

## HAGA SU DIAGNOSTICO

Dres. Alberto Goldberg y Silvia Moguillansky

### CASO CLINICO

Niño de 5 años con antecedentes de 2 meses de evolución de un cuadro de tos productiva, pérdida progresiva de peso, picos febriles intermitentes y polimedicación. Cuarenta y ocho horas antes del ingreso se le realiza Rx. de tórax y con diagnóstico de neumonía se medica con antibióticos, broncodilatadores y antitérmicos.

Ante el agravamiento clínico y radiológico se deriva al Hospital Garrahan.

Al ingreso se encuentra en regular estado general, pálido, taquipneico. En hemitórax derecho presenta disminución de la entrada de aire con respiración sopiante en vértice y matidez. La Rx. obtenida por guardia (Figura 1) muestra: hemitórax derecho opaco con desviación del mediastino a la izquierda. La ecografía (Figura 2) evidencia derrame pleural anecoico con formación heterogénea de bordes irregulares que colapsa el parénquima.



**Figura 1:** Rx. de tórax. Hemitórax derecho opaco. Mediastino desviado a la izquierda.

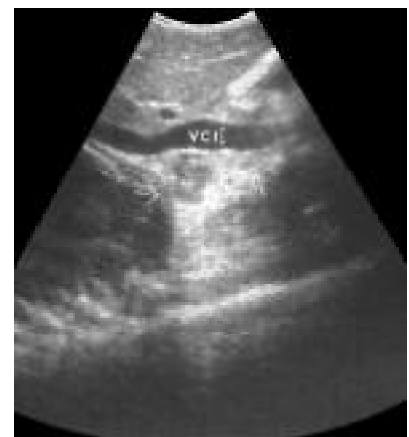


**Figura 2:** Ecografía. Derrame pleural anecoico: (DP), Masa: (M).

En corte longitudinal de abdomen (Figura 3) se observa por detrás de la vena cava inferior prolongación de la formación torácica y eversión del fondo de saco pleural derecho.

Se practica punción pleural obteniéndose 400cc de líquido citrino, turbio con coágulos: glucosa 19 gr/dl; proteínas 2.9 mg/dl; 90% de mononucleares, algunos de aspecto atípico. Hemograma: leucocitos 23.300/mm<sup>3</sup>, segmentados 63%, linfocitos 26%; hemoglobina 12 mg/dl; plaquetas 385000/mm<sup>3</sup>.

El diagnóstico se certificó con punción de médula ósea.



**Figura 3:** Ecografía abdominal. Vena cava inferior (VCI); por detrás prolongación de la formación torácica.

## LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA

La forma de presentación como masa mediastinal ocurre entre el 5 y el 10% de las leucemias linfoblásticas agudas.

El objetivo de la presentación es resaltar la utilidad de la ecografía como el método de imágenes. Ella es útil luego de Rx. simple de tórax de frente, cuando estamos en presencia de un hemitórax opaco. El ultrasonido permite "penetrar" la opacidad orientando el diagnóstico.

### **Hemitorax opaco: diagnóstico diferencial**

Frente a un hemitorax opaco deben diferenciarse dos grandes grupos:

#### **A) Retraído**

Elevación del hemidiafragma, retracción de espacios intercostales y desplazamiento del mediastino hacia el mismo lado. Se observa en : atelectasia, hipoplasia o agenesis pulmonar, neumonectomía.

#### **B) Expansivo**

Descenso del diafragma, aumento del espacio intercostal y desplazamiento mediastinal hacia el lado opuesto.

Las causas mas frecuentes de hemitórax opaco en pediatría en orden de importancia son:

Supuración pleuropulmonar.

Tumores: linfoma o neuroblastoma y menos comunes como teratoma, blastoma o mesotelioma, acompañados de efusión pleural.

Raramente derrame pleural por tuberculosis, enfermedades micóticas o aún virales; o secundario, en hemitórax derecho, a procesos tumorales o infecciosos subfrénicos y en el lado izquierdo, a abscesos subfrénicos o infecciones pancreáticas.

En el período neonatal deben tenerse en cuenta otras etiologías como la fase opaca del enfisema lobar congénito, atresia bronquial y hernia diafragmática.

### **Bibliografía de Base**

- Cohen M, Imaging of children with cancer. Ed. Mosby Year Book; 1992
- Swischuk L, John S. Differential diagnosis in pediatric Radiology. Ed. Williams & Wilkins. 1995.