias de la paciente

Fuente: elaboración propia.

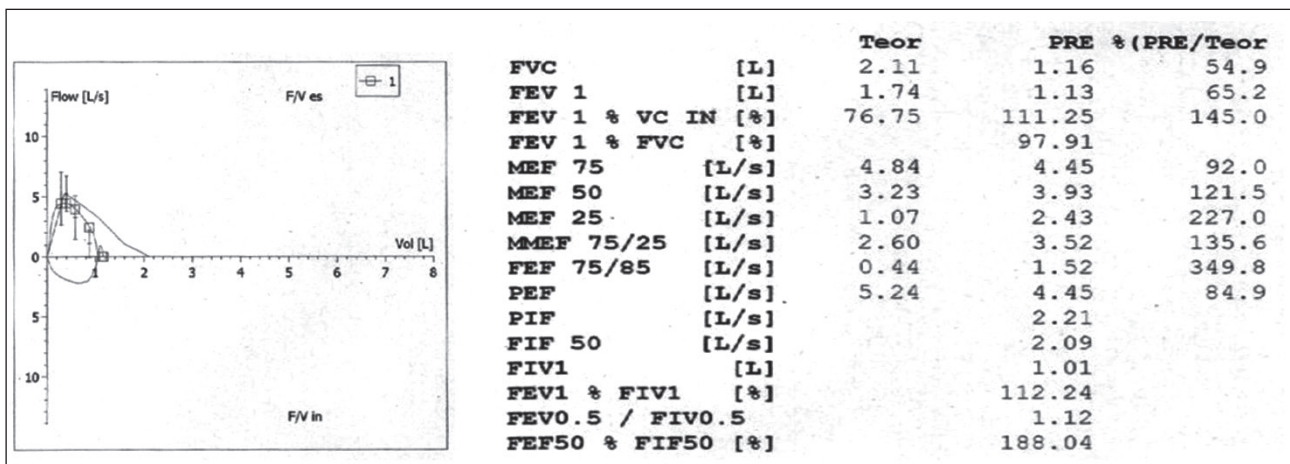


Figura 3. Espirometría de la paciente. Patrón restrictivo

Fuente: elaboración propia.

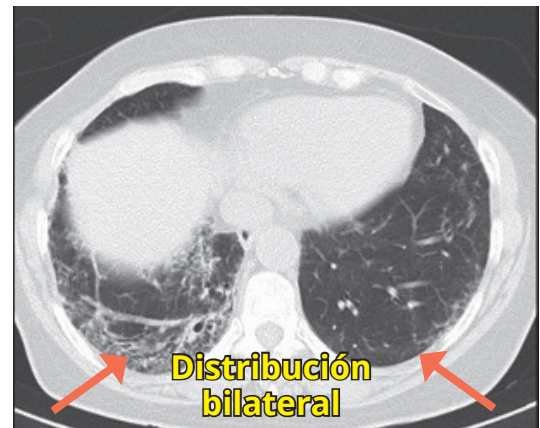
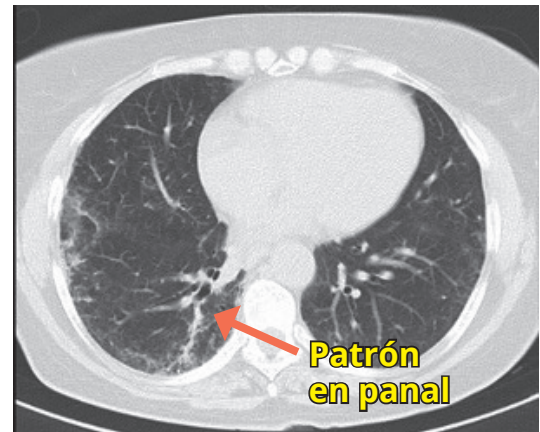
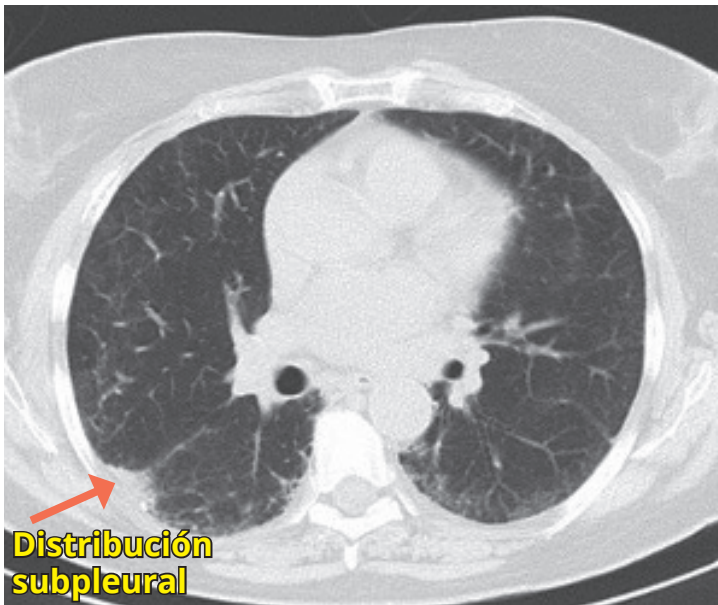


Figura 4. Ausencia de lesiones extrapleurales con cambios fibróticos bilaterales periféricos y de predominio derecho, con componente fibroso subpleural, áreas de panalización y bronquiectasias de tracción

Fuente: elaboración propia.

Tabla1. Criterios de neumonía intersticial usual en tomografía axial computarizada de alta resolución

Patrón NIU	Posible patrón NIU	Inconsistente con patrón NIU
Las 4 características <ol style="list-style-type: none"> 1. Predominio basal y subpleural. 2. Alteraciones reticulares. 3. Panalización con o sin bronquiectasias de tracción. 4. Ausencia de características del listado de características inconsistentes con patrón NIU. 	Las 3 características <ol style="list-style-type: none"> 1. Predominio basal y subpleural. 2. Alteraciones reticulares. 3. Ausencia de características del listado de características inconsistentes con patrón NIU. 	Cualquiera de estas 7 características <ol style="list-style-type: none"> 1. Predominio en campos superiores o medios. 2. Predominio peribronquiovascular. 3. Extensa presencia de vidrio deslustrado (mayor que la reticulación). 4. Numerosos micronódulos (bilaterales, en los lóbulos superiores). 5. Quistes (múltiples, bilaterales, distantes de las zonas de panalización). 6. Patrón de atenuación en mosaico/ atrapamiento aéreo (bilateral, en 3 o más lóbulos). 7. Consolidación segmentaria.

Fuente: Raghu G, Collard HR, Egan JJ, Martínez FJ, Behr J, Brown KK, et al. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Statement: Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Evidence-based Guidelines for Diagnosis and Management. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183(6): 788-824.



En este contexto, se destaca la necesidad de una mayor conciencia y educación sobre la FPI, tanto entre profesionales de la salud como en la población en general, para mejorar la identificación temprana y el abordaje integral de esta afección pulmonar compleja. La investigación continua y la colaboración interdisciplinaria son esenciales para desarrollar

tratamientos más efectivos y mejorar el pronóstico de los pacientes afectados por la FPI. La atención centrada en el paciente y el apoyo continuo a través de enfoques multidisciplinarios son fundamentales para brindar una mejor calidad de vida a aquellos que enfrentan los desafíos de esta enfermedad pulmonar devastadora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hermida Pérez JA, Hernández Guerra JS, Guerra Abrante P. Neumotórax espontáneo. A propósito de un caso clínico. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2008;34(10):507-509. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359308755679>
2. Gómez Sáenz JT. Fibrosis pulmonar idiopática: un reto para la atención primaria. Patología maligna broncopulmonar. En: You&us editores. Guía de manejo de la patología respiratoria en Atención Primaria; 2017. 89-100.
3. Molina J, Trigueros JA, Quintano JA, Mascarós E, Xaubet A, Ancochea J. Fibrosis pulmonar idiopática: un reto para la atención primaria. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2014;40(3):134-142. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359314000689?via%3Dihub>
4. Martín MT, Gallego MC, Chacón E, Domingo JA, Hernández A. Tratamiento actualizado de la fibrosis pulmonar. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2001;27(11):569-574. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tratamiento-actualizado-fibrosis-pulmonar-13023104>
5. Marcos Rodríguez PJ, Montero Martínez C, Otero González I. Una mirada general a las enfermedades pulmonares intersticiales y una específica a la fibrosis pulmonar idiopática. Galicia Clínica. 2013;74(1):13-22. Disponible en: <https://portalcientifico.sergas.es/documentos/63364d2ab9be37379c02f67b?lang=en>
6. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, Martínez FJ, Behr J, Brown KK, et al. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Statement: Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Evidence-based Guidelines for Diagnosis and Management. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183(6):788-824. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5450933/>